

Peter Stefanoski

## DRUŽINA, DROGE IN SOCIALNO DELO

Drogiranje je relativno nedefiniran pojem. Vsi pravzaprav vemo, kaj to je, težave pa nastopijo, ko poskušamo formalno razmejiti področje obravnavanega. Kje potegniti mejo med uporabo in zlorabo, eksperimentiranjem in rednim (odvisniško-zasvojenim!?) uživanjem, konzumiranjem... ali kakor koli že poimenujemo dogajanje, katerega del so tudi droge?

Različne stroke imajo kljub temu, da ni splošnega družbenega konsenza o tem, kaj je drogiranje, izdelana lastna strokovna ravnanja<sup>1</sup>. Zdi se, da je ena izmed strok, ki ji to še ni uspelo, prav socialno delo. Vendar videti varo. Socialno delo je v svojem profesionalnem delovanju verjetno najbolj celostna oblika pomoči človeku. Temeljno izhodišče za strokovno »pomoč« v socialnem delu je omogočiti posamezniku in skupinam, da v kar največji meri izbirajo način življenja v skladu z lastnimi zamislimi, videnji, lastnimi močmi, življenjskim projektom... Vse to seveda z ozirom na drugega, bližnjega, ter glede na trenutno družbeno situacijo. To pomeni, da je od tega, kako je urejeno šolstvo, zdravstvo, pravo, politika..., odvisen okvir, v katerem lahko socialno delo skupaj z uporabniki svojih storitev išče način, kako okrepiti posameznike in skupine, da bodo lahko v čimvečji meri izbirali načine, na katere bodo živeli svojega življenje.

Drogiranje je treba videti kot del družbenega dogajanja, ki samo po sebi ne pomeni skoraj nič. Je samo neko ravnanje, ravnanje brez pomena, s pomočjo katerega pa lahko v družbenih pogojih vznikne določen pomen. V navezavi na druge odnosne stiske postane drogiranje pogosto znak teh stisk. Še pogosteje pa proizvede te stiske. Na tem

mestu ni tako pomembno, zakaj je drogiranje v zahodni civilizaciji prepoznano kot problematično samo po sebi. Pri delu z uživalci je treba to konstruirano problematičnost vzeti kot dejstvo, na raziskovalni in politični ravni pa moramo drogiranje kot nekaj, kar je problematično samo po sebi, postaviti pod vprašaj. Vendar pa osredotočanje na farmakološke učinke psihoaktivnih substanc ne bo odkrilo njihove magične moči v odnosnem dogajanju<sup>2</sup>. Halucinogene droge, ki jih na splošno prepoznavamo kot prototip vseh drog (izguba stika z realnostjo zaradi halucinatornega stanja – nezmožnost oz. zelo otežkočena možnost nadzora ravnanj pod vplivom droge), so zato izkušene kot tiste droge, pri katerih odvisnost, tako fizična kot psihična, ni običajna, oz. je neznan<sup>3</sup>. »Psihotična« stanja, ki jih dosežemo z njihovo pomočjo, enostavno ne ponujajo toliko, da bi odtehtala izgubo stika z realnostjo, ne glede na to, kakšna že je. Človek torej želi ohraniti možnost vpliva na okolico in s tem možnost odločanja o svoji usodi.

Konceptualni premik pri načrtovanju sodelovanja z uživalci drog vidim prav v tej točki. To niso ljudje, ki bi se želeli »odklopiti, izgubiti, izstopiti« iz družbenega dogajanja in jih je treba prisiliti k »sodelovanju«. To so ljudje, ki so zaradi spleta okoliščin izgubili možnost izbirati. Njihova realna izbira je samo drogiranje ali drogiranje. Omogočiti jim je treba, da se s pomočjo ponovne vključitev v družbeno-odnosno dogajanje omogočijo stvarne možnosti izbire o načinu njihovega življenja. To ne pomeni privilegirane položaja, temveč enakopraven položaj z drugimi.

Uživalci drog kot uporabniki socialno-varstvenih storitev bi morali (tako kot tudi drugi uporabniki teh storitev) postati soustvarjalci načinov sodelovanja strokovnih delavcev pri reševanju stisk.

Vsem, ki se strokovno ukvarjajo z drogiranjem, je danes jasno, da se drogiranja na družbeni ravni ne da preprečiti. To so priznali tako medicina s pristajanjem na programe zmanjševanja škode (*harm reduction*), pravosodni in policijski sistemi s procesi dekriminalizacije uživanja drog, kot tudi politika, saj v prenekateri državi postavljajo vprašanje drogiranja na raven razmišljanj o svobodni odločitvi vodenja posameznikovega življenja.

Strokovno sodelovanje z ljudmi, katerih stiska je povezana z drogiranjem, sega od preventivnih dejavnosti prek tistih dejavnosti, s pomočjo katerih se razjasni vloga drogiranja v človeški stiski, tistih, ki so usmerjene v spremembo vedenja, tistih, ki težijo k vzdrževanju določenega že spremenjenega vedenja, pa vse do različnih oblik sodelovanja z uživalci, ki vztrajajo pri drogiranju.

Tako na preventivnih projektih kot v šolah, Centrih za socialno delo, bolnišnicah, različnih »komunah« in drugod delujejo socialni delavci. Njihova konkretna naloga se razlikuje glede na to, kje delajo. Če je cilj dela z ljudmi, ki so v stiski zaradi drogiranja, na Centru za socialno delo prepoznavanje težav, povezanih z drogiranjem, in iskanje cele vrste alternativ za njihovo preseganje, pa je cilj dela npr. na detoksikacijskem oddelku ali v »komuni« strogo določen – detoksikacija oz. doseganje abstinence.

Delo na Centru za socialno delo je zato toliko bolj »odprto« in zavezano definiranju problema in načinu reševanja skupaj s človekom v stiski. Na tej stopnji ni vnaprej določeno, kakšno je pravilno in zaželeno končno stanje po opravljenih strokovnih dejanjih.<sup>4</sup>

Ob srečanju z drogiranjem se socialni delavci vse preradi zatečemo po pomoč k medicinskim konceptom. Zaradi rabe nam tujega strokovnega diskurza običajno neprimerno definiramo stisko uporabnikov, načrtujemo nerealne oblike pomoči in se velikokrat počutimo strokovno neuspešne.

Zaradi »demonifikacije« drogiranja pogosto spregledamo odnosno stisko, ki se skriva za neproduktivnim ukvarjanjem npr. z otrokovim »bolezenskim« kajenjem marihuane, spregleda pa se pomembne odnosedne teme, kakršne so vpliv, vključenost, intimnost... (prim. de Vries, Bouwkamp 1995).

Predstaviti želim nekaj ključnih točk pri delu z ljudmi, ki so v stiski zaradi drogiranja, pri katerih se lahko z socialnodelavskim pristopom izognemo pastem kvazi strokovnosti. Škotska raziskava (Collins 1990: 26) je pokazala, da tisti značilnosti strokovnega delavca, ki ločuje uspešne od neuspešnih, ne sodita v repertoar ozkih specialističnih znanj s področja drogiranja. Ti dve značilnosti sta: nerigidna stališča strokovnega delavca (*absence of rigidity in attitudes and values*) in sposobnost poslušanja človeka v stiski (*listening skills*).

1. Izogibati se je treba pojmovnim modelom, ki jih npr. opredeljujeta izraza, kot sta odvisnost in zasvojenost. To sta medicinska izraza, diagnozi, ki se ju podeli človeku s točno določenimi prepoznanimi znaki bolezni. Za socialno delo je pomembno, da je lahko človek v stiski zaradi uživanja drog, tudi če ni »odvisen« (npr. ekscesno vedenje ali že samo odkritje staršev, da je otrok poskusil katero od drog), in da je lahko brez teh stisk, čeprav je »odvisen« (npr. ljudje na vzdrževalnem metadonskem programu, vzdrževalni heroinski program v Švici...).

2. Človek je lahko v stiski zaradi lastnega drogiranja ali drogiranja svojih bližnjih. Pri delu z družinami, v katerih se drogira mladostnik, je bolj običajna in pričakovana stiska staršev. Osrednja je torej stiska staršev in k reševanju roditeljske stiske je treba povabiti mladostnika.

3. Cilj socialnega dela je zagotoviti posamezniku kar največjo vključenost v odločanje o dogajanju in (so)odgovornosti za dogajanje v odnosnem sistemu – partnerstvu, družini, delovnem odnosu... Da bi se to doseglo, je potrebna razvidnost (transparentnost) dogajanja v odnosnem sistemu. Reševanje stisk članov družine mora postati skupni projekt družine. Izključitev enega ali več članov iz procesov prispevanja (participiranja) k reševanju stiske vodi v

»simptomizacijo« stiske. Družina »simptomizira« enega od članov in poskuša nekako preživeti v skladu z videnjem »simptoma« – lahko se žrtvujejo »obolelemu«, lahko ga »izženejo«... S »simptomizacijo« se izpostavi samo ena izmed možnih tem za družinsko »terapijo« – npr. problem nadzora (vsiljevanje in izogibanje nadzoru).

4. Pričakovana posledica socialnodelavskega sodelovanja z ljudmi v stiski je njihova sprememba znanj, prepričanj ali vedenja, ki jim omogoča polnejše vključevanje v reševanje lastnih stisk. Za to, da posameznik ali skupina spremeni svoje vedenje, je potrebno vsaj:

- znanje o neustreznosti, neučinkovitosti in omejujoči lastnosti obstoječega prepričanja in/ali vedenja,
- zaskrbljenost zaradi posledic prepričanja in/ali vedenja
- samozaupanje, pozitivna samopodoba
- občutje kompetentnosti za spreminjanje<sup>5</sup>.

Za doseg teh ciljev se lahko uporabi proces strukturiranja drogiranja, v katerem se relativno kaotičen način drogiranja spreminja v prepoznaven in obvladljiv vzorec. Iz kaotičnega, neurejenega, »odvisniškega« načina drogiranja se poskuša s sodelovanjem z uživalcem doseči strukturirano drogiranje. Namen strukturiranja drogiranja je v tem, da uživalec drog spozna, da je drogiranje lahko pod njegovim nadzorom. Samega sebe lahko ponovno prepozna kot tistega, ki lahko odloča o sebi. Idealni izid nadzora nad drogiranjem je lahko abstinenca:<sup>6</sup>

- časovna (npr. samo čez vikend, samo zvečer...)
  - prostorska (npr. samo doma, samo na »Metelkovi«...)
  - glede na drogo (npr. samo metadon, samo travo, čim varnejše oblike drogiranja...)
  - glede na količino (npr. liter vina namesto dveh...)
  - postopnost strukturiranja (ta mesec vsak drugi dan, potem morda vsak tretji...).
- (Obširneje gl. Stefanoski 1997: 225-226.)

6. Stiska staršev je še dodatna zaradi tega,

ker drogiranje običajno sovpada z mladostnikovim simbolnim osamosvajanjem. Paradoks starševske ljubezni, ki zahteva, da otroka vzgajamo zato, da nas lahko zapusti, da sam raziskuje in ustvarja življenje, ter mu hkrati dajemo varno pribežališče, je pri drogiranju še toliko bolj izrazit. Starši potrebujejo podporo, ko morajo od otroka zahtevati, da prevzame odgovornost in odločitve tudi za druga ravnanja, ne samo za drogiranje. Vprašanje torej ni, ali mu pustiti, da se drogira, ali ne (v večini primerov tega starši pravzaprav ne morejo preprečiti), temveč, kako vsem v družini omogočiti, da razmislijo o svojih pozicijah v njej in začnejo skupaj »soodgovorno« odločati o načinu skupnega bivanja.

Nujnost pragmatičnega pristopa bom ilustriral s pomočjo »polnoletnosti«. Pojem polnoletnosti je pravna kategorija, ki ščiti mladoletne, hkrati pa otežkoča poslušanje in razumevanje njihovih stisk ter povzroča podcenjevanje njihove moči za sodelovanje pri reševanju stisk. Ne glede na ne-polnoletnost je treba z mladostnikom, ki se drogira, sodelovati kot s povsem odgovornim za svoja ravnanja. V formalnih postopkih na sodišču je sicer treba vztrajati pri njegovi ne-polnoletnosti, v okviru sodelovanja pri reševanju odnosnih stisk pa je enakopraven vsem ostalim polnoletnim sodelavcem.

Socialni delavci moramo prevzeti bolj aktivno vlogo pri podpori družinam, ki se srečujejo s stiskami, povezanimi z drogiranjem. Centri za socialno delo, ki so razvejani po vsej Sloveniji, se ne bi smeli omejiti samo na informiranje o tem, kje se zdravijo narkomani. Z dosledno uporabo socialnodelavskega pristopa je mogoče usposobiti večino družin, da uspešno preoblikujejo svojo strukturo in dinamiko, ter s tem pomembno zmanjšajo ali v celoti odpravijo stisko zaradi drogiranja. Dodatna znanja s področja drogiranja pa bodo prispevala k demitologiziranju in dedemoniziranju drogiranja. Če socialni delavci ne bi verjeli v magično moč drog, bi lahko že dolgo uspešno sodelovali z ljudmi, ki so v stiski zaradi drogiranja.

*Opombe*

<sup>1</sup> V tem trenutku je drogiranje kot vrsta bolezni najbolj splošno priznano videnje tega pojava. Medicini se je z njeno avtoriteto posrečilo doseči, da mnoge druge družbene prakse v svojih strokovnih izhodiščih predpostavljajo, da je drogiranje bolezen (npr. »razumevanje« užiivalcev v pravni praksi).

<sup>2</sup> Levi Strauss 1988: 214-215: »[...] ne obstajajo naravni pojavi v čistem stanju; naravni pojavi obstajajo za človeka samo pojmovno in filtrirani s pomočjo logičnih in afektivnih norm, ki pripadajo področju kulture [...]. O]blika in vsebina blodenj [pod vplivom halucinogenih gob] se povsem spreminjajo glede na subjekt. Oblika in vsebine blodenj so odvisne od temperamenta, osebnega življenja, izobrazbe in poklica. [...] V družbah, ki v nasprotju z našo institualizirajo halucinogene, lahko pričakujemo, da bodo povzročili določene blodnje, ki niso take zaradi svoje psihokemične sestave, temveč so take zaradi skupinskih pričakovanj, tako nezavednih kot zavestnih. Ta pričakovanja so od skupine do skupine različna. Halucinogeni ne skrivajo v sebi naravnega sporočila, kar je že kot pojem protislovno; spodbujajo in krepijo latentni diskurz, ki ga implicira vsaka kultura. Droge omogočajo in olajšujejo eksplikacijo tega diskurza [...].«

<sup>3</sup> Razen pri Phencyclidinu in njegovih izpeljavah (PCP, TCP...), kjer je Abadinsky opazil močno psihično odvisnost. Pri LSD, mescalinu, pejotlu, različnih oblikah amfetaminov, ibogainu in ostalih znanih halucinogenih drogah odvisnosti ni opaziti.

<sup>4</sup> Prim. Lüssijevo instrumentalno definicijo problem in prvo socialno pomoč, kot je razčlenjena v Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (*Ur. l. RS*, št. 52/1995).

<sup>5</sup> Prim. Henck P. J. G. van Bilsen: *Motivational Interviewing: Perspectives from the Netherlands, with particular emphasis on heroin-dependent clients* (Miller, Rollnick 1991: 214-224).

<sup>6</sup> Abstinenco je mogoče doseči tudi s pomočjo jasno strukturiranih visokopražnih programov, v katere užiivalec stopa z zavestjo, da se je sam odločil za ta korak, da je to odločitev na podlagi presojanja »dobrih« in »slabih« strani drogiranja. Z vsako spremembo načina drogiranja se lahko užiivalcu okrepi zavest o lastni moči, o vrednosti samega sebe. Naj se sliši še tako neverjetno, je na tej točki pričujoče besedilo zelo blizu konceptu zdravljenja dr. Janeza Ruglja (npr. *Dolga pot, Zmagovita pot, Uspešna pot*). S zahtevami po hoji v gore, pisanju utrinkov, študiju, teku itn. doseže Rugelj pri svojih zdravljenjih samozavest in občutek vrednosti, tako da jim tudi terapevtske intervencije ne morejo več škoditi.

*Literatura*

- H. ABADINSKY (1994), *Drug Abuse*. Chicago: Nelson-Hall Publishers.
- S. COLLINS (1990), *Alcohol, Social Work, and Helping*. London, New York: Tavistock/Routledge.
- C. LÉVI-STRAUSS (1988), *Strukturalna antropologija 2*. Zagreb: Školska knjiga
- P. LÜSSI (1990), Sistemski nauk o socialnem delu. *Socialno delo* 29, 1-3.
- R. W. MILLER, S. ROLLNICK (ur.) (1991), *Motivational Interviewing*. New York, London: The Guilford Press.
- P. STEFANOSKI (1997), Razmišljanja o strokovnih izhodiščih za delo z užiivalci drog na centru za socialno delo. *Socialno delo* 36, 3.
- S. DE VRIES, R. BOUWKAMP (1995), *Psihosocialna družinska terapija*. Logatec: Firis.