

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek: Bojan Kuljanac

Naslov naloge: Kokain med intravenoznimi uživalci drog

Kraj: Ljubljana

Leto: 2007

Št. strani: 83

Št. tabel: 4

Št. prilog: 3

Št. uporabljenih virov: 30

Mentor: dr. Vera Grebenc

Deskriptorji: kokain: uživanje nedovoljenih drog: intravenozni uporabniki drog: stigma: nadzorovana uporaba: hitra ocena uživanja drog: zmanjševanje škode:

Povzetek:

V teoretičnem delu sem se osredotočil na teorije različnih avtorjev, kateri so mi bili v pomoč pri empiričnem delu.

V empiričnem delu sem z »Vprašalnikom za hitro oceno ugotavljanja potreb v skupnosti uživalcev drog« poskušal predstaviti lokalno sceno uživanja kokaina, socialne in zdravstvene posledice uživanja, tvegano vedenje pri uživanju drog in oceno potreb ter želja med intravenoznimi uporabniki. Izvedel sem petnajst intervjujev.

Raziskava je pokazala, da je kokain, kot tudi ostale droge, zelo razširjen in dostopen med intravenoznimi uporabniki. Uživalci imajo oslABLJENO socialno mrežo ter pogosto občutijo stigmatizacijo okolice. Zaradi intenzitete, načina in kraja, kjer uživajo kokain, intravenozni uporabniki čutijo zdravstvene posledice. Tvegana vedenja so povezana s prostori uživanja, kajti večina intravenoznih uporabnikov drogo zaužije na ulici, s čimer se tveganja povečajo.

Nadzorovana uporaba je mogoča in je v veliki meri odvisna od okoliščin, zato vsako uživanje ne vodi nujno v prepad. V diplomski nalogi ugotavljam potrebe po razširjenih programih za intravenozne uporabnike, ki bi morali vključevati kompetentno informiranje, svetovanje, izmenjavo igel, varen prostor za iniciranje, terensko delo, materialno pomoč ter kontrolo droge na ulici.

DATA ON DISSERTATION

Name and surname: Bojan Kuljanac

Titel of the disertation: Cocaine among injecting drug users

The Place: Ljubljana

The Year: 2007

No. of pages: 83

No. of charts: 4

No. of annexes: 3

No. of sources used: 30

Mentor: dr. Vera Grebenc

Characteristics: cocaine: drug abuse: injecting users: stigma: controlled use: quick assessment of drug ubuse: damage reduction

Abstract:

The theoretical part of this dissertation concentrates on different authors theories serving as a help for the empirical part.

By conducting a »Survey for quick assesment of needs within the drug users society«, the empirical part tries to present the scene of drug abuse at local level, assessment of social as well health care consequences, risky bahaviour due to drug abuse and the risk assessment plus request among injecting users. This dissertation also contains fifteen interviews.

The research showed that cocaine, as well as other drugs, is wide spread and accessible among injecting users. Drug abusers have enervated social networks and they are often victims of social stigmatization. Due to intensitiy, method and place were they use the drug, injecting users suffer health consequences. Risky behaviour are linked to the places where the drug is used, seeing that the majority of the injecting users injects the drug on the street, which increases the level of the risks.

The controlled use of drugs is possible and mostly depends on circumstances, therefore every single drug abuse does not bring about the fall. This dissertation ascertains necessities of broadened programmes for injecting users which should

include competent informations, counseling, needle exchange, safety room for injection, fieldwork, material help and control of the drugs on the streets.

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

DIPLOMSKA NALOGA

KOKAIN MED INTRAVENOZNIMI UŽIVALCI DROG

Mentor: dr. Vera Grebec

Bojan Kuljanac

Ljubljana 2007

PREDGOVOR

Na izbor teme diplomske naloge je vplivalo dejstvo, da sem več kot eno leto delal v nizkopražnem programu.

V program se je dnevno vključevalo do štirideset ljudi. Večina uporabnikov je prihajala po sterilni pribor, nekateri pa so tudi koristili dnevni center. Uporabniki, so prihajali iz različnih krajev Slovenije in različnih državah sveta npr.: Iran, Kanada, BiH... Po preteku določenega časa sem vzpostavil osebni odnos z uporabniki, ter tako vedno bolj spoznaval okoliščine in problematiko uživanja drog.

Problematika na področju drog v Sloveniji se veča. Trg drog je vedno večji in prodira v vse manjše kraje. Droga je cenovno dostopna in mobilna, povpraševanje pa zagotovo narašča.

V program, kjer sem delal, je bilo letno vključenih tisoč uporabnikov; večina uporabnikov je uživala drogo intravenozno. Ta skupina uporabnikov je obenem tudi tista, ki najbolj vidna in očitna, vendar gre tukaj le za vrh ledene gore. Droge so danes popularne bolj kot kadarkoli, zato je več razlogov kot je samih drog. Droge so sicer tolerirane. Pomirjevala, tablete, alkohol, cigareti in kava so dovoljene droge in je odvisnost od le-teh del našega vsakdana. Za kokain je veljalo, da je za prestižne, bogate ljudi, vendar to dandanes ne drži več.

Kokain je razširjen med vsemi družbenimi skupinami. Razširjen je prav tako med intravenoznimi uporabniki drog. Prav ta skupina je najbolj stigmatizirana, saj so takšni uživalci po mnenju večine džankiji, izgubljeni, smrduhi, narkomani... Družba tako izključi uživalce drog, ko ti postanejo vidni in razpoznavni.

V diplomskem delu bom poskušal prikazati razširjenost in posledice uporabe kokaina med intravenoznimi uživalci heroina. Želim prispevati k boljšemu vpogledu v problematiko kokaina in drog med intravenoznimi uporabniki ter nakazati možne individualne, skupnostne in družbene rešitve, ki bi upoštevale potrebe uporabnikov.

Vsekakor je to le majhni delež tistih, ki konzumirajo kokain, je pa dokaz, da je kokain razširjen med socialno izključenim. Socialno izključeni so tisti uživalci, ki imajo največ

težav povezanih z uživanjem droge. Potrebno pa se je zavedati, da obstajajo tudi drugi uživalci drog, ki niso socialno izključeni. Resnic o drogi je veliko in vseh uživalcev ne smemo metati v isti koš.

V diplomskem delu mi bodo v pomoč rezultati raziskav na področju drog, tuja in domača literatura, predavanja, seminarji, internet ter lastne izkušnje, ki sem jih pridobil tekom honorarnega dela v niskopražnem programu.

Zahvaljujem se mentorici dr. Veri Grebenc, ki mi je dajala smernice ter z nasveti prispevala, da je nastajala diplomska naloga. Zahvaljujem se sogovornikom za čas in odgovore ter mami, Martinu in ostalim družinskim članom, ki so me spodbujali pri študiju in verjeli vame.

KAZALO

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

PREDGOVOR

KAZALO

1. TEORETIČNI DEL	5
1.1. UVOD.....	5
1.2. KOKAIN SKOZI ČAS.....	6
1.3. TIPOLOGIJA DROG.....	8
1.4. TIPOLOGIJA KOKAINA.....	8
1.5. DELOVANJE KOKAINA NA ORGANIZEM	10
1.6. TRENUTNA SVETOVNA PORABA KOKAINA	11
1.7. PORABA KOKAINA V SLOVENIJI	12
1.8. POLITIKA DO DROG.....	14
1.8.1. RESOLUCIJA O NACIONALNEM PROGRAMU NA PODROČJU DROG	17
1.9. SOCIALNO TVEGANJE IN ŠKODA.....	18
1.10. SOCIALNO DELO, KI AKCEPTIRA UŽIVANJE DROG.....	21
1.11. TIPOLOGIJA UPORABNIKOV IN OBVLADOVANJE UŽIVANJA.....	24
1.12. DOSTOP DO UPORABNIKOV	27
1.13. STIGMA IN STEREOTIPI	31
1.14. ZMANJŠEVANJE ŠKODE	33
1.14.1. ZMANJŠEVANJE ŠKODE V SLOVENIJI	36
2. EMPIRIČNI DEL	39
2.1. PREGLED PROBLEMATIKE	39
2.2. PROBLEM	40
3. METODOLOGIJA.....	41
3.1. VRSTA RAZISKAVE	41
3.2. SPREMENLJIVKE	41
3.3. MERSKI INSTRUMENTI IN VIRI PODATKOV	42
3.4. POPULACIJA IN VZORČENJE	42
3.5. OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV	43
4. REZULTATI.....	45
4.1. LOKALNA SCENA UŽIVANJA	45
4.2. OCENA SOCIALNIH POSLEDIC.....	49
4.3. OCENA ZDRAVSTVENIH POSLEDIC	54
4.4. TVEGANO VEDENJE IN OCENA TVEGANJA	59
4.5. OCENA SLUŽB.....	61
5. RAZPRAVA	64
6. SKLEPI.....	72
7. PREDLOGI.....	73

8. POVZETEK.....	74
9. LITERATURA IN VIRI.....	76
10. PRILOGE.....	79

1. TEORETIČNI DEL

1.1. UVOD

Kokain postaja vedno bolj razširjena droga v Evropi. Sodobni svet zaznamujejo kompleksne in hitre družbene spremembe. V družbi, ki je vedno bolj usmerjena v storilnost, kjer je posameznik prepuščen sebi in so vrednote povezane z učinkovitostjo, delom in uveljavljanjem, je posameznik pogosto primoran iskati bližnjice za obvladovanja tempa in obveznosti. Živimo v času, ko se ne znamo več ustaviti, vse potrebe želimo hitreje zadovoljiti - delo, hrana, komunikacija, doseganje užitkov, sproščanje itd. Smo ujetniki kapitalizma in demokracije, po drugi strani pa čustveno prazni, odtujeni. Kokain tako, zaradi narave delovanja in vse večje dostopnosti, ponuja »idealno« rešitev za lažje premagovanje hitrega življenjskega tempa in vse večje odtujenosti.

Zadnje čase zasledimo vse več informacij o uporabi kokaina med posamezniki, ki imajo zelo hiter življenjski tempo, kot na primer poslovneži, medijske zvezde, športniki, ipd. Kokain namreč daje občutek budnosti, večje storilnosti in samozavesti. Raziskave narejene v preteklosti nakazujejo na razširjenost kokaina v vseh družbenih sferah – kljub temu, da je zaradi svoje cene nekoč veljal za »prestižno« drogo, je priljubljen tudi v obrobnih, marginalnih skupinah kot so brezdomci, brezdomni odvisniki. Ponudba kokaina je vse večja, cenovno je dostopen in mobilni, saj se je razširil tudi v manjša mesta, prav tako pa se večja povpraševanje.

Prohibicijski diskurz se je razvil v začetku dvajsetega stoletja, ko so se množice dokopale do drog in ko so vodilne družbene strukture ugotovile negativne posledice konzumiranja na delovno silo. Do novega vala poostrene prepovedi nekaterih drog je prišlo konec šestdesetih in sedemdesetih v času obsežnih študentskih in mladinskih uporov.

V Sloveniji je porast intravenoznih uporabnikov drog začel začetkom devetdesetih s spremembo sistema. Mladina¹ ne more več najti svoje nekdanje družbene vloge in tako narkomanija postaja zadnji poskus posameznikov, da bi dosegli vsaj virtualno individualnost in povzdignjeno zadetost ter spoj regresij, kjer narkomanija pomeni predvsem kompenzacijo vsakdanjih razočaranj in brezperspektivnosti mladih.

Moja empirična raziskava je narejena med intravenoznimi uporabniki trdih drog. Večina uporabnikov, ki prihaja v program zmanjševanja škode, kjer sem tudi honorarno zaposlen, uporablja heroin. Ko sem začel povpraševati, če kdo uporablja kokain, sem dokaj hitro našel uporabnike, ki uporabljajo tudi kokain, vendar v kombinaciji s heroinom, alkoholom, tabletami, marihuano ipd.

Lahko rečem, da je kokain droga, ki si jo lahko privošči skoraj vsak. Kokain je vedno bolj je popularen med mladimi, ki hodijo na »party«, ter konzumirajo kokain kot poživilo. Menim, da nas v bližnji prihodnosti čaka še večji porast uporabe kokaina in prve večje zdravstvene, socialne, materialne posledice uživanja. Te posledice pa so prav gotovo povezane s prekomerno uporabo kokaina, zasvojenostjo, nerazumevanja droge, neprimerne pomoči ter stigmatizacijo.

1.2. KOKAIN SKOZI ČAS

Uporaba kokaina oz. listov koke je stara kot človeštvo samo. Beseda »Coca« prihaja iz Tiwakanu besede »khoka«, kar pomeni drevo. Prve drobce kokaina so našli arheologi že pred pet tisoč leti. V južni Ameriki so Inki liste koke uporabljali v vsakdanjem življenju in je bila pomembna v vseh opravilih in so jo dojemali kot darilo bogov. Liste koke so prav tako uporabljali kot anestetik.

V začetku štirinajstega stoletja v Evropo pridejo prva poročila o uporabi listov koke. V sredini štirinajstega stoletja se katoliška cerkev, zaradi napačnega poročila o listih koke, odloči prepovedati uporabo listov. To je najbrž prva prohibicija uporabe drog.

¹ Povzeto po: Mirjana Ule, »Overdoza – To je ta pravo« 1992; str. 43

Španski kolonialisti pristanejo na plačevanje davkov v obliki listov koke. V začetku petnajstega stoletja listi koke prvič pridejo v zahodno Evropo. Nekateri Evropejci začnejo žvečiti liste za stimulacijo.

Leta 1680 je Albert Neiman kokain prvič izoliral od listov koke. Leta 1884 se začne v medicini uporabljati kokain kot lokalna anestezija za očne operacije. Prav tako Freud objavi delo »On Coca« v katerem priporoča kokain za zdravljenje psihičnih težav. Freud je videl kokain, kot zdravilo za odvisnost od morfija.

V začetku dvajsetega stoletja postane snifanje kokaina zelo popularno. Kmalu za tem medicina zabeleži prve poškodbe nosu, povzročene zaradi kokaina. Zabeležijo tudi prve žrtve uporabe kokaina in heroina. Leta 1914 se kokain in opiat razglasijo kot prepovedane ilegalne droge. Po prvi svetovni vojni se prepove tudi v Veliki Britaniji. To je vzpodbudilo ilegalno trgovino droge. Leta 1930 Japonska postane največji svetovni proizvajalec kokaina, sledijo ji Združene države Amerike, Velika Britanija in Francija.

V sredini dvajsetega stoletja se popularnost kokaina zopet poveča. Vendar se poraba kokaina pojavlja le v premožnejših družbenih slojih, ker ima kokain takrat še visoko ceno. Proizvodnja kokaina se premakne v Južno Ameriko. Peru legalno proizvaja kokain od leta 1880 pa vse do polovice dvajsetega stoletja. V šestdesetih letih popularnost kokaina še vedno narašča. Kuba začne kontrolirati svetovni ilegalni kokainski trg. V začetku sedemdesetih prejšnjega stoletja se v Združenih državah Amerike začne uporabljati *prosta kokainska baza*.

Kolumbija postane vodilna proizvajalka kokaina v svetu. Združene države Amerike so preplavljene z kokainom, še posebej Miami in New York. Konec sedemdesetih se poveča uporaba *cracka* v Združenih državah Amerike. *Crack* postane bolj popularen kot kokain, predvsem zaradi enostavne priprave. V osemdesetih letih se v Veliki Britaniji pojavi *crack*. Prav tako si preprodajalci utrdijo poti nabave drog. V začetku devetdesetih se v zahodni Evropi začne problematizirati uporaba kokaina in začnejo se odpirati prvi strukturirani programi pomoči. V začetku enaindvajsetega stoletja pa je kokain razširjen po celi Evropi in v vseh družbenih slojih. Prav tako injicirajoči

uporabniki heroina začnejo uporabljati kokain in se preprodaja kokaina razvije po heroinskih poteh.

1.3. TIPOLOGIJA DROG

Droge delimo na legalne in ilegalne. Legalne droge so alkohol, nikotin, kofein, pomirjevalne in uspavalne tablete, inhalanti itd. Kljub temu, da so prav tako adiktivne ter da naredijo veliko družbene škode, se lahko konzumirajo brez večjih omejitev. Večina ljudi ne doživlja alkohol in nikotin kot drogo, čeprav sta najbolj uporabljani drogi na svetu.

Ilegalne droge delimo v štiri večje skupine: depresorji, halucigeni, narkotiki in stimulantni. Kokain spada med stimulantne.

Učinki stimulantov pospešijo delovanje centralnega živčnega sistema, občutek dobrega počutja ali euforije, povečana zmožnost mišljenja in delovanja, strah, paranoja, pospešeno bitje srca, povišan krvni tlak, zmanjšanje apetita, nemirnost, nespečnost in občutek "tresenja"².

1.4. TIPOLOGIJA KOKAINA

Listi koke so se uporabljali v južni Ameriki več kot tri tisoč let. Na svetu je več kot dvesto različnih vrst rastline koka, vendar pa le dve vrsti koka rastlin zadostujeta kvaliteti in se obirata štirikrat letno.

Nabrane liste koke shranjujejo v velikih sodih, kjer jih zdrobijo in nato stiskajo. Podoben proces, kot proizvodnja vina. V nadaljnji proizvodnji pa uporabljajo kerosin in amoniak. Tako pridobijo glavno sestavino, v južni Ameriki znano kot »Basuco«. Za nadaljnje izboljšanje kokaina, se uporabijo različni kemični procesi, kjer pridobimo hidrokloridno sol oz. kokainov hidroklorid.

² www.konoplja.org

- **Kokainov hidroklorid ali hidrokloridna sol**

Na ulici ga dobimo v prahu, ponavadi se snifa, lahko pa tudi injicira. Čistost je ponavadi okoli 50 %, lahko pa tudi nižja, saj ga ulični preprodajalci pogosto razredčijo s neaktivnimi snovmi (sladkor) ali pa tudi z aktivnimi drogami (lokalni anestetik).

- **Freebase ali prosta baza**

Obstajajo tri osnovne metode za pridobivanje proste kokainske baze. S pomočjo etra, amoniaka in pecilnega praška. Metode pridobivanja proste kokainske baze so razvili preprodajalci v sedemdesetih, da so preverjali čistost kokaina. Eter ali amoniak zmešajo z vodo in kokainom ter vse skupaj segrejejo in posušijo. Tako pridobijo alkaloid primeren za kajenje.

- **Crack**

Crack je prav tako prosta kokainska baza, vendar pridobljena s pomočjo bikarbonata (soda bikarbona). Proces je podoben, kot pri prosti kokainski bazi, vendar manj nevaren. Ime »crack« je dobil zaradi tega, ker se je z kajenjem slišalo prasketanje, pokanje (crackling). Crack je enostaven za proizvesti doma, kar je dvignilo popularnost uporabe. Čistost je okoli 90 %, lahko pa je tudi manj.

- **Kokainska baza (base cocaine)**

Kokainska baza ni šla skozi proces spreminjanja v kokainov hidroklorid, tako je v alkaloidnem stanju. Učinki so podobni kot pri cracku, ponavadi se kadi, lahko pa tudi injicira ali oralno zaužije.

- **Črni kokain**

Črni kokain je dobil ime zaradi uporabe drobnih železnih črnih delcev in kalija za prekrivanje kokaina preko državnih meja oz. carin. Tako se omogoči prehod preko senzorjev in preko treniranih psov. V takšni obliki se kokain pripravlja za ulično prodajo, je malo temnejši.

Razlika med temi tipi kokaina je podobna razliki pri alkoholu. Imajo različni okus in moč, vendar je učinek na koncu dneva podoben. Ne obstaja varni način uživanja kokaina, vsaka oblika ima nevarnosti in komplikacije pri prekomernem uživanju.

1.5. DELOVANJE KOKAINA NA ORGANIZEM

Za kokain je treba najprej povedati, da ne povzroči takšne fizične odvisnosti kot jo poznamo pri heroinu, vsekakor pa se lahko razvije zelo močna psihična odvisnost. Kokain deluje s pomočjo sprožilcev (asociacije na uživanje kokaina), ki sprožijo kemične snovi, ki so že v telesu. Del teh kemičnih snovi se prav tako sproži pri doživljanju užitkov in nevarnosti.

Pri osebah, ki so močno zasvojene s kokainom, sprožilec lahko sproži podobne simptome kot pri adrenalinu - povečan srčni utrip, kratki in hitri vzdihljaji, znojenje, tresenje ipd.

Dopamin in serotin sta nevrottransmitterja, ki pomagata uravnavati občutke ugodja v možganih, vendar se prav tako sprožita pri uporabi kokaina. Zaradi prekomerne uporabe kokaina se spremeni možgansko delovanje nevrottransmitterjev oz. blokira transporterje, ki prenašajo nevrottransmitorje. Pomanjkanje dopamina delno povzroči, da se uporabnik mora »spustiti« (come down or crash³) oz. počuti slabo, ter hkrati išče rešitev v ponovni dozi. Pomanjkanje tega nevrottransmitorja, v kombinaciji s slabimi življenjskimi situacijami (izguba službe, partnerja,...), lahko povzroči depresijo ter pripelje do suicidnih misli in do razpoloženskih motenj.

Hrepenenje in potrebo po uporabi kokaina sprožita kombinacija dopamina in adrenalina. Adrenalin ponavadi sproži asociacija uživanja kokaina (srečanje koga s kom si uporabil, prijetni spomini, denar za kokain). Pod vplivom adrenalina je uporabnik naenkrat na »misiji« nabave droge, z občutkom vznemirjenosti in poln pričakovanja ob misli na ponovno uporabo.

Kokain lahko poškoduje telo na mnogo načinov, nekatere poškodbe so lahko usodne. Rizična uporaba se lahko poveča z načinom in pogostostjo uporabe.

³ ©COCA 2003 – Conference on crack and cocaine

Srčni zastoj se lahko zgodi vsakomur, ki konzumira kokain, ne glede na način, kariero ali količino. Uporaba kokaina prav tako škoduje pljučem, ledvicam, imunskemu sistemu. Povzroča psihične motnje, to pa ne pomeni, da ob prenehanju uporabe psihične motnje izginejo. Pomembno je, da uporabniki dobijo primerno psihosocialno pomoč.

Zdravstvena tveganja se povečajo z intenziteto, načinom in kariero uživanja kokaina.

1.6. TRENUTNA SVETOVNA PORABA KOKAINA⁴

Kokain je za marihuano in hašišem droga, s katero se na svetu največ trguje.

Kolumbija je daleč največji vir prepovedane koke na svetu, sledita pa ji Peru in Bolivija. Po ocenah se je svetovna proizvodnja kokaina leta 2004 povečala na 687 ton. V obdobju od leta 1999 do 2004 se je število zasegov kokaina na ravni EU na splošno povečalo, zasežene količine pa so nihale ob trendih povečevanja.

V primerjavi s heroinom je povprečna čistost kokaina na ravni uživalcev visoka in je bila leta 2004 od 24 % na Danskem do 80 % na Poljskem, večina držav pa je poročala o čistosti od 40 % do 65 %.

Na podlagi nacionalnih raziskav med prebivalstvom se ocenjuje, da je približno 10 milijonov Evropejcev vsaj enkrat v življenju poskusilo kokain (razširjenost uživanja kadar koli v življenju), kar je 3 % vseh odraslih prebivalcev.

Kot pri drugih prepovedanih drogah, je uživanje kokaina najbolj razširjeno med mladimi odraslimi osebami, starimi od 15 do 34 let, čeprav je bilo v zadnjem letu rahlo več uživanja kokaina med osebami, starimi od 15 do 24 let. Zdi se, da je kokain droga, ki jo uživajo osebe, stare med 20 in 30 let, vendar je v primerjavi z uživanjem konoplje, uživanje kokaina manj razširjeno med mlajšimi osebami.

Raziskave med moškimi, starimi od 15 do 34 let, na Danskem, v Nemčiji, Španiji, Italiji, na Nizozemskem, v Združenem kraljestvu in na Norveškem so na primer

⁴ Vir: <http://ar2006.emcdda.europa.eu/sl/page009-sl.html>

pokazale, da je število oseb, ki so že kdaj zaužile kokain, od 5 % do 14 %. Uživanje v zadnjem letu je bilo manjše, vendar so štiri države poročale o vrednostih, višjih od 3 %; Španija in Združeno kraljestvo pa o vrednostih v višini približno 6–7 %. Iz slednjega je razvidno, da v je v teh državah približno eden od petnajstih mladih moških v zadnjem času zaužil kokain. Ta delež je znatno višji v mestnih območjih.

Groba ocena trenutnega uživanja kokaina v Evropi je približno 1,5 milijona odraslih oseb, starih od 15 do 64 let (80 % v starosti od 15 do 34 let). Ta številka lahko velja za minimalno oceno glede na verjetnost nepopolnega poročanja.

Zdi se, da je med prebivalstvom uživanje kokaina občasno in se v glavnem dogaja ob koncih tedna in v sprostitvenih okoljih (barih in diskotekah), kjer se lahko dosegajo visoke stopnje uporabe. Raziskovalne študije, opravljene med mladimi osebami v plesnem in glasbenem okolju v različnih državah, razkrivajo precej višje ocene razširjenosti uživanja kokaina od ocen razširjenosti med prebivalstvom. In sicer znaša razširjenost uživanja kokaina kadar koli v življenju med 10 % in 75 % v sprostitvenih okoljih.

Med mladimi odraslimi osebami (starimi med 16 in 34 let) so bile vrednosti v ZDA 14,6 % (uživanje kadar koli v življenju), 5,1 % (uživanje v zadnjem letu) in 1,7 % (uživanje v zadnjem mesecu), v EU pa so bile povprečne vrednosti med osebami, starimi med 15 in 34 let, okrog 5 % (uživanje sploh kdaj v življenju), 2 % (uživanje v zadnjem letu) in 1 % (uživanje v zadnjem mesecu).

1.7. PORABA KOKAINA V SLOVENIJI

O porabi kokaina v Sloveniji je zelo težko govoriti, saj so podatki zelo skopi ali pa jih skoraj ni. Izhajal bom iz raziskav, ki so bile narejene v preteklosti in so preučevale vzorec in prevalenco uporabe stimulativnih drog.

Razmeroma zgodaj (leta 1996), ob sami popularizaciji pojava, je bila opravljena kvalitativna raziskava usmerjena na različne vzorce uporabe sintetičnih drog (Dekleva, 1999). Leta 2000/2001 je bila izvedena prva kvantitativna raziskava na specifični populaciji uporabnikov sintetičnih drog (Sande, 2002).

Prav tako je bila leta 2006 zaključena raziskava Kvantitativna in kvalitativna analiza spreminjanja uporabe sintetičnih drog med mladimi (Sande 2006), na podlagi katere lahko govorimo o trendih uporabe psihostimulansov in med njimi tudi kokaina. Če primerjamo raziskave lahko ugotovimo, da je v petih letih porast uporabe kokaina med mladimi narasla za 11 %, kar je precejšnji delež.

Torej lahko ugotovimo, da se tudi Slovenija ni izognila trendu porasta uporabe kokaina.

V zvezi z uporabo kokaina je mogoče iz letnih policijskih poročil izluščiti le podatke o zasegih te droge v obdobju 2000 do 2004, (v letnem poročilu za leto 2005 podatkov o zasegih nedovoljenih drog ni več), ki pa jih samih po sebi ni mogoče interpretirati. Glede ostale kriminalitete povezane z drogami in glede primerov smrti zaradi uživanja drog, iz objavljenih podatkov ni mogoče izluščiti, v kolikšnem številu so povezani z uporabo kokaina. (Grebenc 2006: 18)

Leta 2004 je v Sloveniji umrlo 40 ljudi, pri katerih so smrt povzročile droge s svojim neposrednim delovanjem v telesu, ali kot posledica namerne ali nezgodne zastrupitve z njimi, ali pa namen ni bil ugotovljen. Najpogostejša droga, ki je povzročila smrt, je bil morfij, ki so mu sledili heroin in benzodiazepini. Štiri smrti so bile zaradi metadona, po ena zaradi opija ali kokaina in dve smrti zaradi drugih psihotropnih substanc ter ena smrt, pri kateri vrsta substance, ki je povzročila smrt, ni bila določena. (vir: www.ivz.si/ivz/droge)

Statistika⁵ zaseženih drog pri nas kaže, da se policija ne ukvarja preveč z organiziranimi združbami, ki tihotapijo in preprodajajo kokain. Leta 2005 so ga zaplenili 2,14 kilograma, lani pa 4,46 kg. Ne bi bili daleč od resnice, če bi rekli, da se ga v Ljubljani toliko posnifa že ob kakšnem bolj aktivnem tednu, kot so bile nazadnje božično-novoletne počitnice, ko so bile vse diskoteke polne zvijajočih se teles in žuri polni obloženih miz.

⁵ Vir: www.mladina.si/; arhiv: 10. februar 2007 Kokainska statistika Slovenska policija izgublja boj s kokainom; Sebastijan Ozmec

1.8. POLITIKA DO DROG

V preteklosti se družba in država ni ukvarjala neposredno z drogami, saj uživanje drog ni bilo problematizirano. »Problematiko« drog je družba reševala znotraj svojega okolja. Uživanje in dostopnost je bilo geografsko omejeno. V devetnajstem stoletju se je trgovina z drogami razširila skupaj z razširitvijo trgovine in komunikacije. V začetku dvajsetega stoletja pa se je začela t.i. »vojna proti drogam«. Na droge se je začelo gledati kot »družbeno zlo«, katerega je treba izkoreniti. Vendar kljub boju proti drogami, ki traja več kot eno stoletje se trend povpraševanja veča in prav tako proizvodnja. Torej iz tega lahko sklepam, da sama prohibicija ni dovolj, ampak je problematiko drog potrebno reševati interdisciplinarno.

»Moderna vojna proti drogami se začne leta 1912 s sprejetjem prvega modernega dokumenta, ki državam podpisnicam priporoča prohibicijo opiatov« (Zorc, Pribac 1992: 6).

Razlikovanje nevarnih in nenevarnih drog v »stroki« naleti na neplodna tla. Zato so vprašljive kampanje o odvrčanju ljudi od »nevarnih« drog, strašenje s posledicami kozumiranja drog, kritika narkomanije itd. Sprejemljivi bi bili edino dve rešitvi: ali prepoved vseh drog (vseh oblik zasvojenosti) ali legalizacija vseh drog. Toda obe rešitvi sta nesprejemljivi, ker bi vodili v propad družb, ki za svoje funkcioniranje nujno potrebujejo dovoljeno obliko zasvojenosti (alkohol, kofein, nikotin, medikamenti...).

Vojna proti drogami je prinesla nepričakovane posledice:

- odvzem državljskih pravic uživalcem in odvisnim od drog (prostost, prepoved opravljanja določenih poklicev, prepoved upravljanja motornih vozil, odvzem starševstva itd.);
- uvajanje posebnih ukrepov, izrednih razmer in kompetenc represivnega aparata v boju proti drogi (hišne preiskave brez naloga, podaljšano pridržanje itd.);

- obsežen črni trg, kjer obstaja izkoriščanje na obeh koncih verige, na eni strani pridelovalcev, ter odvisnikov na drugi strani. Organizirani kriminal, kot tudi posamezne države, žanjejo pri tem izreden dobiček, ki izvirajo iz prepovedi. Dobiček na črnem trgu, ki gre skupaj z dobički od preprodaje orožje, pobirajo tudi države, ki se proti temu bojujejo, saj oprani denar napaja gospodarstvo razvitih dežel;
- hkrati posredna korist za oblast, krepitev represivnega državnega aparata in krepitev družbenega konsenza;
- vzdrževanje vseh služb, ki sodelujejo v vojni – od policije do zdravstva in sociale
- korozija pravosodnega sistema, ki izhaja iz zločina brez žrtve in ki terja kup posegov, ki ne sodijo v pravo državo (informatorji, ovaduhi, provokatorji, vabe)
- korupcija in vključevanje v trg
- medikalizacija jemanje substanc. Ljudje niso več gospodarji svojega telesa, pač pa jim medicinska stroka določa, kaj smejo in ob kakšni priložnosti
- službe, ki so namenjene pomoči ljudem v stiski, so omejene in determinirane z represivno politiko do drog. (Flaker 1992: 197)

V prohibicionističnem diskurzu sta se razvila dva modela boja proti drogam. Prvi je usmerjen na omejevanje ponudbe droge na trgu, kar pomeni, da organi represije poskušajo fizično odpraviti drogo iz prometa. Razmišljanje pri tej strategiji je, da bo zmanjšanje ponudbe na trgu hkrati zmanjšalo povpraševanje. Drugi model prohibicije se je usmeril v povpraševanje, torej se iščejo vzroki za tako visoko povpraševanje.

Evropska unija je sprejela nacionalno strategijo boja proti drogam. Vse države članice so se zavezale k implementaciji strategije. Menim, da je Evropska unija sprejela strategijo, ki ima razpon med omejevanjem ponudbe na trgu in iskanjem vzrokov za povpraševanje. Vendar je od države članice odvisno na kateri strategiji bo več poudarka.

Uradna politika do drog omejuje dostop do vednosti o drogah – dovoli le širjenje tistih informacij, ki prikazujejo le negativne posledice uživanja drog. Opozarja se

le na škodljive učinke drog oz. preventivna politika o drugih plateh drog ne govori. Užitek je označen kot sporen, nepravi.

Prohibicionistična politika se opravičuje s tem, da ne more vsakdo vedeti, ker si lahko škoduje in ker lahko škoduje drugim, torej gre za etično dilemo. Prav prohibicija umesti vednost o drogah na posebno mesto in pogojuje delitev na dovoljeno in prepovedano vednost.

Učenje o pitju alkohola je tista dovoljena vednost, o kateri se lahko mladi formalno in neformalno skozi film, tisk, opazovanje vedenja v družini in pri prijateljih, poučijo o pripravi in učinkih alkohola. Jasno se ve, v katerih situacijah in priložnostih je pitje dovoljeno ter kdaj je uživanje prestopilo mejo, ki je za določeno kulturno okolje sprejemljivo. Družba razvija mehanizme, ki omogočajo nadzorovano uživanje, kar pa za primer uživanja drog ne moremo reči. (Grebenc po Zinberg 2001: 115)

Nekdo, ki pride prvič v stik z drogo, je nenadoma soočen s substanco, ne ve pa točno, kako jo varno uporabiti. Prav tako ne pozna postopka, rituala, saj taktike obvladovanja in kontroliranega uživanja drog širši kulturi niso posredovane oz. ne smejo biti posredovane. Težko se je izogniti posledicam uživanja drog, če je ljudem onemogočeno, da bi razvili in širili sankcije za razumno uporabo drog. V takih razmerah je težko razlikovati med uporabo in zlorabo drog in ni mogoče pričakovati, da bi lahko katera koli kultura do podrobnosti nadzorovala uporabo katerekoli droge. Obstoj pravil in norm ne jamči, da bodo posamezniki vedno ravnali razumno in odgovorno. Če onemogočimo še tisto vednost, ki bi pomagala ljudem, da življenje kontrolirajo in da zaradi uporabe drog ne osiromašijo svojega življenja, potem za to vednost prikrajšamo celotno kulturo. (Grebenc 2001: 115)

Akcijški⁶ načrt Evropske unije za obdobje 2005–2008 izraža uravnotežen pristop k pojavu drog, tj. izčrpen večdisciplinaren pristop, ki vprašanje obravnava z vseh vidikov: usklajevanje, zmanjševanje povpraševanja, zmanjševanje ponudbe, mednarodno sodelovanje, obveščanje, raziskave in vrednotenje.

⁶ vir: <http://ar2006.emcdda.europa.eu/sl>

1.8.1. RESOLUCIJA O NACIONALNEM PROGRAMU NA PODROČJU DROG

Državni zbor Republike Slovenije je na podlagi Zakona o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in o obravnavi uživalcev prepovedanih drog (Uradni list RS, št. 28/2004) na seji dne 27. februarja 2004 sprejel resolucijo.

V resoluciji so sprejeta načela in smernice o interdisciplinarnem pristopu k problematiki drog.

Načela, ki so sprejeta v resoluciji:

- načelo varovanja človekovih pravic;
- načelo celovitega in sočasnega reševanja problematike drog;
- načelo globalnosti pojava drog in posledično globalnega sodelovanja;
- načelo decentralizacije (porazdelitev različnih programov in vsebin po vsej Sloveniji);
- načelo zagotavljanja varnosti prebivalcev Republike Slovenije;
- načelo prilagojenosti različnim skupinam prebivalstva;
- načelo zagotavljanja možnosti za odgovorno sprejemanje odločitev o neuporabi drog, še posebej med otroki in mladostniki;
- načelo uravnoteženosti pristopov (Republika Slovenija mora upoštevati različne pristope in jih vse skupaj povezovati v celovit nacionalni sistem.

Nacionalna strategija je uravnotežena, večdisciplinarna in celovita. Nacionalna strategija in akcijski načrt se bosta posebej posvečala naslednjim področjem:

1. informacijski sistem,

2. zmanjševanje povpraševanja po drogah s pomočjo:

- a) preventive,
- b) zmanjševanja škode zaradi uporabe drog,
- c) zdravljenja in socialne obravnave,
- d) civilne družbe,

3. preprečevanje ponudbe drog s pomočjo:

- a) kaznovalne politike,
- b) sodelovanja policije, carine in pravosodja na področju organiziranega kriminala v povezavi z drogami,
- c) dejavnosti proti pranju denarja,

4. sintetične droge,

5. pospeševanje mednarodnega sodelovanja,

6. usklajevanje na različnih ravneh,

7. raziskovalno delo, ovrednotenje in izobraževanje.

(povzeto po: [Uradni list RS 28/2004](#))

Lahko rečemo, da Slovenija slabo posveča pozornost vsem točkam, ki so našteje. Poudarek je seveda na zdravstvenem modelu pomoči ter represivni politiki, ki še edina imata zagotovljena sredstva. Vse ostale strategije na področju drog, pa so bolj obrobne - informacijski center, zmanjševanje povpraševanja, raziskovalno delo, ovrednotenje, izobraževanje, terensko delo...

Pri problematiki drog je zelo pomembna pluralnost ponudbe pomoči, žal te pluralnosti država ne ponuja, prav tako pa hoče imeti monopol nad problematiko drog. Vlada ne podpira širjenje nevladnega sektorja, kar se pozna v nihanju financiranja.

1.9. SOCIALNO TVEGANJE IN ŠKODA

Socialna škoda vedno nastane, če je oseba zasvojena, saj jo kot takšno izključimo iz neformalnih in formalnih mrež. Za nastanek socialne škode največ pripomore družbena reakcija na početje, ter sam status prepovedane substance.

Pri tveganju pa mislim na verjetnost, da bo zaradi načina uživanja prišlo do določenih posledice.

Po Cohenu (1990: 15-31) obstajata dve socialni tveganji pri uporabi drog:

- Socialna marginalizacija kot socialno tveganje, ki se pojavi v okolju, kjer uporaba drog ni sprejemljiva in kjer spoznanje, da se nekdo drogira, povzroča paniko in kasneje izključitev iz mikro-okolja uporabnika. Marginalizacija krepi tudi

kriminalizacijo in z njo povezane visoke cene drog, kar povzroči, da je kupovanje in pridobivanje denarja za nakup droge že skoraj ekskluzivna dejavnost.

- Način uporabe droge – tveganje ni sama uporaba, ampak tudi način uporabe, slog in okoliščine uživanja.

Flaker (1999: 209) navaja naslednje škodljive posledice uporabe drog:

- posledice doziranja in mešanja drog (npr. predoziranje ali uživanje kombinacije drog, ki je lahko nevarna – npr. alkohol in kokain);
- neposredne duševne poškodbe (npr. kot posledica zaužitja in kronične posledice dolgotrajnega uživanja);
- poškodbe, ki izhajajo iz zmesi, ki jo uživajo (pri mešanju oz. povečevanju količine ulične droge, se dodajajo nevarne, strupene snovi);
- poškodbe, ki so posledica načina uživanja (npr. poškodbe pri injiciranju, infekcije na mestih injiciranja, zastrupitev krvi);
- poškodbe povzročene s prenosom nalezljivih bolezni (okužba pri souporabi pribora za injiciranje s HIV-om, hepatitisom, malerijo);
- življenjske okoliščine (problemi s stanovanjem, neustrezna prehrana);
- življenjski stil (nasilje, nesreča, kriminal).

Škoda in tveganje, ki se pojavi zaradi uživanja drog, je posledica družbenega nesprejemanja in izključevanja.

Škoda, ki se pojavi lahko razdelimo po treh področjih, ki so med seboj povezana: (Grebenc 2003: 59-60)

Socialna in osebna škoda

- medosebni odnosi s prijatelji, družino, sodelavci so lahko okrnjeni ali izgubljeni, vsekakor pa so ti odnosi zaradi uživanja drog obremenjeni;
- možnosti zaposlitve in drugih pozitivni karierni načrti so preprečeni zaradi policijskih kartotek, neizpolnjevanja delovnih navad ali šolskih obveznosti;

- delo in izobraževalni proces sta lahko okrnjena ali prekinjena ali je onemogočeno vključevanje v nadaljnje izobraževanje, lahko pa pride tudi do izključitve iz izobraževalne ustanove;
- tisti, ki so v skupnosti poznani kot uživalci drog, imajo omejen dostop do pravic, ki so v skupnosti na voljo ljudem, ki ne uživajo droge (npr. ne dobijo mesta v materinskem domu, ne smejo v mladinski klub, šikanirani so pri prošnjah za denarne pomoči...).

Pravno formalna škoda

Osebo, ki ima kariero uživalca, spremljajo negativne kartoteke in slab glas na vsakem koraku (npr. pri iskanju zaposlitve stanovanja, pri urejanju formalnosti...) Posest že majhnih količin droge je prekršek, nabava in prodaja sta kaznivi. Osebe se zaradi tega zabeleži v policijsko kartoteko, obravnavana na sodiščih, daljši ali krajši čas pridržani v zaporih, kar vpliva na osebno kariero takega človeka. Nujno je, da je policija obveščena o vseh aktivnostih, ki se izvajajo na nekem področju, kar pripomore do zmanjševanja pravne škode.

Škoda za zdravje

Med zdravstveno škodljivimi posledicami so prav gotovo resen grožnje okužbe z aidsom in s HIV⁷-om ter hepatitis. Izpostavljeni so predvsem začetniki in tisti uživalci, ki nimajo slab dostop do pribora.

Zaradi nepoznavanja drog in načinov uživanja (predoziranje, okužbe, poškodbe, nesreče), pride do škodljivih posledic za zdravje. Souporaba pribora, nepoznavanje drog, precenjevanje lastnih zmožnosti, napačne predstave o uživanju, nezavarovana spolnost, slaba skrb za prehrano (zaradi intenzivnosti uživanja), nepozornost na bolezni so vzroki, ki privedejo do škodljivih posledic.

⁷ V Sloveniji je med intravenoznimi uporabniki heroina in kokaina zelo nizek odstotek okuženih z virusom HIV. K temu je veliko pripomoglo Društvo Stigma, ki je nastalo na pobudo uporabnikov in deluje že od začetka devetdesetih prejšnjega stoletja.

1.10. SOCIALNO DELO, KI AKCEPTIRA UŽIVANJE DROG

Socialno delo, ki akceptira uživanje drog, pomeni novo paradigmo na področju socialnega dela. Ne temelji na abstinenci, temveč ima »nizek prag⁸« vstopa v program pomoči. To pa ne pomeni, da zagovarja uživanje drog. S tem pristopom socialno delo izstopi iz tradicionalne obravnave politike do drog, ki temelji na abstinenci. Zmanjševanje škode pomeni tudi prelom med tradicionalnimi oblikami dela in vse večjega razkola med uporabniki in stroko. Etičnost dela temelji na spoštovanju in prepoznavanju posameznikovih pravic do uživanja drog in upoštevanja potreb uporabnika. Pojmi, ki predstavljajo koncept so nepokroviteljsko, stranki prilagojeno delo, ki upošteva metode nizkega praga.

»Socialno delo, ki akceptira uživanje drog, je pragmatično. Izhaja iz optimizacije sprememb odnosnega sistema. Z odnosnim sistemom, katerega član uživa drogo, se ukvarja »tukaj in zdaj«. V odnosni strukturi in odnosni ekonomiji išče potenciale, ki lahko optimalno (nikakor ne idealno) razrešijo odnosno stisko. Smoter strokovnega dela tako ni enoznačno opredeljen z abstinenco, temveč je to samo ena od možnosti razrešitve problemske situacije. Končni smoter je opredeljen zgolj kot socialna vključenost«. (Stefanoski 1996: 299)

Paradigma zmanjševanja škode izhaja iz spoznanja, da poskus urejanja drog s kazensko pravnim ali hotenim zdravljenjem ne prinašajo želenih učinkov.

Postavke zmanjševanja škode po Herwig-Lempp, Stover (1992: 74-84) so:

- uživalci mamil imajo tudi v primeru nadaljnjega uživanja pravico do človeka vrednih zdravstvenih in socialnih življenjskih razmer in ni treba, da si jih zagotovijo z abstinenco in prilagojenim vedenjem;
- uživalci drog so odgovorni sami zase, prostovoljnost je neodtujljiva podlaga terapevtskih odnosov in drugih oblik ponujene pomoči;

⁸ Nizkopražni programi in visoko pražni programi se razlikujejo po vstopnih pogojih. Za visokopražne programe so jasno definirane zahteve, ki jih strokovni delavci naslavljajo na uživalca drog: abstinenca, vzdržnost od drog; programi nizkega praga pa nimajo zahtev po abstinenci, ponujajo pa konkretno pomoč pri materialni, stanovanjski, zdravstveni stiski in je cilj socialna integracija.

- če spremenimo vrednostna merila, je tudi na videz nerazumno obnašanje uživalca mamil mogoče sprejeti kot osebno odločitev in kot življenjski slog celo tedaj, če ga sami ne bi nikoli prevzeli;
- kot poklicnim delavcem z uživalci nam potemtakem ni treba vedeti, kaj je za uživalca prav, smiselno in »dobro«, o tem odloča sam.

Socialno delo ponuja pomoč za samopomoč pri vsakdanjih eksistenčnih opravilih in tako spodbuja socialno integracijo.

Paradigma ne razvija diferenciranih oblik dela na zvezi med abstinenco in zasvojenostjo. V Nemčiji so zato nastale alternativne oblike dela, ki jih Hrewig-Lampp, Stover (1992: 203) delita v tri skupine:

Oblike psihosocialne podpore, ki sprejema uživanje heroina

Socialno delo se odpoveduje cilju abstinence, kot dokončni dosmrtni odpovedi vsem drogam. Sestavni del takega socialnega dela je pomoč za samopomoč in spodbujanje procesov socialne vključitve. To vključuje razdeljevanje igel za enkratno uporabo, delo s prostitutkami, omogočanje prostorov za vbizgavanje, pravno pomoč in svetovanje, pomoč pri reševanju stanovanjskega vprašanja, ponudbo prostočasnih dejavnosti, omogočanje zaposlitve in drugo.

Možnost za nadomestitev mamil

Posamezniku je potrebno zagotoviti nujni eksistenčni minimum in mu s tem nakazati, da se je vredno odpovedati mamilom. Razdeljevanje nadomestnih sredstev je lahko samo del nedvoumne potrebe in daljnosežne strategije dekriminalizacije. Na drugi strani so se pojavila nerealna pričakovanja o socialni učinkovitosti metadona, ki pa jih mamilo ne more izpolniti; npr. tega, da bi bil metadon »anti-crime« pilula in naj bi deloval družbeno intergrativno.

K abstinenci naravnane oblike

Uspešnost različnih oblik pomoči je odvisna od upoštevanja različnosti posameznikov, njihovih potreb in njihovega napredovanja v procesu odvajanja, pri čemer

»povratništva« ni treba dramtizirati. Proces odvajanja naj bi potekal v daljšem obdobju, tako da bi zasvojenec v tem času lahko izoblikoval novo identiteto in nov slog življenja.

Cilji socialnega dela, ki akceptira uživanje drog, je zagotoviti uživalcu zadovoljevanje eksistenčnih potreb za spanje, zdravo prehrano in možnost skrbi za higieno ter hkrati neprikrito zavračati uživanje drog. Uporabniki drog so v težnji po zunanji kontroli nad svojim življenjem izbrali drogo, ki jim je dala občutek lastne kontrole. Neposredno pozivanje k določenemu ravnanju, npr. abstinenci, zbuja v ljudeh strah pred izgubo kontrole nad lastnim življenjem.

Kot zapiše Stefanoski (1996: 298-299) so težave, s katerimi se srečuje uživalec drog, ko želi prevzeti nadzor nad svojim življenjem in svojimi odločitvami, tudi družbeno pogojene, saj je uživanje kriminalizirano in stigmatizirano. Socialno delo mora zagotoviti odprt, varen prostor za komuniciranje, v katerem bo stiska odnosnega sistema izrečena in v katerem se bo generiral proces njenega reševanja. To pa ni mogoče, če strokovni delavci vstopamo v ta prostor s predpostavko o kriminalnosti, nemoralnosti, nesmiselnosti ravnanja, neodgovornosti in »bolnosti« uživalcev.

Brez pristopa, v katerem strokovni delavci sprejemamo uživanje drog, ni mogoče vzpostaviti zaupljivega, osebnega in delovnega odnosa, preko katerega lahko vplivamo na uporabnike. Prav to sem skozi praktično delo ugotavljal, da lahko vplivam na uporabnike, samo v primeru, če sprejemem uživanje drog uporabnikov kot njihovo svobodno, legitimno pravico. Preko teh vzvodov pa lahko gradiš delovne odnose ter tako zmanjšuješ škodo, ki nastaja zaradi uživanja drog. Zelo pomembno je, da strokovni delavci podprejo uporabnike pri vsaki njihovi dejavnosti, čeprav ni tako učinkovita ter, da delujejo kot vmesna varovalka med sistemom in uporabnikom.

1.11. TIPLOGIJA UPORABNIKOV IN OBVLADOVANJE UŽIVANJA

Kokain je droga, ki se uporablja v širokem kulturnem in socialnem krogu, prav tako jo uporabljajo mladi in stari. Obstajajo različne tipologije uporabnikov, saj ljudje uživajo drogo na različne načine.

Tabela 1: Tipologija in karakteristike uživalcev⁹

Tipi uživalcev	Karakteristika uživalcev
»Lahki« rekreativni uživalci	<ul style="list-style-type: none">- ne kupujejo kokaina- uživajo manjše količine ob socialnih priložnostih- nimajo razvitega vzorca uporabe- imajo minimalne opravke s kokainom
Rekreativni uživalci	<ul style="list-style-type: none">- občasno kupujejo kokain, uporabljajo ga s prijatelji- kokain uporabljajo v družbi, ko imajo priložnost, na zabavi- ustvarjajo si značilen vzorec uporabe- sistem vrednot je nepoškodovan- uživanje ne vpliva na družino/zvezo in službo- imajo kontakte nabave kokaina
Redni uživalci	<ul style="list-style-type: none">- aktivno iščejo kokain in nabavljajo povečane količine- družbene aktivnosti so povezane z uživanjem kokaina- imajo prepoznaven, utrjen vzorec uporabe v ožjem družbenem krogu- sistem vrednot se spremeni- uživanje vpliva na družino/zvezo in službo- manjša preprodaja kokaina- občasna izguba nadzora nad količino uporabljenega kokaina- lahko se pokažejo psihične in fizične posledice uporabe- mogoča kombinacija kokaina z drugimi drogami- negativni vpliv na finančno stanje
Kronični	<ul style="list-style-type: none">- uporabljajo neomejene količine

⁹ ©COCA 2003 – Conference on crack and cocaine

uporabniki	<ul style="list-style-type: none"> - vrednote so izrazito podrejene uživanju kokaina - družinske in službene vezi so močno poškodovane ali pa jih ni - življenjsko nevarni vzorci uporabe - močno poškodovano psihični in fizično stanje (depresija, izguba teže, depersonalizacija,...
------------	---

Flaker (2002: 24-28) na podlagi svojih raziskovanj in tujih tipologij ponudi tipologijo, ki upošteva stopnjevanje količine užite droge:

- **neuživalci** - sem sodijo vsi tisti, ki niso nikoli poskusili droge. Ni pa pojasnjeno, ali sodijo v to skupino tudi tisti, ki so kdaj užili mamilo in tisti, ki so bili zasvojeni, pa to niso več;
- **priložnostni (občasni, naključni) uživalci, eksperimentatorji** - v to kategorijo spadajo tisti, ki uživajo mamilo občasno ali eksperimentirajo in tisti, ki ne »poskušajo«, temveč uživajo, ko imajo priložnost. Ta faza je lahko daljša ali pa ostane edina;
- **redni uživalci** - so tisti, ki uživajo mamilo redno, a ne razvijejo odvisnosti ali zasvojenosti. Posameznik lahko redno uživa mamilo iz povsem rekreativnih vzgibov ali pa je to del njegove terapije;
- **odvisni uživalci** - sem lahko uvrstimo uživalce, ki so odvisni od mamila, vendar tega ne vidijo kot zasvojenost. Ne gre samo za uživalce, za katere je to le prehodna faza, temveč tudi za tiste, ki se svoje odvisnosti nikoli ne bodo zavedali oz. bodo abstinenčne težave drugače interpretirali;
- **zasvojeni uživalci** - so tisti, ki prepoznajo abstinenčne težave, vendar se jim zaradi uživanja drog socialni status ni poslabšal. Naučili so se pohlepa po mamilu in s ponavljanjem te izkušnje prevzeli vlogo zasvojenega;
- **džankiji** – zasvojenec postane »džanki¹⁰«, ko mu droga postane najpomembnejše stvar na svetu in ne more več igrati drugih vlog, ne da bi ga zaznamovala dominantna vloga džankija. Vedenje, ki ga pridobi z vlogo džankija, vpliva na področje njegove biti.

¹⁰ Izhaja iz angl. (junk), katere osnovni pomen je »slabše blago, stara šara, odpad«; v slengu ameriške angl. pa pomeni »mamilo«. Beseda »džanki« ima tako že v osnovi neko določeno negativno konotacijo.

Zgoraj navedeni tipologiji kokaina predstavljata možne stopnje ali faze kariere uživanja drog. Možni so prehodi iz enega tipa uživalca v drugega, prav tako je možen izstop iz kariere uživalca.

Menim, da se je v Sloveniji razvila široka paleta uživalcev kokaina, od rekreativnih pa vse do kroničnih uživalcev oz. »džankijev«. Družba prepozna le kroničnega uporabnika oz. »džankija«, vsi ostali tipi pa ostanejo slepe pege. Kronični uporabnik ima samo eno družbeno vlogo in to je džanki.

Uporaba kokaina ne vodi vedno v propad, kar ponavadi velja v javnosti. Večino ljudi droge asocirajo na nekaj slabega, na smrt. Zagovorniki prohibicionistične politike do drog poudarjajo farmakološko škodljivost posameznih drog in ne upoštevajo raziskav, ki ovržejo trditve farmakološke škodljivosti.

Reinarman, Murphy in Walford so pri raziskavi¹¹ uporabnikov kokaina ugotovili, da je mogoča dolgotrajna, nadzorovana uporaba droge in da je izguba nadzora nad porabo, posledica družbenih razmer kakor tudi način vnosa droge. Torej povečanje porabe kokaina ni nujno posledica vpliva substance na človeško telo. Večina uživalcev se je zavedela zlorabe in se odločila za bolj kontroliran in varen način vnosa.

Presenetljivo je bilo spoznanje, da je dolgotrajnejša nadzorovana uporaba, razširjena tudi med rednimi oz. »težjimi« uporabniki drog. Čeprav je kokain zelo privlačen za uporabo in ima veliko načinov vnosa, je približno polovica, ki so sodelovali v raziskavi, uporabljalo kokain kontrolirano (leto, dve, desetletje...).

Nadzor uporabe kokaina je povezan z okoliščinami uživanja, to pokaže ugotovitev, da so uživalci, ki nadzorujejo uporabo večinoma tisti, ki pred tem niso bili preplavljeni s psihičnimi, socialnimi, materialnimi težavami in niso uporabljali drogo za reševanje letih. Njihove družine, službe, hobiji, vpetost v skupnost so bili dejavniki, ki so jih odvrnili od tega, da bi njihovo življenje bilo povsem osredotočeno na drogo. Tisti, ki so nadzorovali uporabo, so bili predani svojim različnim vlogam in odgovornostim v različnih družbenih institucijah. Nadzorovali so uporabo droge, da jih ne bi ovirala pri odgovornosti. Opazovanja so prav tako dokazala, da obstaja pri tistih, ki imajo npr.:

¹¹ Contingent character of cocaine abuse and addiction

nestalno službo, nepomembno vlogo v skupnosti, nestabilne družinske razmere, večje tveganje za izgubo nadzora nad uporabo drog.

Prav¹² tako so zaključili, da je v nasprotju z večino literature, ki trdi, da je prisilna uporaba ali zasvojenost mogoča posledica dolgotrajne uporabe, bolj običajen vzorec kontinuirana nadzorovana uporaba po občasnih »zadevanjih«. Tendanca, da bo prišlo do zlorabe, za večino ni bila niti neizbežna, niti neuklonljiva. Večina ni nikoli začela vsakodnevno uživati kokaina, niti redno ali v večjih količinah, ne glede na to, da so imeli redna obdobja »zadevanja« in ne glede na dostopnost drog ter neprisotnost norme abstinence v svoji socialni mreži.

Droga je snov, ki spremeni človekovo doživljanje in deloma telesno funkcioniranje. Družba ima dvojna merila za uživanje drog. Na druženjih, zabavah je konzumiranje alkohola, pomirjeval in nikotina sprejemljivo do točke zasvojenosti, v tej točki pa se odnos povsem spremeni. Pojavi se stigma in stereotipi, ki so družbeno zasidrani. Pomembno se je zavedati, da se je večina uporabnikov drog, naučila živeti z drogo, ter da v zasvojenost pripeljejo najrazličnejše življenjske situacije in okoliščine - disfunkcionalna družina, nesrečno otroštvo, izguba službe/partnerja, notranji/zunanji konflikti, težave v duševnem zdravju...).

1.12. DOSTOP DO UPORABNIKOV¹³

V Evropski uniji, kjer se je, ne samo povečala uporaba kokaina, temveč tudi razširila uporaba cracka v večjih evropskih mestih, poudarjajo, da dostopnost uporabnikov do primerne pomoči mora biti omogočena. Vendar žal v Sloveniji še nimamo programa, ki bi se izključno ukvarjal z uporabniki stimulansov. Menim pa, da bo takšen program nastal spet na pobudo uporabnikov samih, ne pa na pobudo države/vlade.

Če izhajam iz izkušenj Velike Britanije in Španije, kjer je konzumiranje kokaina doseglo razsežnosti Združenih držav Amerike, lahko ugotovimo, da uporabniki stimulansov prav tako potrebujejo organizacije, ki bi jim nudile pomoč. Uporabniki poročajo, da so programi zmanjševanja škode, informacijski centri, reševanje

¹² The follow-up study, 1986-1987

¹³ Povzeto po: ©COCA 2003 – Conference on crack and cocaine

stanovanjske problematike, vključenost ozdravljenih uporabnikov svetovalcev, podpora in svetovanje za svoje zelo pomembni pri procesu zdravljenja.

Izmenjava igel ne zadovoljuje potreb uporabnikov stimulansov v tolikšni meri, kot velja to za uporabnike heroína. Kokainski in crack uporabniki, ki zlorablajo drogo, imajo pogosto ostre krize¹⁴ in pomoč mora biti zagotovljena skoraj takoj, če hočemo, da ostanejo oz. nadaljujejo program zdravljenja.

Zadrževanje uporabnikov v procesu zdravljenja, se je pokazalo kot problematično v različnih programih obravnave. Pristop do uporabnikov, oz. dostopnost do možnosti zdravljenja, je ključnega pomena za skrb, ter zagotovilo, da se uporabniki zavedajo možnosti zdravljenja. Prav tako je zelo pomembna možnost takojšnjega zdravljenja ter dostopa do pomoči. Odprti in manj formalni programi, ki vključujejo obsežno psihosocialno pomoč, so primernejši za uporabnike stimulansov. Programi s togim pristopom in z majhno ponudbo do psihosocialne pomoči, so ponavadi manj atraktivni za uporabnike stimulansov.

Ovire na katere bomo v Sloveniji naleteli pri vzpostavljanju pomoči uporabnikov stimulansov, so primerljive z ovirami s katerimi smo se srečevali ob vzpostavljanju nizkopraženega programa za heroínske uporabnike. Potencialne ovire, ki jih predvidevam so:

- dojemanje programov pomoči s strani uporabnikov in strokovnjakov,
- pomanjkanje primerne psihosocialne pomoči,
- pomanjkanje pravočasne krizne intervencije uporabnikov pomoči,
- manjše obrobne etnične skupine so izrinjene iz dostopa do pomoči.

Uporabniki stimulansov so izrazili željo po ne »mešanju« oz. uporabi enakih programov, kot jih imajo heroínski uporabniki.

Za celovito oskrbo uporabnikov stimulansov se morajo združiti različni servisi pomoči, ki temeljijo na potrebah uporabnikov. Programi, ki bi morali biti vključeni v oskrbo so:

¹⁴ Odtegnitveni sindrom: skupek kompleksnih telesnih in duševnih simptomov, ki se pokažejo po prenehanju uživanja droge.

- osnovna medicinska oskrba,
- področje duševnega zdravja,
- centri za socialno delo,
- psihiatrične ustanove,
- zapori,
- policija,
- zavetišča,
- nevladne organizacije na področju drog...

Pri organiziranju programa pomoči za uporabnike stimulansov bi morali sodelovati različni akterji, katere se posredno ali neposredno dotika uporaba le-teh. Vključeni bi morali biti uporabniki stimulansov ter njihovi svojci. Osebe, ki se bo ukvarjalo z uporabniki stimulansov, se bo moralo dodatno izobraževati. Pridobiti bo potrebno najrazličnejša znanja in spretnosti: razumevanje motivov in življenjskih stilov uporabnikov, dodatna znanja na področju stimulansov, pravilno reagiranje v kriznih situacijah, razviti posebne tehnike obravnave in vodenja terapije npr.: vedenjska terapija, individualno svetovanje ipd. Zelo pomembno je, da osebe obvlada področje duševnega zdravja. Dodatna znanja bi morali pridobiti medicinske sestre, splošni zdravniki, psihologi, psihiatri, socialni delavci in osebe, ki delajo na področju drog.

Z obravnavo uporabnikov stimulansov, bi morali doseči dva primarna cilja - uvod v abstinenco in preprečitev ponovne uporabe.

Vendar zaenkrat ni programa, ki bi dosegel teh ciljev. Na tej podlagi so naslednje faze zdravljenja uporabnikov stimulansov:

- začetek zmanjševanja uporabe, kjer se osredotočimo na ocenjevanje, motivacijo in vključevanje formalne in neformalne socialne mreže,
- preventiva ponovne uporabe in ugotavljanje vzrokov ponovitve,
- vzdrževanje abstinence in dodatno učenje veščin za doseganje abstinence.

Ukrepi, ki bi jih morali uvesti za uspešno zdravljenje so:

Informiranje in obveščanje: dostop do informacij so uporabniki ocenili kot zelo pomembno. Raziskave nakazujejo, da sta dogovarjanje ter empatične in spodbujevalne izkušnje v zgodnji obravnavi, zelo pomembni v zadrževanju obravnave ter končnega uspeha.

Izmenjava igel: uporabniki stimulansov so v programu izmenjave igel slabo zastopani, čeprav je dejstvo, da si kar precej uporabnikov stimulansov drogo injicira. Treba je biti pripravljen na visok delež uporabnikov, ki si kokain injicira ter jih primerno informirati o nevarnosti injiciranja.

Psihosocialna terapija: študije so pokazale, da so psihosocialne terapije in skupinske terapije zelo učinkovite pri kokainskih uporabnikih. Vedenjska terapija (*Cognitive behavioural therapy*) je lahko prav tako zelo uspešna, predvsem pri tistih uporabnikih, ki kokain zlorablajo. Raziskave v Združenih državah Amerike so pokazale, da so pri zmanjševanju uporabe kokaina uspešne predvsem štiri vrste psihosocialne terapije. Terapija, ki sestoji iz dvanajst korakov, pa je pokazala zelo visoko stopnjo zmanjševanja uporabe. Omenjena terapija obsega svetovanje, ki sestoji iz dvanajst korakov ter poteka dvakrat tedensko tri mesece in enkrat tedensko dodatne tri mesece, z rednimi tedenskimi skupinskimi terapijami.

Raziskave prav tako nakazujejo, da so tudi drugi programi (npr.:dnevno strukturiran program, detoksikacija, alternativne terapije, skupine za samopomoč (npr. *Cocaine Anonymous*) relativno uspešni v zmanjševanju uporabe in zdravljenja. Ugotavljam, da moramo ponuditi čim več različnih možnosti za zmanjševanje škode in prenehanja uporabe drog. Kajti če želimo uporabnike »pritegniti« v programe, jim moramo ponuditi pluralne metode dela.

1.13. STIGMA IN STEREOTIPI

Predsodki in stereotipi, ki krožijo okoli uživalcev drog, temeljijo na podlagi neznanja in nepoznavanja drog.

Uživalci menijo, da se drugi drog hkrati bojijo in jih ne poznajo. Ker ljudje drog ne poznajo, lažje blatijo uživalce. Strah je tako močan, da je stigmatizirajoče lahko celo poznavanje drog in ga lahko ljudje hitro pomislijo, da jih tudi uživa. K temu strahu pred drogami pa pripomorejo mediji, ki o drogah poročajo senzacionalistično in jih predstavljajo kot nekaj pogubnega, umazanega. Sovražni odnos in stigmatizacija se zdita dopolnjujoči pol zatiskanja oči in ignoriranja. Predpogoj takšnega odnosa pa sta poznavanje in vidnost, hkrati pa prisili nekatere uživalce, da uživanje prikrivajo. S stigmatizacijo je mogoče vzdrževati uveljavljeni govor o drogah kot o družbeni nevarnosti hkrati pa obravnavati zadevo površno. (Flaker 2002: 51-56)

Ko posameznik z neupoštevanjem družbenih norm postane viden oziroma izstopajoč, »nevaren« za družbo, vzbuja strah, ki izhaja iz nepoznavanja same osebe ter droge. Tako se uživalcu droge pripisujejo najrazličnejše negativne lastnosti: nezanesljivost, nagnjenost k nasilju, kraja, pomanjkanje moralnega čuta, lenoba, zanemarjenost ipd. Stigmi se posameznik upira, jo zavrača in je ne čuti kot verodostojno informacijo o svoji osebnosti. Če uporabniku drog uspe, da se sam preživlja, četudi je odvisen, tako s svojo odvisnostjo in navado ni škodljiv, posledično uživanje ne predstavlja problem in ni več stigme oz. posameznik se mora sam odločiti ali bo svoje uživanje prikril ali pokazal.

Produciranje javnega mnenja o drogah izhaja iz medijskih reprezentacij, publika pa zaradi informacijske prenasičenosti sprejema te podobe nekritično in pasivno. Ljudje pridobijo večino znanja in razumevanja o drogah iz medijev, ki so ključnega pomena pri postavljanju stališč in mnenj in formiranju javnega mnenja. Tako se preko medijev o uživalcih drog posreduje tudi vrsta stereotipov, ki predstavljajo kriterije, kaj glede uživalcev drog je družbeno sprejemljivo in kaj ne. Mediji ustvarjajo z netipičnimi, senzacionalističnimi zgodbami neuravnoteženo znanje in tako kreirajo

pluralni koncept, da so droge vedno tu in v porastu, da je večina uživalcev nasilna in da so sodišča rutinsko popustljiva pri kaznovanju. Uživalce drog predstavljajo kot šibkega grešnika, ki ni zmožen kontrolirati strasti do uživanja. V skupnost se lahko vrne le, če prizna svojo nizkotno naravo in se pokesa za svoje grehe. Večina ljudi z drogami nima neposrednih izkušenj, zato se pogosto oprimejo medijskih razlag. Vedno imamo na razpolago zalogo trdnih podob, zamisli in razlag, ki narekujejo kaj je družbena norma oziroma, kaj je sprejemljivo in kaj ne. (Grebenc 2003: 15-18)

»V odnosu javnosti do uživanja še zmerom prevladuje nestrpno odklonilno stališče, ki teži k nerealni, popolni »rešitvi« problema drog – po eni strani s prepovedjo in z drugimi represivnimi ukrepi in po drugi z zdravljenjem, odvajanjem od uživanja. Tako stališče veča tveganja, saj spodbuja družbene odgovore na uživanje droge, ki so precej neustrezni, saj tako temeljijo na militantni ideologiji »boja proti drogi«, na mitoloških konstruktih torej, ki so daleč od resničnega vsakdanjika uživalcev drog in družbenih procesov, povezanih z uživanjem drog. Hkrati pa postavlja uživalce v položaj, ki je – blago rečeno – precej destruktiven za njih same in za tiste, ki z njimi živijo, postavlja jih v položaj grešnega kozla, jih etiketira in stigmatizira. Skoraj vsako dejanje uživalca je razumljeno skozi uživanje heroina in tako tudi interpretirano, kar uživalcu onemogoča vsakdanje življenje, kot ga živimo drugi, »normalni« ljudje.« (Flaker 2002: 255)

Stigma in stereotipi nastajajo na podlagi nepoznavanja droge in enostavnega sklepanja s podobami, ki jih dobimo preko medijev. Kajti veliko bolj enostavno je problematiko uživalca posplošiti, kot pa kritično in aktivno razmišljati o problematiki. Vloga »džankija« je popularen lik uživalca drog in zapolnjuje predstave o zasvojenosti. Vendar ta vloga ni najpogostejši in najverjetnejši potek uporabe drog, kar potrjujejo številni ljudje, ki uživajo drogo in živijo normalno življenje. Uživalca, ki ima urejeno materialno, socialno in duševno razsežnost težko prepoznamo. Torej lahko ugotovim, da uživanje droge ne vodi nujno v prepad ter, da se da uživanje kontrolirati.

1.14. ZMANJŠEVANJE ŠKODE

Zmanjševanje škode uporabe drog se je začelo v osemdesetih, ko so se začeli premiki v zakonodaji, ki postavijo razlikovanje med preprodajalci in uživalci drog. Začne se govoriti problematični uporabi drog in celo o uživalcih drog. Substanca ni več edini problem, temveč tudi osebne, socialne, zdravstvene težave povezane z uživanjem različnih vrst drog. Uživanje postane izbira posameznika, uporaba pa izbira potrošnika. K razvoju paradigme in pragmatičnosti zmanjševanja škode uporabe drog so prinesla spoznanja, da so intravenozni uživalci drog ena od rizičnih skupin za okužbe z virusom HIV. Svetovna zdravstvena organizacija je postavila preprečevanje širjenja virusa pred preprečevanjem rabe drog in tako v svoje strategije vnesla elemente zmanjševanja škode. Argument prenosa bolezni je dobil največ razumevanja, vendar je kmalu za tem zmanjševanje škode preseglo epidemiološko ozadje. Zmanjševanje škode uporabe drog tako dobi pragmatično uporabo na področju drog. Zmanjševanje škode predstavlja možnost večanja vpliva in moči uporabnikov in ne deluje po modelu prisile, institucionalizma, temveč na prostovoljnem vključevanju v programe.

Zmanjševanje škode upošteva in vsebuje ukrepe na vseh ravneh: od ravni posamičnih, konkretnih dogodkov do ravni socialne, zdravstvene, kazenske in ekonomske politike. Prav v tem je zmanjševanje škode zasnovano kot celostna strategija, ki ne more biti uspešna samo na eni ravni, če ne upošteva drugih. (Grebenc 2003: 57)

Prioriteta zmanjševanja škode je v zmanjševanju negativnih posledic uživanja drog. Usmerjena je predvsem v zmanjševanje zlasti tistih posledic, ki jih občutijo posamezniki, skupnost in družba. Ne izključuje se abstinenca, ampak sta zmanjševanje škode in abstinenca le dva od možnih pristopov.

Zmanjševanje škode pomeni v svojem bistvu delo z uživalci drog upoštevajoč njihove potrebe in interese. Gre za spodbudo uživalcem drog, da se pri uživanju drog odločajo za izbire, ki povzročajo čim manj škode samim, njihovim bližnjim in drugim.

Pomeni sprejemanje uživalcev v njihovem vsakdanjem svetu, pri delu pa se upošteva njihove potrebe in želje, ki niso nujno v skladu z obstoječo vladno, socialno ali kakšno drugo politiko. (Grebenc 2003: 61)

Zmanjševanje škode po Flakerju (2002: 277-281) usmerjeno v preprečevanje in odpravljanje škode na različnih področjih. V ospredju so konkretni dogodki, ki jih skušamo preprečiti ali jim čim manj zmanjšati verjetnost, da bi se zgodili. Ti dogodki so povsem oprijemljivi in natančno določljivi – npr. preprečiti, da bi pri intravenoznem uživanju prišlo do prenosa kužnih bolezni, večjih poškodb in obolenj, predoziranje; preprečiti prevaro in nevarni nakup, izgubo stanovanja, zaposlitve, prijatelja, zlorabe zaradi diskriminiranega položaja itd.

Lahko pa se proces usmeri tudi v popravljanje oz. v odpravljanje škode, ki je bila povzročena – npr. opravičilo, pojasnilo v domačem okolju, na delovnem mestu, ponovno vzpostavljanje stikov, raznih vlog, poravnava dolgov ipd.

Paradigma koncepta zmanjševanja škode se utemeljuje in razvija po sledečih izhodiščnih točkah:

- »Droga je postala normalen del vsakdanjika mladih ljudi. To ne pomeni, da je uživanje drog postalo tipična praksa vseh mladih. Pomeni pa, da večina mladih, ki živijo v urbanih središčih, pozna uživalce oziroma so med uživalci tudi njihovi prijatelji. Manjša skupina med njimi bo tudi uživala droge iz radovednosti ali rekreativno, zato morajo imeti dostop do konkretnih informacij o uporabi drog in ne bi smeli dovoliti, da jih doletijo posledice, kot so rezultat pomanjkanja informacij in znanja o postopkih varnejšega uživanja drog (npr. predoziranje, infekcije, nesreče, poškodbe) ter informacije o nadzorovanju uživanja.
- Zaradi informacij, ki so na voljo o uživanju drog in o posledicah uživanja, lahko ljudje, ki uživajo droge, postavljajo racionalnejše odločitve, ko gre za uporabo drog. Pri tem se odločitve, ki zmanjšajo ali preprečijo škodo, obrestujejo v prihodnosti in v osebnih karierah ljudi.

- Zmanjševanje škode je koncept, ki omogoča postopne korake in ne obremenjuje ljudi z visokimi cilji po abstinenci. Upošteva njihove razmere, njihov vsakdanjik in osebni stil ter njihovo pripravljenost za spremembo.
- Skozi zmanjševanje škode lahko razvijemo delovni odnos, temelječ na enakopravnosti ljudi, ki uživajo droge in ljudi, ki delajo z njimi, saj uživalci kot uporabniki storitev zmanjševanja škode obdržijo nadzor nad dogajanjem in se sami odločajo o ciljih. Vloga delavca ni, da izbere tip pomoči, ki se zdi najustreznejši, ampak da stoji ob strani človeku, ki mu pomaga, ko ta preizkuša možnosti za spremembo, mu omogoča dostop do čimveč informacij in pomaga pri odločanju.
- Zmanjševanje škode je tudi pristop, ki lahko omogoča delavcem v splošnih službah, npr. socialnim delavcem, učiteljem, zdravstvenemu osebju, da sami pomagajo uporabnikom in jih ne pošiljajo avtomatično specialistom za področje drog. Ko delavci sprejmejo zmanjševanje škode kot metodo dela, so bolj pripravljeni slediti realističnim in stvarnim pričakovanjem, ki jih imajo uporabniki in oni sami. Na tak način delavci tudi zmanjšujejo pritisk nase in na uporabnike, saj skupno dogovorjeni cilji niso nujno veliki in niso nujno doseženi – pomembni so že majhni koraki in majhne spremembe. Zmanjševanje škode zato ne pomeni zmanjševanje škode le za uporabnike pač pa tudi za delavce.
- Zmanjševanje škode omogoča, da bi se pri delu z uživalci drog delavci uporabljajo znanja, ki niso specifična. Večina stisk, ki jih doživljajo uživalci, je povsem taka, kot jih doživljajo tisti, ki drog ne uživajo (npr. problemi v šoli, s starši, v ljubezni, pri organizaciji časa, itn.). Droga jih le poudari, obravnava ali neupravičeno zamegli.
- Zmanjševanje škode ni praksa, ki se odvija za zaprtimi vrati pisarn ali v posebnih prostorih, namenjenih obravnavi uživalcev drog; odvija se v vsakdanjem okolju, v vsakdanjih situacijah in pri vsakdanjih ravnanjih ljudi, ki drogo uživajo. Vzpostavljanje stika med delavcem in uporabnikom poteka v kontekstu vsakdanjih

neformalnih interakcij, ki se lahko zgodijo običajnim ljudem. Pristop zmanjševanja škode vselej vključuje delo na terenu.« (Grebenc 2003: 62-63)

Med klasične oblike zmanjševanja škode sodijo:

- Programi izmenjave pribora
- Vrstniško svetovanje
- Substitucijska terapija (npr. metadon)

V evropskih državah so še znani drugi projekti zmanjševanja škode, skupnostne intervencije, terensko delo, varne sobe za injiciranje, izmenjava igel, drop-in, informiranje in izobraževanje uživalcev o varnejšem načinu uživanja drog, ki še niso odločeni, da prenehajo drogo. Ti pristopi predstavljajo enega uspešnejših odgovorov na obvladovanje in zmanjševanje škode uporabe drog.

1.14.1. ZMANJŠEVANJE ŠKODE V SLOVENIJI

V Sloveniji se je zmanjševanje škode pričelo relativno zgodaj, že v začetku devetdesetih. Društvo¹⁵ Stigma je bilo ustanovljeno leta 1990. Program je predvideval ustanovitev centra za izvajanje in svetovanje glede varnejšega uživanja drog, varnejše spolnosti, opozarjajoč na nevarnosti prenosa virusa HIV, hepatitisa itn. (v okviru neposrednega dela z uporabniki in v okviru projekta Stigma-droge-aids-hotline), za izvajanje projekta zamenjave brizgalk, za razvijanje metadonskih klubov v ogroženih mestih (Ljubljana, Koper, Maribor) in za usposabljanje aktivistov, prostovoljcev in drugih sodelavcev pri projektu. V tem okviru sta bili predvideni tudi distribucija informativnih materialov (zloženke, bilteni) in distribucija kondomov. Celoten projekt Stigma je takrat finančno podprla Svetovna zdravstvena organizacija v višini 55.000 ameriških dolarjev.

»Ti prvi začetki niso bili prvenstveno usmerjeni v preprečevanje okužb z virusom HIV, temveč predvsem v odkrivanje in spoznavanje pojava, k približevanju življenjskih situacij oz. doseganju zunaj klinične perspektive in identifikacijo potreb skupine

marginaliziranih in stigmatiziranih oseb. Pomembno pri nastanku Stigme je bilo to, da so jo ustanovili uporabniki.« (Grebenc 2003: 65)

Zmanjševanje škode v Sloveniji se ni prav veliko razširil po drugih krajih, razen primarne preventive, ki se izvaja v osnovnih in srednjih šolah.

Danes sta v Ljubljani samo dva programa, ki se ukvarjata z zmanjševanjem škode. V enem izmed programov sem leto in pol honorarno zaposlen tudi sam. Čeprav se kaže potreba po terciarni preventivi že v manjših krajih (npr.: Žalec, Rogaška Slatina, Šmarje pri Jelšah), je lokalna in državna oblast nema. Za marsikoga (npr. policijo) so projekti zmanjševanja škode sporni, saj v njih vidijo omogočanje uživanja drog in celo vzpodbujanje k uživanju. Pri tem je potreben precejšnji miselni preskok in dobra obrazložitev. Pri zmanjševanju škode gre tudi za zmanjševanje škode za širšo in ožjo okolico odvisnika; program zajema t.i. »skrito populacijo¹⁶«, sledi se trendu uporabe drog na določenem območju, stabilizira uporabo drog ter zmanjšuje uporabo drog.

Največja slabost nizkopražnih programov je financiranje. Saj nevladne organizacije, ki se ukvarjajo z zmanjševanjem škode in preventivo uporabe trdih drog, potrebujejo veliko časa, da se pripravijo in prijavijo na razpise, ki so večinoma letni programi. Večkrat pa se tudi zgodi, da programi sploh niso finančno podprti in so tako posledično tudi kadrovsko okrnjeni, kar se odraža v kvaliteti in kontinuiteti dela.

V organizaciji kjer sem zaposlen imamo finančne težave, saj nas državna in lokalna oblast nas ne podpreta. Za nepodpiranje našega programa lahko tudi iščemo razloge v aferah, ki so se dogajale v organizaciji pred tremi leti. Vendar najbolj sporno je to, da so najbolj prikrajšani uporabniki za kvaliteten, struktuiran, kadrovski program in tudi zaposlena za plačilo. Odgovorni pa še vedno vodijo program, čeprav dvomim v njihov osebni angažma in organizacijske sposobnosti.

Sem mnenja, da je pri ljudeh, ki delajo ali vodijo nizkopražni program, za delovanje v korist uporabnikov in zaposlenih, potrebna visoka stopnja osebne motivacije. Zaposlena sva prepuščena le teoriji, ki sva jo pridobila na fakulteti in improvizaciji ter

¹⁵ Povzeto po: Dare Kocmur: Projekt stigma - retrospektiva

¹⁶ skrita populacija: del uporabnikov ilegalnih drog, ki iz različnih razlogov npr: visokega praga vstopa v program, stigmatizacije, hospitalizacije, kriminalizacije, osebnih razlogov... ne poiščejo pomoči v formalnih mrežah (Center za socialno delo, zdravstvena ambulanta, psihiatrične bolnice, detoksikacijski center...).

občutku. Nimamo izkušenih strokovnih delavcev, ki bi nam prenesli svoje izkušnje in znanje na področju zmanjševanja škode. Prav tako nimamo rednih sestankov, supervizij in intervizij, ki so nujno pomembni za uspešno opravljanje tovrstnega dela in za obvarovanje strokovnih delavcev pred poklicno izgorelostjo. Torej sva samouka, »samorastnika« in improvizatorja.

V času pisanja moje diplome je situacija na delovnem mestu postala neznosna in se postopoma tako zaostрила, da sem bil primoran prenehati z delom, čeprav osebno nimam želje prenehati. Menim, da je glede na tradicijo, lokacijo in siceršnje pomanjkanje tovrstnih programov, dnevni center na Wolfovi opravljal izjemno pomembno družbeno vlogo in oskrboval precejšnji delež intravenoznih uživalcev ter kot tak ponujal velike potenciale za kvalitetnejšo in celovitejšo ponudbo na področju terciarne preventive.

V času nastajanja diplomskega dela se je zgodila deložacija prostorov dnevnega centra oz. projekta Stigma na Wolfovi 8. Tako se je zaključilo desetletno obdobje projekta Stigma. Po eni strani sem vesel, da sem bil del legendarne scene na Wolfovi, po drugi strani pa je ostal grenak priokus, saj so mi še dolžni del izplačila za delo.

Seveda pa so se tudi uporabniki navadili na prostore na Wolfovi 8, saj projekt deluje že od leta 1996 in sem večkrat dobil pozitivne pripombe, da jim je zelo všeč dnevni center, da so se nekako bolj navadili, kljub skromni ponudbi kave, sokov in piškotov. Torej to »povezanost« s prostorom lahko povežem s časom delovanja projekta na tej lokaciji. Seveda pa ne smemo spregledati dejstva, da sva zaposlena zaradi težav z rednim financiranjem, bila primorana opravljati še druga dela in posledično sva delo v dnevnem centru opravljala izmenično in tako imela manjši nadzor nad dogajanjem v dnevnem centru. Posledično so uporabniki »počeli stvari¹⁷«, ki jih drugače ne bi, če bi bili kadrovske in vodstvene močnejši.

¹⁷ Tu imam v mislih stvari, ki so bile v dnevnem centru prepovedane. Osebno menim, da so nekatere prepovedi nesmiselne glede na razmere in naravo dela. Npr. – prepoved pitja in vnašanja alkoholnih pijač - ta prepoved je bila nesmiselna, saj jo je bilo skoraj nemogoče izvajati. V dnevni center so prihajali prav tako brezdomci, ki so

2. EMPIRIČNI DEL

2.1. PREGLED PROBLEMATIKE

Kokain se je v Sloveniji razširil začetkom devetdesetih, čeprav ga lahko zasledimo že prej vendar v zaključenih družbah. Porast kokaina ter drog nasploh, lahko pripišemo hitrim spremembam samega sistema, zmanjšanju vpliva mladih na družbeno dogajanje ter iskanje kontrole nad lastnim življenjem.

Ljudje se zatekajo k drogi, da zadovoljijo neko svojo potrebo, katere ne znajo zadovoljiti drugače. Rekreativno in občasno konzumiranje drog ni problematično, problematična postane čezmerna uporaba drog in to ponavadi samo uporabniku, ne pa njegovi okolici.

Zasvojenost od drog je še najmanj škodljiva, v primerjavi s škodo, ki nastane z stigmatizacijo, kriminalizacijo uporabnikov. K tej škodi je največ prinesel prohibicijski diskurz, ki se bori proti človeškemu poželenju po užitku.

Velikanske materialne koristi ter ideološki in psihološki odpori ovirajo pravno reformo politike do drog. V dani situaciji politike do drog, je najboljši odgovor na potrebe uporabnikov podala pradiigma zmanjševanja škode.

Moja raziskava je usmerjena na področje mojega dela. Naredil sem hitro oceno potreb med kokainskimi intravenoznimi uporabniki programa zmanjševanja škode. V program je vključeno preko stopetdeset uporabnikov mesečno, prihajajo od rekreativnih pa vse do »džankijev« oz. kroničnih uporabnikov drog. Iz neformalnih razgovorov sem ugotovil, da uporabniki ne konzumirajo samo heroína, temveč uporabljajo prav tako druge legalne in ilegalne droge.

seveda vedno prinesli kakšen liter vina, prav tako tudi intravenozni uporabniki, ki so občasno spili kakšno pivo. Ker pa nismo imeli strukturiranega dnevnega dela z uporabniki, sem menil, da je manj škode, če občasno obiskovalcem dovolim popiti alkoholno pijačo, kot da ga naženem ven iz prostora v katerem se itak ne dogaja nič strukturiranega. Ampak problem je nastal, če sem kakšnega uporabnika dobil pri pripravljanju ali injiciranju droge, kajti takoj, ko sem ga prosil naj zapusti dnevni center, sem dobil nazaj odgovor: »a pivo pa se lahko pije?!« Težava je bila v tem, da se je pivo in droga izenačila na enako stopnjo prepovedi, kar je nesmiselno v omenjenih razmerah. Najbolj primerna rešitev bi po mojem mnenju bila, da bi bilo v dnevnem centru prepovedano opijanje, ne pa sólo pitje alkohola. Zavedam pa se problematičnosti definiranja teh dveh pojmov.

Posebej so me zanimala socialne in zdravstvene posledice, povezane z rabo kokaina in strategije zmanjševanja tveganj ter negativnih učinkov, povezanih z uporabo te droge.

2.2. PROBLEM

Problematika uporabe drog je zelo kompleksna in večdimenzionalna, koraki v smer družbeno sprejemljive rešitve pa so neznatni, kljub opozorilom strokovnjakov na vse večjo prisotnost drog v našem okolju.

Temo diplomske naloge mi je predlagala mentorica Vere Grebenc, ki je v mojem času honorarnega dela delala raziskovalni projekt na področju rabe kokaina. K pisanju diplomskega dela o tej tematiki, pa me je še bolj vzpodbudila informacija, da je na področju stimulansov zelo malo raziskav.

Namen diplomske naloge, je prispevati k bolj poglobljenemu vpogledu v problematiko uživanja kokaina med intravenoznimi uživalci drog. Z raziskavo sem želel ugotoviti kolikšna je razširjenost kokaina med to populacijo, kakšne so osnovne karakteristike lokalne scene uživanja, kakšne so socialne in zdravstvene posledice uživanja kokaina, ter ugotoviti kakšne so potrebe uporabnikov in nakazati možne rešitve.

3. METODOLOGIJA

3.1. VRSTA RAZISKAVE

V diplomski nalogi sem uporabil kvalitativno metodo raziskovanja. Osnovno gradivo sestavljajo intervjuji, ki omogočajo vpogled v kontekst intravenoznih kokainskih uporabnikov. Intervjuji omogočajo oris skupnostnega konteksta in lokalnega znanja uporabnikov. S tem raziskovalnim pristopom dobimo hitro oceno uživanja kokaina med intravenoznimi uporabniki v programu, kjer sem honorarno delal. S to metodo sem na hiter način prišel do celovite slike uživanja kokaina med intravenoznimi uporabniki programa zmanjševanja škode. Predvsem sem prišel do poizvedbe in skice terena med intravenoznimi uporabniki kokaina.

3.2. SPREMENLJIVKE

Vsebinske spremenljivke, ki sem jih zajel v vprašalniku so:

Lokalna scena uživanja drog

Ocena socialnih posledic

Ocena zdravstvenih posledic

Tvegano vedenje pri uživanju kokaina in ocena tveganja

Pregled (evalvacija) služb, storitev in posegov.

Vseh spremenljivk nisem navedel, te so razvidne iz priloženega merskega instrumenta.

3.3. MERSKI INSTRUMENTI IN VIRI PODATKOV

Podatke sem zbiral s pomočjo individualnega vprašalnika za hitro oceno ugotavljanja potreb v skupnosti uživalca drog, ki sta ga priredila Vito Flaker in Vera Grebenc (The Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use – World Health Organization Programme on Substance Abuse, avtorji Gerry V. Stimson, Chris Fitch, Tim Rhodes).

3.4. POPULACIJA IN VZORČENJE

V letu 2006 je bilo v program zmanjševanja škode vključenih 980 oseb, od tega 803 moška in 177 žensk. Povprečna starost uporabnikov je 30'6 leta.

V raziskavo je vključenih štirinajst intravenoznih uporabnikov¹⁸ kokaina ter eden uporabnik dnevnega centra, ki ne konzumira kokaina intravenozno. Do uporabnikov kokaina sem prihajal preko neformalnih pogovorov in poizvedovanja med uporabniki, ki konzumirajo kokain.

Brez večjih pogajanj so bili vsi pripravljene opraviti intervju brezplačno¹⁹.

Intervjuje²⁰ sem opravljal v dnevnem centru na Wolfovi 8. Med šest urnim delovnim časom sem opravil tri intervjuje dnevno. Intervjuje sem začel delati v začetku julija in jih zaključil v sredini meseca.

Intervjuje sem opravil s šestimi ženskami in devetimi moškimi. Povprečna starost moških je 33'8 leta, žensk pa 26'7 leta. Povprečna starost celotnega vzorca je 30'9 leta.

Osebe, s katerimi sem naredil intervjuje, koristijo program dnevnega centra in izmenjave igel, vendar prihajajo iz različnih krajev Slovenije. Seveda največ jih je iz Ljubljane, vendar prihajajo tudi iz Novega mesta, Vrhnike, Škofje Loke, Cerknice, Celja, Kamnika... V Ljubljano prihajajo iz različnih razlogov: šola, služba, nabava droge, izmenjava igel itd.

¹⁸ Čeprav imam seveda tudi intervjuje z ženskami, bom uporabljal moški spol, zato ker spol ne vpliva na vsebino besedila.

¹⁹ Ko sem začel spraševati uporabnike, če so pripravljene odgovarjati na vprašanja, so me takoj začeli spraševati, koliko bom jaz zaslužil oz. koliko bodo oni dobili za intervju. Vendar so bili po razlagi, da jih potrebujem za diplomsko delo, vsi pripravljene odgovarjati brezplačno.

²⁰ Zbranega imam 35 strani ročno napisanih intervjujev.

Tabela 2: Vzorec po starostnih skupinah

starost	spol		
	M	Ž	
15		1	
16 – 18			
19 – 24	1	2	
25 – 30	5	2	
31 – 35	2		
36 – 40			
41 – 45		1	
46 – 50	1		
Skupaj	9	6	15

3.5. OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV

»Kvalitativni pristop temelji na ugotavljanju in proizvodnji pomenov. Tak pristop nam omogoča neposredno iskanje odgovorov na prej postavljena vprašanja raziskovalnega načrta. Pri kvalitativni analizi gradiva raziskovalec pazljivo in sistematično obdelava celoten material z vsemi niansami in medsebojnimi povezavami pomenov v njem. Raziskovalec vzpostavi lastno razumevanje dogajanja in odnosov.« (Grebenc 2003: 71)

Gradivo za delo sem pripravil tako, da sem intervjuje uredil in prepisal v Microsoft Word. Intervjuje sem si pripravil tako, da sem imel pet tematskih skupin. Tematske skupine sem imel razdeljene na enote kodiranja. Kodiranje je potekalo s pomočjo tabele, da sem izjavam prepisoval pojme, s katerimi sem povzel vsebino izjave. Enote kodiranja sem za pripisovanje pojmov pripravil, s pomočjo tabele²¹, na desni strani teče tekst, na sredini enote kodiranja, na levi pa sem pripisoval pojme z

²¹ Glej prilogo !

vsebinskim pomenom. Ko sem zaključil ta postopek kodiranja, sem izdelal pet tabel²² glede na tematske skupine - na levo stran sem umestil enote kodiranja, na desno stran pa povzete vsebinske izjave intervjuvancev. Na koncu pa je sledilo oblikovanje *poskusne teorije*²³, ki jo bom poskušal ilustrirati z izjavami uporabnikov.

²² Glej prilogo !

²³ »Te teorije ali »teorije«, kakor hočete, so različnih vrst in segajo od preprostega poimenovanja empiričnih dogodkov do njihovih pojasnitev. Te sklepne poskusne teorije so lahko na primer: opis enostavne klasifikacije, diagnosticiranje in evalvacija, opis hierarhije pojmov, opis taksonomije, opis enostavnih odnosov med pojmi in kategorijami, tipologije, pojasnitve. (B. Mesec 1997: 24)

4. REZULTATI²⁴

4.1. LOKALNA SCENA UŽIVANJA

»Raziskave, ki bi se ukvarjale izključno z uporabo kokaina so redke, ne le v Sloveniji ampak tudi v svetu. Večinoma se je uživanje kokaina raziskovalo bolj obstransko in se je pojav omenjal v povezavi z drugimi pojavi uživanja drog, npr. stimulantnimi drogami, heroinom ipd. V Sloveniji so bile opravljene tri specifične raziskovalne naloge, ki so preučevale vzorce in prevalenco uporabe stimulantnih drog. Razmeroma zgodaj (leta 1996), ob sami popularizaciji pojava, je bila opravljena kvalitativna raziskava usmerjena na različne vzorce uporabe sintetičnih drog (Dekleva, 1999). Leta 2000/2001 je bila izvedena prva kvantitativno raziskava na specifični populaciji uporabnikov sintetičnih drog (Sande, 2002).« (Grebenc 2006 : 15)

Po podatkih letnega poročila za leto 2005, ki ga pripravlja IVZ, je o uporabi kokaina mogoče sklepati le iz vira, ki se nanaša na opažanja v nevladnih organizacijah v Sloveniji (12 različnih organizacij nizkega in visokega praga), ki izvajajo programe za uživalce drog. Na podlagi teh podatkov vidimo, da je najpogostejši tip njihovega uporabnika v letu 2005, tip uživalca, ki uživa heroin (več od 81%), ki je pogosto tudi polivalentni uživalec in uporabnik marihuane in ostalih drog. 108 uporabnikov (91 moških in 17 žensk) poroča o uživanju heroina kot glavni drogi, sledi uporaba marihuane (11 uporabnikov) in kokain. Podatki, zbrani v teh organizacijah kažejo tudi, da je večina uporabnikov droge injicirala (heroin 88.9%) in kokain (83.3%) (Letno poročilo Inštituta za varovanje zdravja Report on the drug situation 2005 of the Republic Slovenia (2005)).

Uživanje drog v skupnosti je precej znano in poznano med intravenoznimi uživalci. Čeprav je o porabi kokaina težko govoriti pred devetdesetimi leti prejšnjega stoletja, sem zasledil v intervjujih, da se je kokain pojavil dokaj zgodaj:

»Po poznanstvih, ki jih jaz imam, bi rekel, da se kokain je pojavil okoli leta 75-78. Uživanje pa se veča.«

»Kokain se je pojavil nekje 20 let nazaj, zdaj pa se veča poraba. Pride obdobje ko folk ful fura rjavo potem pa se spet poveča belo in manj rjavo.«

Uporabniki programa so ocenili, da se poraba kokaina veča izhajali so iz poznanstev, ki jih imajo na sceni.

»V Ljubljani fura kokain 80% džanksov. Kokain je zapravljanje časa.«

»Kokain fura več kot tričetrť džanksov, pa še ljudje za katere se ne bi nikoli mislili.«

»Po mojem mnenju jaz poznam okoli 150 ljudi, ki kurijo kokain.«

Zaznavanje kokaina je podobno tudi v manjših krajih:

»Ja, v Škofji Loki jih jaz poznam med 7-8 ljudi, ki so na belem, je pa še ful mulcev.«

»Pri meni doma v Cerknici, jaz poznam okoli 20 ljudi, ki so na kokainu.«

Vsi intervjujanci ocenjujejo, da je poraba največja v Ljubljani oz. po večjih mestih. Prav tako sem med odgovori zasledil primorsko kot območje, kjer je velika poraba.

Dostopnost drog oz. kokaina bi lahko ocenil kot zelo dobro, saj so vsi odgovorili, da lahko dobijo kokain kadarkoli:

»Dostopnost je dobra...«

»...dostopnost je odlična...«

»Dostopnost imam od 8-23 ure zvečer. Kokain dobim vedno, ampak povem kakšen dan prej.«

Čeprav se tudi dogaja, da dostopnost do kokaina ni vedno najboljša:

»Dostopnost je odvisna od porabe, včasih tudi po dva dni ni, se je že tudi zgodilo da ni bilo kokaina po celi mesec.«

Vsi sogovorniki nabavljajo drogo od preprodajalcev (dilerji) in so na voljo skoraj vse droge. Tipične izjave:

»Dostopne so skoraj vse droge, heroin, kokain, gandža, speed, eki...«

»Droge, ki so na voljo: kokain, heroin, metadon, tablete, trava, eki, speed...«

»Dobim skoraj vse droge: kokain, heroin, mehke droge, LSD, anfitamini.«

»Jaz dobim vse droge, ki jih hočem. Imam kolega dilerja.«

»Jaz lahko dobim: heroin, eke, kokain, speed, trava, včasih tudi crack.«

²⁴ Izjave respondentov so označene v poševnem tisku.

Cena in kvaliteta kokaina sta odvisni od preprodajalca, pri katerem drogo nabavljajo. Najnižja cena za en gram kokaina je osem tisoč pa vse do osemnajst tisoč tolarjev. Ker večina kokain uporablja intravenozno, je tako cena za šut²⁵ tri tisoč tolarjev (12,5€).

Primesi v kokainu so ponavadi bolj škodljive, kot sam kokain. Mešanje primesi v kokain bi lahko pripisali želji po čim večjem dobičku, ne gleda na posledice.

»Moje mnenje o kokainu je v redu, slabe so primesi, ki so zraven.«

»...cena pa je za 1g 12,000 sit za 0,5 g 6000 sit. Najmanj kar lahko dobim je en šut za 3000 sit. Kvaliteta je ful slaba proti prej. Mešajo ga z različnimi stvarmi: lekadolom, speedom...«

Kvaliteta na ulici zelo varira, tako sem zasledil zelo dobro kvaliteto:

»Cena za 0,5g je 6000 sit. Kvaliteta je super, kjer jaz dobim.«

»Za naš trg je dobra kvaliteta, okoli 40% čistosti.«

»Kvaliteta je zelo dobra.«

In tudi zelo slabo kvaliteto kokaina:

»Kvaliteta pa je odvisna od tega, kje kupim.«

»Kvaliteta je slaba, zadnjih par dni je boljše.«

»Kvaliteta bi lahko bila boljša za ta denar.«

»Kvaliteta je pa zelo slaba.«

Kvaliteto lahko lažje nadzorujejo tisti, ki imajo dobre in stalne kontakte. Večina sogovornikov si kupuje drogo na ulici, eden od sogovornikov pa si sam prideluje marihuano:

»Kokain kupujem od dilerja, marihuano pa si sadim doma.«

Vsi sogovorniki ocenjujejo da je snifanje²⁶ najbolj razširjen način konzumiranja kokaina. Za tem pa takoj injiciranje, to je najbrž posledica tega, da sem opravljal intervjuje med intravenoznimi uporabniki kokaina. Prav tako ena od sogovornic ocenjuje, da je najbolj popularna »bovla²⁷«:

»Najbolj popularna pa je bovla. Jaz pa snifam in injiciram.«

²⁵ Odmerek za enkratno dozo 0,2 grama.

²⁶ Nosna pot vnosa kokainskega prahu.

²⁷ Mešanica heroina in kokaina, zelo priljubljena med intravenoznimi uporabniki.

Droga se nabavlja na ulici od preprodajalcev. Sogovorniki nabavljajo drogo v centru Ljubljane ali pa na Metelkovi:

»Kokain kupujem od dilerjev na Metelkovi ali pa v centru.«

»Kupujem od dilerjev v centru ali pa na Fužinah.«

Prav tako tudi sogovorniki iz drugih krajev nabavljajo drogo v centru Ljubljane.

Mesta uživanja kokaina so različna, nekateri sogovorniki uživajo kokain izključno doma:

»S tipom pa ga zaužijeva doma.«

»...najraje ga zaužijem doma.«

»Zaužijem ga najraje doma, včasih pa tudi od zunaj.«

Večina sogovornikov pa nima konstantnega prostora uživanja kokaina:

»...šutnem se kje me prime.«

»Počim se ponavadi na prostem.«

»...zaužijem ga na javnih mestih nevidnim drugim.«

»...uživam ga kje pride.«

»Ponavadi en šut vzamem od zunaj, drugega pa doma, včasih pa tudi snifam v avtu.«

»...uživam ga ponavadi od zunaj.«

»...se pa tudi zgodi da ga vzamem v kakšnem grmovju.«

»Vzamem pa kjer pride.«

Iz tega lahko sklepam, da tisti sogovorniki, ki imajo lastno stanovanje uživajo kokain doma, kjer se tudi najbolj varno počutijo. Ostali sogovorniki pa so brez lastnega stanovanja in jim najemniško stanovanje ne predstavlja varnega prostora uživanja. Zato so primorani uživati kokain na ulici na mestih, ki so skrita javnosti. To so ponavadi gradbišča, oglasni panoji, grmovja v samem centru²⁸ mesta.

²⁸ V organizaciji kjer sem delal, smo prav tako organizirali čistilne akcije odvrženih igel na terenu. Mesta, kjer so bile odvržene igle so večinoma v samem centru ali malo širši okolici. Najbolj zanimivo mesto, kjer smo enkrat pobrali preko osemsto odvrženih igel je oddaljeno manj kot sto metrov od parlamenta, pri spomeniku v grmovju. Prav tako smo imeli precej težav z odvrženimi iglami na Wolfovi ulici, kjer je bil dnevni center in tudi garaže, v kateri so si uporabniki pripravljali drogo in posledično puščali uporabljene igle.

»Nategovanje je eno od običajnih načinov, kako si posameznik priskrbi drogo ali sredstva za nabavo droge. Najpogosteje si tako pomagajo zasvojeni uživalci s heroinom, ki tako pokrivajo dnevno potrebo po drogi«. (Grebenc 2006 : 36)

Med sogovorniki sem zasledil nekaj oseb, ki so ogoljufali nekoga z namenom, da pridejo do droge:

»Par krat sem že vzel denar in nisem prinesel robe, ki sem jo obljubil.«

»Enkrat sem nategnila enega tipa, dal mi je denar v naprej 2000 sit, on ni mogel iti do dilerja, ker mu je bil dolžan denar. Jaz sem vzela robo in spizdila po drugi ulici.«

»Nategnil sem že ljudi za drogo. Nabavim za drugega in potem vzamem malo ven, ali pa dražje preprodam.«

»Da, nategnila sem enega dilerja na obali. Njegova stranka sem bila par let in mi ni hotel dati na puf, potem sem ga le prepričala naj mi da 1g in sem spizdila in mu nisem nikoli plačala.«

»Sem že večkrat nategnil folk za kakšen šut, ko sem jim zrihtal robo.«

Večina sogovornikov prav tako nima konstantnega mesta, kamor hodijo ven. Odvisno je od starosti uporabnikov, življenjskega stila in finančnih sredstev.

4.2. OCENA SOCIALNIH POSLEDIC

Večina sogovornikov ima precej socialnih posledic zaradi intenzitete, načina uživanja in zasvojenosti.

Skupna točka mojih sogovornikov je, da so začeli konzumirati droge v adoloscenentnem obdobju. Kariere sogovornikov pa so zelo različne:

»Prvič sem začel s travo dolgo časa nazaj, se niti ne spomnim. S kokainom sem začel leta 97, mešam pa tudi horse. Uživam kokain ko sem pri denarju, torej ne vsak dan. Če ga nimam ni panike, ker imam metadon.«

Ena izmed sogovornic je povedala:

»Droge jemljem že 11 let. Najprej sem začela s tabletami s 13 leti trava, pri 15. kokain in heroin, pri 17. metadon. Uživam kokain skoraj vsak dan, par krat na dan. Zasvojena ne z belim, prej s heroinom.«

Sogovorniki uživajo kokain različno dolgo, eden izmed sogovornikov mi je povedal:
»Kokain uživam že od leta 92. Uživam ga enkrat do dvakrat na mesec, zato ker je drag. Mešam ga z vodo in ga potem injiciram. Nisem odvisen od kokaina. Heroin pa nisem vzel že dve leti.«

Sogovornica mi pove:

»Travo sem začela pri 20. letu. Heroin sem začela 8 let nazaj, kaditi na folijo z presledki. Zadnja tri leta pa sem redno kadila. Od decembra lani, pa sem na igli. Drogo uživam vsak dan, kokain pa kadar imam denar. Od heroina sem odvisna, od kokaina pa ne. Trajalo je kakšen mesec, da sem postala zasvojen. Baje postaneš zasvojen, ko nehaš bruhati.«

Vsi sogovorniki so brez službe in rednega dohodka. Šest sogovornikov prejema socialno pomoč, eno sogovornico financirajo starši, saj še hodi v srednjo šolo. To je bilo za pričakovati, saj so uporabniki nizkopražnih programov, zaradi zasvojenosti, zelo odrinjeni na družbeni rob. Nekaj uporabnikov navaja honorarno delo, delo preko drugih napotnic in delo na črno:

»...delam na črno za preživetje.«

»Imam peto stopnjo izobrazbe, dobivam denarno pomoč, pa tu pa tam kakšen honorar.«

»Imam narejeno srednjo gradbeno, dobivam socialno pomoč in tudi delam priložnostno preko študentskega servisa na drugo napotnico.«

Ena izmed sogovornic navaja, kot vir dohodka preprodajo²⁹ droge (dilanje):

»Imam osnovno šolo in en letnik trgovske. Dobivam socialno pomoč, pa včasih mi dajo kaj starši, pa tudi zaslužim nekaj od prodaje.«

²⁹ V organizaciji, kjer sem bil honorarno zaposlen, sem se večkrat srečeval z uličnimi preprodajalci. To so bile osebe, ki so občasno preprodajale drogo za preživetje. V enem letu mojega dela se je zamenjalo nekje do deset preprodajalcev. Večkrat sem imel težave s preprodajalci, ki so koristili dnevni center, ki je zelo varno zavetje za prodajo droge. Tako sem večkrat v šali povedal, kakšnemu, da lahko dila v dnevnem centru pod pogojem, da mi da določen delež svojega dobička. Seveda se nismo nikoli dogovorili. Jaz sem zelo strogo zahteval, naj se preprodaja izvaja zunaj dnevnega centra. Takšne zahteve sem seveda začel postavljati po določenem obdobju mojega dela in preko osebnega odnosa. Kaj se je prej dogajalo pa, ne vem točno (si lahko mislim), saj si tudi sam nisem upal veliko pogajati se z uporabniki, ki jih nisem poznal. Če sem bil v prostoru, je uporabnik šel ven in prodal odmerek droge, če pa me ni bilo, pa so ponavadi oz. najbrž opravili preprodajo kar v dnevnem centru.

Nekateri sogovorniki so živeli v času pogovorov doma pri starših ali pa v stanovanju od staršev:

»Živim pri starih v stanovanju.«

»V stanovanju v LJ, stanovanje je od starih. Ko sem bil fejest navlečen, sem imel probleme, zdaj pa ne več.«

»Živim sam v stanovanju od mame.«

Eden izmed sogovornikov je omenil, da živi pri babici. Dva sogovornika sta živela v zavetišču za odvisnike od trdih drog, ostali pa živijo v najemniškem stanovanju. V času delanja intervjujev je ena uporabnica pristala na cesti:

»Živela sem doma pri starših, zdaj pa sem en teden na cesti. Doma sem imela probleme, ful so strogi, kakor žvižgajo moram plesat, kot v zaporu.«

Prav tako mi ena sogovornica pove kako plačuje najemniško sobo:

»Zdaj živim s tipom pri kolegu, mu dama vsak dan za en šut, kot plačilo. Vsako leto se selima, ker lastniki zvejo da sva dilerja.«

Sogovorniki so imeli večinoma zelo slabe stike s sorodniki, saj je vzrok zasvojenost in konzumiranje drog ali nerazumevanje nasploh. Tisti, ki pa so imeli dobre stike, so jih imeli samo z določenim članom družine in ne s celo družino:

»Edino z očetom imam dobre stike.«

»S sestro imam dobre odnose, z ostalimi pa ne.«

»Imam stike, s staro mamo še najboljše.«

»Imam stike s sestro, enkrat na mesec.«

»Imam dobre stike z mamo in bratom.«

Razumevanje med družino in uporabnikom je zelo pomembno za uporabnika, ki se želi socialno integrirati. Četudi tega ne podpira cela družina, je zelo pomembno, da ga vsaj en družinski član razume in mu daje podporo pri socialni integraciji.

Nekateri sogovorniki pa so navajali zelo dobre stike z družino:

»Čez vikende hodim domov, imam dobre odnose.«

»Z domačimi imam ful dobre stike, se dobro razumemo.«

Eden od sogovornikov navaja zelo kontradiktorno obnašanje staršev in ima še najboljše odnose z lastno hčerko:

»Imam psihološke probleme doma, starši živijo v spominih. Starci imajo neizpolnjene želje iz otroštva in so jih prinesli na mene. Če sem doma bi radi videli da me ni, če pa nisem doma bi pa radi videli da sem. Imam hčerko 8 let staro.«

Stiki z vrstniki so prav tako zelo okrnjeni, razen dveh sogovornikov, ki še končujeta srednjo šolo:

»Ja, kar dosti se družim z vrstniki, dobro se razumemo.«

»Z vrstniki imam dobre odnose.«

Vsi ostali sogovorniki so navajali:

»Imam stike z vrstniki, ampak so zelo površinski.«

»Ja, seveda, ampak je razmik med mano in mojo generacijo, nismo ful prijatelji.«

»Stiki z vrstniki ne sem jih ful zgubila.«

»Nimam stikov z vrstniki...«

Razlog za tako slabe stike z vrstniki, bi lahko prepisali nerazumevanju in neodobravanju uživanja drog s strani prijateljev. Razloge bi lahko našli v dejstvu, da so nekateri sogovorniki morali zapustiti manjše kraje in se preseliti v bolj urbana območja, kjer si zmanjšajo možnosti za stigmatizacijo, vendar so tako izgubili stike z vrstniki.

Nasilje in kazniva dejanja so zelo pogost pojav med uporabniki drog. Sogovorniki so navajali različne situacije, kjer so bili žrtve nasilja:

»Poskus ugrabitve, pretepli so me zaradi kokaina.«

»Enkrat pred Stigmo so me oropali. Sta se dva modela predstavla kot policaja, potem sem jim reko naj mi pokažeta značko in tip je potegno pištolo pred nos. Prometno nesrečo nisem imel, so me pa dvakrat pelali na odvzem krvi.«

»Ja, pretepli so me.«

»Vdrli so mi v stanovanje in pobrali so mi robo.«

»Žrtev nasilja doma do 15 leta, ne v zvezi z drogami.«

Nekateri sogovorniki so bili sami povzročitelji nesreč:

»Žrtev nasilja v zvezi z drogo ne, drugače da v Indiji. In še enkrat sem se zapizdil z rdečim jugecem v rdečega jugeca, bil sem na drogi. Zaradi tega sem sedel devet dni.«

»Žrtev nasilja ne, hvala bogu. Prometna nesreča da. Enkrat ko smo se vozili iz Ambasade Gavioli in seveda nakokirani, je voznik zaspal in smo se zaleteli v tovornjaka, ampak vsi smo preživeli.«

Kazniva dejanja pa so povzročili sami:

»Bil sem 35 mesecev v zaporu zaradi preprodaje, kraje...«

»Da, naredil sem rop, sedel v zaporu štiri leta, zaradi tega.«

»Tatvine, pretepi včasih, zdaj ne več.«

»Imam velike tatvine, male tatvine, oropala sem stanovanje. Meni so ukradli dva telefona.«

»Da, bil sem v zaporu 7 mesecev, ker so me dobili pri kraji.«

Ali pa so bili sami žrtve kaznivih dejanj:

»Nisem storila nikoli nobenega kriminalnega dejanja, meni pa so ukradli denarnico in dva telefona.«

»V zaporu nisem bil. Ukradli pa so mi telefon, denarnico.«

Nekateri sogovorniki niso nikoli storili kaznivega dejanja ali pa jih niso dobili pri dejanju:

»Enkrat sem unovčil čeke, niso me dobili.«

»Sem kradel v trgovini, dobili so me ko sem ukradel knjigo, nato so sodbo ovrgli.«

»Včasih sem kdaj kaj ukradla, nikoli me niso dobili.«

Sogovorniki so zagrešili kazniva dejanja zaradi droge:

»Ja, zaradi posedovanja so me dobili, zdaj enkrat imam sodišče.«

»Da preprodaja, policaji so me dobili s travo.«

»Kriminalna dejanja ne, so me pa dobili s horsom.«

Že na tako malem vzorcu lahko zavržemo stereotip o intravenoznih uživalcih drog, da vsi kradejo, povzročajo nesreče in nasilje. Saj je iz intervjujev razvidno, da so bili tudi sami žrtve nasilja. Tudi s krajami se nihče ne preživlja, če pa že kradejo pa gre za manjše kraje, kjer so oškodovana multinacionalna podjetja in trgovine.

Odnos okolice do uživalcev je, da jih ljudje ne marajo, ne razumejo, najpogosteje pa se sploh ne menijo zanje, jih ignorirajo, po načelu »česa ne vidim, s tistim se na rabim ukvarjati«. Ljudje se o drogah lahko pogovarjajo o abstraktnem »družbenem

problemu«, dokler vse skupaj od njih ne zahteva posebnega angažmaja. Ignoriranje na simbolni ravni, pomeni »izničenje«, kar omogoča tisti socialni mir, ki ga hočemo z ignoriranjem doseči. (Flaker 2002: 55-58)

Sogovorniki so stigmo doživljali različno. Stigmatizirajoč odnos okolice do uporabnikov je pogojen s poznavanjem uživalcev:

»Stigma je tam kjer me ljudje pozanjo.«

»Da včasih, odvisno kje se nahajam.«

»Včasih še čutim stigmo, odvisno kje sem, v določenih trenutkih.«

»Včasih se počutim izoliran pri tistih ljudeh, ki me poznajo in vedo da kozumiram kokain.«

En izmed sogovornikov je povedal:

»Ja, s strani družbe se počutim izolirano. ...tepli so me zato, ker sem smrdljivi džanki.«

Samo trije sogovorniki niso občutili negativnega odnosa družbe in okolja do njih. Lahko rečem, da je večja stigmatizacija uporabnikov tam, kjer jih okolica pozna oziroma prepozna kot uživalce drog. Stigma je prav tako povezana z videzom in urejenostjo.

»Na splošno ne čutim izolacije, se mi ne vidi da sem narkoman.«

»Stigma je bila nekoč, danes pa me ne ocenijo več kot drogeraša.«

V večjih mestih stigmatiziranje ni prisotno v tolikšni meri, kot v manjših krajih. Razlog je preprost, saj je v večjih mestih nezanimanje za drugega del splošne mestne etike in tako večje mesto omogoča posamezniku, da se »skrije« v množico in je »neviden«.

4.3. OCENA ZDRAVSTVENIH POSLEDIC

Injicirajoči uporabniki drog so zelo izpostavljeni zdravstvenim tveganjem. Zato je zelo pomembno, da uporabniki dobijo pravo informacijo o zdravstvenem tveganju, ki obstaja pri injiciranju drog. Za zdravje je lahko zelo škodljiv že sam odmerek droge,

ki ima ponavadi zelo veliko primesi. Primesi pa so že popolnoma normalen pojav na ilegalnem trgu drog.

Vsi sogovorniki imajo zdravstvene posledice ali fizične poškodbe, zaradi uživanja kokaina. Tudi ena sogovornica, ki ne konzumira kokaina intravenozno, je povedala: *»Moje zdravje je bolj v klinču, zaradi kokaina. Ledvice me bolijo, jetra in želodec.«* Sogovornica konzumira kokain na »party« sceni in meša kokain z alkoholom.

»Pri mešanju kokaina in alkohola se poveča tveganje za okvare srca. Mešanje teh dveh drog je tvegano, saj drogi v telesu tvorita novo spojino, znano pod imenom kokaetilen. Slednja povečuje tveganje za okvare srca in je bolj toksična za možgane kot vsaka od snovi posebej«. (Grebenc 2006 : 72)

Zdravstveno stanje uporabnikov kokaina je najbolj odvisno od intenzitete, načina in mešanja drog.

»Svoje zdravje ocenjujem kot dobro, nobenih večjih posledic...«

»Hujših posledic nimam, ker ne uživam tako pogosto.«

Zdravstvene posledice intravenoznega uživanja bi lahko razdelil v dve skupini. Sogovorniki so navajali fizične in/ali psihične težave povezane z uživanjem drog. Med fizičnimi poškodbami uživanja drog so sogovorniki navajali težave z notranji organi:

»Svoje zdravje bi ocenila kot slabo, imam težave z jetri. Imam hepatitis C.«

»...malo me jetra zafrkavajo.«

»Ledvice me bolijo, jetra in želodec.«

Nekateri sogovorniki so navajali težave z zobmi:

»Imam uničene zobe.«

»Zobe sem izgubila v dveh letih, zaradi metadona.«

»Moje zdravje je ok. Imam malo zobe uničene zaradi heroina.«

»Brez zob...«

»...zatečena noga, izpadanje zob, težja hoja.«

Najbolj pogosta fizična poškodba, ki sem jo zasledil so bile uničene žile.

»Uničene vene.«

»Vene delno uničene.«

» *Malo uničene vene.*«

»*Uničene žile in najbrž možgani.*«

» *Uničene, prežgane žile.*«

»*Imam žile zjebane...*«

Težave z venami pri injicirajočih kokainskih uporabnikih so pogojene z intenziteto uživanja. Telo ima obrambni mehanizem za obvarovanje ven, saj so nekateri uporabniki navajali, da potrebujejo zelo veliko časa, da si injicirajo kokain, ker si ne najdejo vene. Telo samo skriva vene pred vbodi igel. V takšnem primeru je najbolj primerna rešitev prenehanje intravenoznega načina konzumiranja kokaina.

Kokain deluje kot anestetik in si uporabniki večkrat naredijo »out³⁰« v žilo, kar pa je lahko zelo nevarno in boleče.

»*Moje zdravje je srednje imel sem trombozo noge. Od kokaina in heroina.*«

»*...poškodovana koža, out v žilo.*«

Dva sogovornika pa na žalost navajata:

»*Imam hepatitis C.*«

» *...dobil sem hepatitis C.*«

Intervenozni uživalci drog so zelo izpostavljeni nevarnosti prenosljivih krvnih bolezni. Zato je zelo pomembno, da jim omogočimo dostop do sterilnega materiala.

Nekateri sogovorniki so navajali psihične težave, vendar menim, da so te težave v veliki meri povezane z odtegnitvijo od kokaina, saj so te izjave zelo podobne tistim, ki so jih navajali kot negativne učinke uporabe kokaina.

»*Imam psihične posledice, živčnost, zasvojenost, ne morem spati.*«

»*Moje zdravje ocenjujem dobro, ampak pridejo dnevi ko si bad.*«

»*...imam motnje adrenalina.*«

³⁰ »Out v žilo« je zelo pogosta zdravstvena težava med injicirajočimi uporabniki drog. Uporabniki včasih ne najdejo primerne vene oz. jo zgrešijo pri injiciranju droge. Pri heroinu se takoj občuti, če zgrešiš veno, pri kokainu pa je težava, ker deluje kot anestetik in se ne čuti, če injiciraš v veno ali ne. V organizaciji, kjer sem delal, sem se zelo velikokrat srečeval s poškodbami, ki nastanejo ob napačnem injiciranju. Poškodbe so bile različne: tromboza noge (zaradi injiciranja v dimlje), poškodba roke zaradi »outa« (podobno opeklini, le da je rana zelo globoka).

Prekomerni odmerek droge je zelo pogost pojav med injicirajočimi uporabniki drog. Kar deset sogovornikov je imelo izkušnje s prekomernim odmerkom, večina je bila povezana s heroinom:

»Da, ampak od heroina. Doživel sem ga trikrat: v Bangkoku, Celju in doma. Po recidivu, sem si ga malo preveč privoščo. V Bangkoku sem dobo tako rjavo da ga sploh ne rabiš prekuhavat, ampak ga samo zmešaš z vodo, je pa tudi tako močen, da sem v nezavest pado.«

Ena izmed sogovornic pa navaja preveliki odmerek od kokaina:

»Da, s kokainom sem se šutnala, me je začelo fleširat in sem dol padla za 15 min, bila je ena kolegica zraven, potem sem se vstala in je bilo vse OK.«

Zelo pogosto se tudi dogaja, da se uporabniki predozirajo z mešanjem kokaina in heroina (bovla)³¹:

»Da, lansko leto. Po dolgem času sem spet začel furat in sem si dal malo preveliko dozo bovle (heroin in kokain) v centru Ljubljane, pri Maxi marketu. Padel sem v nezavest, ne vem kaj se je zgodilo. Naslednja slika je bil zdravnik, ki me je klofotal in dali so mi Arkante. Zdravnik me je vprašal, če je zdaj vse ok. Niso me odpeljali v bolnico.«

En izmed sogovornikov navaja predoziranje kot ne zelo neprijetno izkušnjo:

»Da, od horsa sem dol padel 3-4krat. Bil sem zadet, ful the best, potem sem naenkrat postal ful moker, naslednje kar se spomnim, da so me kolegi klofotali. Imel sem plave ustnice. Ni tako grozna izkušnja, saj se itak ne spomnim.«

Sogovorniki navajajo pozitivne in negativne duševne učinke kokaina. Najbolj pogoste izjave pozitivnih duševnih učinkov so bile:

»Ob injiciranju ful dobro, kar poletela bi,... »

³¹ V obdobju pisanja diplomske naloge sem z omenjenim imel pretresljivo izkušnjo: v dnevni center je prišel uporabnik, ki tja ni zahajal prav pogosto. Tisti dan sem, kot ponavadi, delal sam. Uporabnik si je vzel čisti pribor in odšel v dnevni prostor. Skupaj z drugim uporabnikom sta si na stranišču pripravila mešanico kokaina in heroina. Nato si je polno inzulinko (20 ml) injiciral. Kmalu za tem mi je drugi uporabnik povedal, da se je nekdo predoziral. Ko sem vstopil v dnevni prostor sta ga dva uporabnika že prinesla iz stranišča. Uporabnik je bil popolnoma moder v glavo. Imel je zastoj srca. Dva uporabnika sta mu dajala umetno dihanje in masažo srca, jaz pa sem poklical zdravstveno pomoč. Kmalu za tem sta ga oživila, še pred prihodom zdravstvenih delavcev. Uporabnika niso odpeljali v bolnico na opazovanje, saj je bil dokaj priseben. Ta uporabnik je grobo kršil pravila dnevnega centra, vendar je pravila bilo nemogoče izvajati. Čeprav je imel srečo, da se mu je to zgodilo v dnevnem centru, kjer je takoj dobil pomoč. Če bi se predoziral v kakšni skriti ulici ali na gradbišču, kjer se običajno zadevajo, bi najbrž umrl.

»Učinki so ful dobri, težko je opisat, kot da bi lebdel. Odklopiš se od sveta, kot v raju.«

»Kokain te dvigne da ti energijo, da lahko žicam, boljše se pogovarjaš.«

»Zelo mirno in subtilno uživam svobodo.«

»Lahkost telesa, neobremenjenost z okoljem, pozitivna energija.«

»Mene kokain vzdigne, adrenalin nabije, občutek presenečanja nad stvarmi.«

»Najprej začutim fleš, da me kr dvigne, vse je moje, poln samozavesti, moč, energija,...«

»Kokain mi razširi obzorja, sem bolj komunikativna. Začne mi v ušesih žvižgat, srce nabija.«

Negativne duševne učinke sem zasledil med samim efektivnim delovanjem kokaina v organizmu:

»Negativni: paranoja; jaz sem jo dvakrat doživel, sem imel občutek, da mi policaji sledijo in mi hočejo pobrati robo.«

»Včasih me grabi paranoja, da me hočejo ubiti, haluciniram.«

»Slabi učinki so paranoja glede policije, da mi ne bi pobrali robe.«

Vsi sogovorniki so imeli negativne duševne učinke pri abstinenci. Najbolj pogosti negativni učinki, ki so se pojavljali:

»...lahko imaš tresavico, živčnost, napetost...«

»Slaba stran pa je potrtoost, depresija,...«

»Negativni učinki pa so živčnost, razdražljivost, izguba spomina.«

»Slaba stran je da hitro spusti, postanem živčen, depresiven, halucinacije, paranoja, zaradi slabe kvalitete.«

Sogovorniki so navajali heroin kot sredstvo za zmanjševanje negativnih duševnih učinkov:

»Negativni učinki so pa odvisno od kvalitete, če je slaba lahko imaš tresavico, živčnost, napetost, ... Heroin pa te spusti.«

»Ko pa popušča kokain pa rabiš heroin, da prideš k sebi.«

»Ko me popušča, sem ful slabo, potem rabiš heroin da se spustim.«

Problem, ki se lahko pri takem načinu samozdravljenja pojavi, je zasvojenost z opijati.

4.4. TVEGANO VEDENJE IN OCENA TVEGANJA

Sogovorniki se dobro zavedajo tveganja, ki so povezana z intravenoznim načinom uživanjem kokaina. Prav tako se zavedajo pomembnosti uporabe sterilnega pribora za injiciranje.

»Ful je pomembno, da imam svoj pribor. Če na robo čakam, počakam tudi na sveži pribor. Lahko dobiš hepatitis, tromboza ali si narediš out.«

Večina sogovornikov pozna tudi tveganja povezana s snifanjem, dva sogovornika pa sta navedla:

»...zaradi snifanja pa ni tveganja.«

»Zaradi snifanja pa ni tveganja za zdravje.«

Sogovorniki so dobro seznanjeni s tveganji, ki nastajajo pri injiciranju kokaina, saj uporabljajo nizkopražni program, kjer uporabniki dobijo informacije o tveganjih. Prav tako je zelo pomembno, da si uporabniki izmenjujejo informacije in izkušnje, saj se tako zmanjšujejo tveganja.

Vsi sogovorniki kokain injicirajo, razen ene sogovornice, ki kokain snifa.

»Nikoli nisem injicirala, samo snifala. ...zaradi snifanja pa ti nos zjebe.«

Dva sogovornika sta tudi navedla razloge za takšni način uporabe kokaina:

»Vedno injiciram, škoda denarja za kaj drugega.«

»Kokain injiciram zaradi boljšega in večjega učinka in tudi zaradi fleša, ki ga doživim.«

Večina ljudi, ki uporablja kokain intravenozno, nima dovolj finančnih prihodkov, da bi si redno nabavljali kokain. Zato hočejo nabavljen kokain optimalno izkoristiti.

Pet sogovornikov ima stalne partnerje. Ostali sogovorniki imajo občasne partnerje in se nekateri izpostavljajo nezavarovani spolnosti:

»Nezavarovana spolnost se je že zgodila.«

»Da, imam izkušnje z nezavarovano spolnostjo, ful sem potreben ko sem na kokainu.«

»Zdaj imam občasne partnerke.«

»Nezavarovana spolnost se je dogajala na partiju. Imam občasne partnerje, v razmerju se počutim utesnjenega.«

Večina intravenoznih uporabnikov ima partnerje, ki ne konzumirajo drog intravenozno. Zato obstaja velika nevarnost prenosa bolezni preko spolnosti.

Ena izmed sogovornic pa navaja:

»Ne, nimam nezavarovane spolnosti, tu pa sem ful stroga. Imam pa občasne fuk kolege.«

Večina sogovornikov najraje uživa kokain brez družbe, oziroma sami. Oseminštirideset letni sogovornik mi je povedal:

»Kokain uživam dvakrat mesečno in to pozno popoldne ali zvečer. Vsekakor sem raje sam, če imam kokain.«

Ena sogovornica mi je povedala, da je odvisno s kom konzumira tudi od časa, ki je pretekkel od njenega zadnjega zaužitja:

»Kokain uživam ko imam denar, ponavadi rada imam koga zraven, če pa sem ful »bolna«, pa se sama zadanem.«

Sogovorniki navajajo družbo, kot situacijo, kjer pogosto uživajo kokain.

Najmlajša sogovornica je rekla: *»Kokain uživam v družbi na žurih.«*

»Včasih ga vzamem z družbo, včasih pa sam.«

»Kokain uživam najrajši v družbi, je družbena droga. Včasih se razvijejo ful dobre debate.«

Eden izmed sogovornikov je povedal, da uživa kokain ob glasbi:

»Uživam kokain ko imam denar. Vzamem ga ponavadi sam, mi ful sede, ker potem igram na kakšen instrument. Najboljši feedback je zvok, glasba.«

Prostori uživanja so različni (dom, na prostem, na zabavah, v avtu). Samo štirje uporabniki uporabljajo kokain izključno doma. Vsi ostali uporabniki pa uporabljajo kokain:

»Večinoma od zunaj.«

»Kjerkoli. Večinoma na prostem...«

»Poleti v naravi, pozimi pa doma.«

»...ga vzamem v kakšnem grmovju.«

Tveganje uživanja kokaina se zelo poveča z neprimernimi prostori in mešanjem drog. Samo ena sogovornica ne meša drog; vsi ostali so navajali mešanje drog. Sogovornik mi je povedal, da meša droge, da se samopozdravi:

»Šutnem se s kokainom in če je slab, potem rabim heroin da si zrihtam stranske učinke.«

Sogovornica, ki hodi na party meša stimulatивne droge:

»Da, velikokrat kokain, eke, speed...«

Večina sogovornikov pa navaja mešanje kokaina in heroina, kot najbolj pogosto mešanje drog. Pojavlja se še mešanje alkohola in marihuane:

»Da, mešam kokain-heroin največ, pa še alkohol zraven.«

»Redko kdaj kokain, heroin in marihuano.«

Prav tako dva sogovornika navajata mešanje vseh drog:

»Mešam vse droge, odvisno kaj imam na razpolago.«

»Mešam vse živo; rjavo, belo, metadon, pivo, joint.«

Takšno mešanje drog prav gotovo poveča socialna in zdravstvena tveganja.

4.5. OCENA SLUŽB

Nekateri sogovorniki niso nikoli iskali pomoči. Kar šest sogovornikov je mnenja, da ne potrebujejo strokovne pomoči zaradi uživanja kokaina.

»Nikoli iskal pomoč.«

»Ne rabim pomoči.«

Eden izmed sogovornik je povedal, da ni nikoli iskal pomoči, vendar je v zaporu bil prisiljen v metadoski program:

»Pomoči nisem nikoli iskal, ne čutim potrebe. Sem pa bil v metadonskem programu v zaporu, ker nisem imel vedno dostopa do drog.«

Polovica sogovornikov je bila vključenih v metadonski program.

»Pomoč sem imela, metadonski program, vendar sem bila izključena po treh dneh, ker sem pozabila iti po metadon.«

Štirje sogovorniki so bili vključeni v detoksikacijski center (DTO), eden sogovornik pa je bil vključen v nevladno organizacijo »Projekt človek«.

Sogovorniki so bili zadovoljni s ponujeno pomočjo, ena sogovornica je imela nekaj pripomb za DTO:

»Pri DTO me moti to da je preveč pravil 54, brez dotikanja, grupiranja... Prestroga pravila, ne smeš jesti sladkarij, v glavnem too much. Oni tem pravijo narkomanski vzorec, ki ga hočejo odstraniti. Drugače je ok, imaš možnost pogovora 24 ur na dan.«

Sogovorniki ocenjujejo, da je pomoč dobro organizirana. Imeli pa so tudi nekaj pripomb:

»...sem zadovoljen za silo s situacijo.«

»V bistvu je dosti služb za pomoč, ampak je napaka, ker moraš predolgo čakati, da prideš na vrsto. Do takrat pa se folk že premisli.«

Čakalne vrste so zelo odbijajoče za kokainske uporabnike, ki imajo nenadne krizne situacije in pričakujejo takojšnjo pomoč. Zato je zelo pomembno, da se čakalne vrste skrajšajo in da imajo uporabniki dostopnost v programe pomoči.

Dva sogovornika navajata, da je premalo poudarka na reintegraciji in pomanjkanje strokovnih delavcev:

»Moralo bi biti več poudarka na reintergraciji, drugače pa so službe za pomoč OK.«

»Moralo bi biti več strokovnih delavcev za pomoč.«

»Manjka dobra resocializacija, vsaj par let.«

Skoraj polovica sogovornikov se zaveda, da je zelo pomembna posameznikova želja za pomoč oz. samopomoč.

»Mislim da imamo dosti možnosti za pomoč, potrebna pa je želja v človeku, do tega pa moraš sam priti.«

»Mislim da je dovolj služb za pomoč, je pa vse odvisno od posameznika.«

»Je dosti pomoči, ampak si moraš želeti.«

»S službami pomoči sem zadovoljen, samo če jo hočeš poiskati, mora si sam želeti in priti do tega.«

Po celotnem pregledu pogovorov z uporabniki sem naredil preglednico, kjer so prikazane potrebe intravenoznih uporabnikov in možen odgovor na potrebo.

Tabela 3: Zaznavne potrebe uporabnikov

Potreba	Izjave uporabnikov	Možna rešitev
- dostopnost	<i>V bistvu je dosti služb za pomoč, ampak je napaka, ker moraš predolgo čakati, da prideš na vrsto. Do takrat pa se folk že premisli.</i>	Pluralni in celoviti pristop do uporabnikov drog
- reintegracija	<i>Moralo bi biti več poudarka na reintergraciji... Manjka dobra resocializacija, vsaj par let.</i>	Širitev vladnega in nevladnega sektorja
- strokovni delavci	<i>Moralo bi biti več strokovnih delavcev za pomoč.</i>	Dodatna izobraževanja na področju drog
- informiranje	<i>...zaradi snifanja pa ni tveganja. Zaradi snifanja pa ni tveganja za zdravje.</i>	Informacijski center in širitev programov za zmanjševanja škode
- prostor, kjer bi uporabniki drog lahko droge uporabljali na varnejši način	<i>...zaužijem ga na javnih mestih nevidnim drugim... Od zunaj na odprtem..., ...se pa tudi zgodi da ga vzamem v kakšnem grmovju</i>	Varna soba
- skupine za samopomoč	<i>...potrebna pa je želja v človeku, do tega pa moraš sam priti. ...ampak si moraš želeti.</i>	Organizacija skupin za samopomoč bi lahko potekala preko centrov za socialno delo in nevladnih organizacij

5. RAZPRAVA

Droga je vsaka surovina, polprodukt ali končni proizvod rastlinskega, živalskega, mineralnega ali sintetičnega izvora, ki spreminja človekovo zavest in s tem njegovo počutje, mišljenje in vedenje, kar se odraža tudi na funkcionalnih in fizioloških spremembah centralnega živčnega sistema.

Pravi problem niso droge kot take, ampak razmere v posamezniku ali v družbi, ki ustvarjajo pogoje, da človek v drogi išče izhod iz krize. Problematična je zato, ker vzpostavlja različna razmerja med ljudmi. Tako je sodobni pojav drog hkrati tudi huda kritika družbe, v kateri se nekateri posamezniki počutijo povsem zapuščene ali nesposobne komuniciranja z drugimi. Vsaka droga pa ima svojo lastno pot zasvojenosti, vendar pa je pri zlorabi vsake končni rezultat človek, ki ima oslavljen imunski sistem, nižjo raven samospoštovanja in obvladovanja čustev, lahko pa se mu pojavijo tudi duševne motnje.

Pojav uživanja drog v skupnosti je zelo razširjen pojav. Droge so zelo razširjene v vseh družbenih skupinah. Največja poraba drog je med mladimi. Prevalenca kokaina se je povečala v različnih družbenih skupinah in subkulturnih okoljih. Posledično ni več mogoče o kokainu govoriti kot o drogi elit. Prav tako se pojav drog pojavlja med brezdomci. V raziskavi problematike brezdomstva v Ljubljani (Dekleva, Razpotnik in Vižintin 2006) je prav tako možno zaslediti uporabo drog med brezdomci. Na vzorcu 107 brezdomcev se pritrdilni odgovori na specifična vprašanja v zvezi s prepovedanimi drogami, gibljejo do 29%, odgovor o vsakodnevni uporabi prepovedanih drog pa kaže na 22% uporabnikov. Če k temu prištejemo še redko/občasno uporabo, se odstotek dvigne na 40%. Pomemben je še podatek, da je med vsemi anketiranimi bilo 29% takih, ki si vsaj občasno vbrizgavajo nedovoljenih drog z injekcijo in iglo.

Povprečna meja uživanja nedovoljenih drog se niža, pogost razlog za prvo eksperimentiranje je radovednost. Vsi sogovorniki so začeli uporabljati droge v različni fazi adolescence. Razlogi za uživanje drog so različni. Lahko bi jih razdelili v tri skupine:

- biološko-genetični razlogi;
- osebnostno-vedenjski razlogi;
- psihosocialno-sociokulturni razlogi.

Razloge za uživanje drog bi tudi lahko našli v iskanju užitka in beg iz življenjskih težav. Večina sogovornikov se je najbrž srečala s težavami pri odraščanju in so se droge pokazale kot bližnjica iz problemov s katerimi so se srečevali.

Prav tako skupnost veliko prispeva k začetku uživanja še več pa k škodi, ki nastane zaradi uživanja. Po Grebenčevi lahko odnos skupnosti do uživalcev drog razdelimo v štiri tipična stališča:

- **indiferenten** odnos: to se me ne tiče ali pa ta tema me ne zanima;
- **angažiran, sočuten** odnos: to so bolniki, revčki, ki jim je treba pomagati;
- **militanten**, nestrpen odnos: vse jih je treba zapret ali pa pobit;
- **zanikanje**: so od drugod, niso domači.

»Skupnost na deklarativni ravni obsodi uživanje is bodisi umakne vstran, z uživanjem noče imeti nič skupnega, ali pa poveča pritisk na uživalca z zahtevo po prenehanju uživanja. Uživalci morajo uživanje skrivati, da bi se izognili sankcijam izključevanja. Skupnost torej ne sme dovoliti priložnosti za uživanje v javnosti, uživalci drog pa sprejmejo to konvencijo tako, da uživanje izpeljejo na skrivaj – sami ali pa v zaprtih skupinah. Uživalci drog, sicer uživanje skrivajo, ker se želijo zavarovati pred sankcijami, toda tudi skupnost zahteva, da se uživanje drog skriva. Ljudi motijo podobe uživalcev, uživalcev drog nihče ne mara na svojem pragu, pa ne zato, ker bi bili morda res tako neznosni, ampak ker v javni percepciji uživanja vztraja stališče, da se je proti uživanju drog potrebno boriti.« (Grebenc 2003 : 118)

Vojna proti drogam bo trajala neskončno, saj je sovražnik po vseh teh letih še vedno tu, še bolj jasno izrisan, še bolj nevaren. Vojna proti drogam je "uspela" zato, ker je udeležila ideale neoliberalizma in konzervativizma, močno represivno državo, zmanjšano svobodo ljudi. Učinkovito je zatrla alternative in utrdila svobodo bogatenja manjšine na račun trpljenja večine. Z vojno proti drogam se vzdržuje nestrpnost do drugih, povečuje se narkofobija in različni rasizmi.

Razširjenost uporabe kokaina med intravenoznimi uporabniki je zelo velika, saj nam različni viri omenjajo, da naj bi kokain uživali vsaj dve tretjini oseb, ki uživajo heroin. Sogovorniki so omenjali denar kot oviro pri intenziteti uživanja kokaina.

Vsi sogovorniki so mnenja, da se uporaba kokaina veča ter, da je največja poraba kokaina v večjih mestih in primorski regiji. V večjih mestih uporabniki drog lažje ostanejo nevidni oz. ni stigme v takšnem obsegu, kot je v ruralnem okolju. Zato predvsem intravenozni uporabniki drog pogosto zahajajo v večja mesta, kjer je dostopnost do drog večja, možnosti za pripravo in uživanje drog pa »boljše«.

Droge so zelo dostopne, saj je možno kadarkoli dobiti kokain. Nabava poteka ponavadi preko uličnih preprodajalcev. Kokain še vedno ostaja najdražja droga v primerjavi z drugimi drogami.

Brezdomstvo med intravenoznimi uživalci je razširjeno. Med sogovorniki sem zasledil uporabo zavetišča za intravenozne uporabnike. Mlajši sogovorniki še vedno živijo doma pri starših ali pa v njihovih stanovanjih. Zasledil sem tudi, da ena sogovornica plačuje najemnino z drogo. Težav s stanovanji nimajo vse do trenutka, dokler njihovo uživanje ne postane »javno«.

Brezposelnost je zelo razširjena med intravenoznimi uživalci. Motivacija za redno službo je zelo majhna, saj so plače zelo slabe. Sogovorniki lahko v krajšem času veliko več zaslužijo s preprodajo drog ali kakšnim drugim legalnim/ilegalnim načinom. Tako si poleg vsakodnevnega odmerka zaslužijo še nekaj denarja za vsakdanje življenje.

Tabela 4: Načini pridobivanja sredstev za nabavljanje droge (Grebenc 2003 : 47)

Z zakonom prepovedani načini	Legalni načini: družbeno sprejemljivi načini	Načini, ki niso prepovedani, niso pa tudi družbeno sprejemljivi
Premoženski kriminal (manjše kraje, ropi, vlomi, kraje družinskega imetja) Dilanje Tihotapstvo Prostitucija	Žepnina Občasno delo Redno delo Socialna pomoč Štipendije Prodajanje lastnih stvari Posojanje	Darila drugih uživalcev Žicanje

Stiki s sorodniki so odvisni od tega ali uživalec še živi doma ali ne. Prav tako so odnosi odvisni od tega ali uporabniku še vedno uspeva prikriti uživanje droge. Stiki z vrstniki so prav tako zelo okrnjeni. Razen najmlajše uporabnice, sogovorniki nimajo stikov z vrstniki. Takšnemu stanju lahko prepisemo nepoznavanje in diskriminacijo družbe do uporabnikov drog. V mojem vzorcu je obdržalo pravilo, da se družabni stiki uživalcev počasi zožijo le še na uživalce same. Vendar so to stiki, ki jih imajo zaradi nabavljanja, priprave in uživanja droge. Mislim pa, da bi se našli primeri, kjer so intravenozni uporabniki postali prijatelji in imajo dobre odnose tudi po prenehanju uživanja drog.

Globalna politika na področju drog v grobem zajema tri modele, ki so močno odvisni v družbeno-kulturnih kontekstih in različno implementirani v različnih državah. To so v grobem prohibicionistični, javno-zdravstveni, klasično-liberalni.

Odnos do uživalcev vzpodbuja politika do drog. Večina intravenoznih uporabnikov občuti stigmatizacijo. Stigma pa se še poveča s poznavanjem v skupnosti. Torej, kjer so poznani kot uživalci drog, je negativni odnos večji. Uživalci drog ponavadi stigmo

ponotranjijo in jo v vsakdanjih okoliščinah, kjer jim to ustreza ali tudi ne, prevzamejo vlogo bolnika, deviantneža, kriminalca.

»Stigma uživalca je prevelika in moralne sankcije, ki jih sproža družba so tako dosledne, da procesu socialnega izključevanja skoraj ni mogoče uiti. Javno spregovoriti o lastnem uživanju je častno le, če gre za pripoved o prenehanju uživanja, sicer pa priznanje uživanja danes prinese kvečjemu škodo.«

(Grebenc 2003 : 133)

Večina sogovornikov ima zdravstvene posledice uživanja kokaina. Posledice so uničene nosne sluznice, poškodbe žil in zobovja, rane na mestu injiciranja, tromboza nog, hepatitisi itd.

Nekaterim se kažejo tudi psihične težave povezane z uživanjem kokaina. Psihične posledice uživanja so različne: živčnost, paranoja, napetost, depresija, nervoza, halucinacije in razdražljivost.

Prav gotovo med najbolj resna zdravstvena tveganja sodi virus HIV.

»Če pogledamo epidemiološke podatke in majhno število okuženih v Sloveniji, lahko trdimo, da je nevarnost, da bi se posameznik okužil, vsaj zaenkrat razmeroma majhna. Je pa grožnja še vedno resna – tako na individualni kot na epidemiološki ravni. Kljub majhni možnosti okužbe so namreč posledice, če do okužbe pride, usodne. Prav tako ne moremo trditi, da epidemija ne bo izbruhnila. Zakaj je za zdaj ni, ne moremo pojasniti, lahko pa domnevamo, da so bile nekatere preventivne akcije uspešne, recimo, razmeroma pravočasno vzpostavljanje metadonskih programov in izmenjave igel (Stigma).

(Flaker 2002 : 259)

Tveganih vedenj med intravenoznimi uporabniki kokaina in heroina je veliko. Tveganja so lahko pri povsem konkretnih postopkih uživanja (injiciranje, »overdovz«, dilanje, spolnost). Tvegano vedenje je povezano s kariero uživalca (začetek, navlečenje, spuščanje, kriza), lahko pa gre za širše družbene procese (stigmatizacija, kriminalizacija, črni trg...).

Rednim oz. kroničnim uporabnikom drog primanjkuje kompetentnih informacij in kompetentnih strokovnih delavcev, ki bi poznali kokainsko sceno. S tem bi se povečalo zaupanje uporabnikov v institucije in organizacije, ki se ukvarjajo z drogami. V Sloveniji žal še vedno nimamo struktuiranega programa, ki bi se izključno ukvarjal z uporabniki stimulansov. Imamo pa nizkopražni program (DrogArt), ki se ukvarja z uporabniki stimulansov, vendar je edini v Sloveniji in niso kadrovske sposobni pokriti celotne populacije uporabnikov stimulansov.

Paradigma zmanjševanja škode ponuja pragmatičen odgovor uporabe drog v skupnosti. V Sloveniji primanjkuje programov zmanjševanja škode. Trenutna politika spodbuja predvsem zmanjševanje zdravstvenih posledic, pa še to je omejeno na Ljubljano. Trenutno v Ljubljani deluje samo društvo Stigma z namenom zmanjševanja škode. Program v katerem sem jaz delal pa se je prekinil, čeprav menim, da se potrebe po tovrstnih programih večajo.

Splošno³² razširjeno pojmovanje zmanjševanja škode razločuje škodo na različnih nivojih - individualni, skupnostni, družbeni ter v različni tipologiji škode - socialni, zdravstveni in ekonomski. S to širino pregleda nad področjem vpeljuje koncept zmanjševanja škode analitičen pristop na različnih segmentih ter s tem ponuja praktične rešitve v načrtovanju konkretnih intervencij, kakor tudi v načrtovanju politik in širših družbenih ukrepov. S tem zagovarjam tezo, da uvajanje pragmatičnih ukrepov procesualno že prehaja v spreminjanje zastarele paradigme (ideološke simbioze represije in zdravljenja), kar pomeni, da z uvajanjem praktičnih, pragmatičnih sprememb zmanjševanja škode prihaja tudi do zahtev po spreminjanju dosedanjega globalnega odziva na pojav drog.

Na ravni posameznika je najboljši učinek zmanjševanja škode opustitev drog. Vendar to ni edina možna rešitev. Zato popolna abstinenca ne more biti pogoj za vstop v program. S tem konceptom zmanjševanja škode premosti izključevanje uporabnikov in tako dosežemo večji nadzor nad tveganjem uživanja drog. Tako dosežemo t.i.

³² Dare Kočmur: povzetek teksta pred objavo: »Zmanjševanje škode kot nova paradigma v politiki do drog«

skrito populacijo, ki ostane nepokrita s strani primarne in sekundarne preventive. Zmanjševanje škode uporabe drog je najbolj pomembno za področje intravenoznih uživalcev, pa tudi za tiste, ki uživajo droge na drugačne načine. V okviru političnih strategij do drog, lahko zasledimo dvoumen odnos do koncepta zmanjševanja škode. Dvom izhaja iz predpostavke, da čista igla prepreči okužbo, po drugi strani pa omogoča uživanje drog.

Perspektivo učinkovitih sprememb na področju drog je možno doseči s kontrolirano uporabo drog in vztrajanjem prepovedi v civilni sferi. S paradigmo zmanjševanja škode zmanjšamo individualno škodo, kot tudi družbeno škodo.

Socialno delo lahko veliko pozitivnega prinese na zmanjševanje individualne in družbene škode. Uživanje³³ drog je kulturni fenomen. S paradigmo zmanjševanja škode lahko dosežemo cilje:

- **dvig kulture uživanja:** varnejše uživanje je tisto, pri katerem je način in nasploh ukvarjanje z drogami tak, da zmanjšuje možnost okužbe in poškodbe. Nadzorovano uživanje pomeni časovno omejeno uživanje, da ne pride do zasvojenosti. Na kulturo uživanja pa lahko vplivamo s sredstvi. Lahko se ustvarijo kraji kjer bi uživanje bilo varnejše, saj je »nekulturno uživanje« povezano z neustreznim okoljem in pomanjkanjem pripomočkov. Za kulturo je treba biti ustrezno opremljen.
- **redčenje vloge uživalca:** tradicionalno in tipično se na uživalce lepijo nalepke in etikete (grešnik, kriminallec, bolnik), tu bi bilo potrebno načrtovati niz ukrepov in storitev za ljudi, ki uživajo nedovoljene droge, da se ne znajdejo v družbeno manjvrednih vlogah.
- **občutljivost za razne sloge uživanja:** zavedati se je potrebno, da so poleg »klasičnih« uživalcev, ki jih je najverjetneje najmanj, a so najbolj vidni, tudi funkcionalni zasvojeni uživalci, uživalci na vrstniških družbah v predmestju, uživalci na podeželju in v majhnih mestih, začetniki, nadzorovani uživalci, uživalci, ki kadijo in snifajo ter drugi uživalci drog. Pri teh uživalcih zmanjševanje škode ni

³³ Povzeto po: Vito Flaker 2002 str. 265 – 276

primerno oz. odpovedo. Za takšne uživalce je treba razviti poseben način dela. Morali bi usposabljati že obstoječe socialne in zdravstvene službe.

- **zmanjševanje temeljnega nesporazuma med uživalci in okoljem:** do nesporazuma prihaja v trenutku, ko starši in strokovnjaki hočejo pomagati, uporabnik pa ne želi pomoči, ali hočejo pomagati popolnoma neustrezno. Uporabnikom moramo pomagati na podlagi njihovih potreb in želj ter življenjskega konteksta.
- **krepitev stvarnega odnosa laične in strokovne javnosti do uživanja:** droge so se v medijih demonizirale in romantizirale. V popularni kulturi pa je uživalec kriminallec in hkrati bolnik. Zato je potrebno začeti/nadaljevati dekonstrukcijo medijskega diskurza o drogah.
- **poudarek na konkretnih in kontekstualnih metodah:** metode dela ne smejo biti abstraktne, uporabljati se morajo povsem konkretna in stvarna orodja za izboljšanje življenjskega standarda ljudi.

Potrebna bo politična volja, civilna iniciativa, pogum, predrznost in precejšnji miselni preskok, da bi se družbeno absorbirali premiki na področju drog, ki bi zmanjševali socialno, zdravstveno in ekonomsko škodo uporabe drog, tako na individualni, skupnostni kot tudi na družbeni ravni.

6. SKLEPI

- Uživanje kokaina se veča med mladimi in je zelo razširjeno med intravenoznimi uživalci drog;
- Kokain je zelo lahko dostopen, ponudba drog je raznovrstna;
- Intravenozni uživalci občutijo družbeno stigmatizacijo, kriminilazicijo, posledično je okrnjena socialna mreža;
- Tvegano vedenje uživanja drog je razširjeno med intravenoznimi uživalci, zaradi neustrezne politike na področju drog in socialne politike;
- V Sloveniji ni celostnega programa, ki bi reševal problematiko uporabe kokaina in stimulansov;
- Intravenozni uporabniki uživajo droge na različnih mestih in se s tem povečuje zdravstveno tveganje;
- Brezposelnost in materialno obubožanje je razširjeno med intravenoznimi uporabniki;
- Mešanje drog je zelo pogost pojav med intravenoznimi uporabniki drog;
- Kriminalna dejanja niso zelo razširjena med intravenoznimi uporabniki drog.

7. PREDLOGI

- Za boljši odgovor na problematiko drog bi morale obstajati različne metode obravnave in zdravljenja – od nizkopražnih do visokopražnih programov, saj zgolj en model ne more zadostiti različnim stopnjam uživanja in potrebam uživalcev;
- Programi izmenjave igel ne zadostujejo potrebam, zato bi bilo potrebno širiti program preko lekarn, usposobiti zaposlene v lekarnah;
- Potrebno bi bilo vpeljati terensko delo, skupnostno in ulično delo, iglomite...
- Potrebno bi bilo usposobiti več strokovnih delavcev, ki bi nudili pomoč uporabnikom drog;
- Vpeljati večjo informiranost o varnejšem uživanju kokaina, ter informiranje uporabnikov o predoziranju in preprečevanje predoziranja pri uporabi kokaina in drog;
- Nujno bi bilo narediti prostor, kjer bi uporabniki drog lahko droge uporabljali na varnejši način – t.i. varna soba;
- Povečati bi bilo potrebno pluralnost pomoči in s tem tudi boljšo dostopnost;
- Preverjanje kvalitete oz. testiranje ulične droge;
- Vključiti bi bilo treba bivše uživalce nedovoljenih drog v informiranje in sodelovanje pri terapevtskih programih;
- Potreben bi bil pretok informacij med vladnim in nevladnim sektorjem, kot tudi med visokopražnimi in nizkopražnimi programi pomoči;
- Potrebno bi bilo vzpostaviti celostno obravnavo, kjer bi bili vključeni vsi akterji (zavod za zaposlovanje, centri za socialno delo, nizkopražni programi, terapevtske skupnosti, komune, zdravstvene institucije, skupine za samopomoč);
- Potrebno bi bilo vzpostaviti sodelovanje med raziskovalci, uporabniki in izvajalci programov;
- Potrebno bi bilo narediti lokalne akcijske načrte, saj bi lokalni načrti upoštevali značilnosti lokalne politike, ekonomije in scene;
- Nujo je izobraževanje staršev in pedagogov na področju drog, saj je nepoznavanje pogost vzrok za veliko zmotnih predstav in predsodkov;
- Potrebno je ponuditi mladim in manj mladim, različne možnosti za kreativno in kakovostno preživljanje časa (športne aktivnosti, koncerti, mladinske centre...).

8. POVZETEK

Ljudje uporabljajo kokain že od samega začetka svojega obstoja. Poraba kokaina se nenehno povečuje. Kokain je postal problematičen v 19. stoletju, ko se je začela širiti trgovina in komunikacija. Kot odgovor na to se je začela prohibicija drog. Vendar je vojna proti drogam prinesla nepričakovane zdravstvene in socialne posledice. Kljub prohibiciji se povečuje promet z drogo in hkrati tudi negativne posledice uporabe drog. Ker prohibicija ni dala pravega odgovora, se je začelo oblikovati spoznanje o nujnosti uvajanja različnih oblik pomoči uživalcem drog. Eden izmed boljših odgovorov na problematiko drog je dala paradigma zmanjševanja škode, ki je pragmatična. Rešitve išče »tukaj in zdaj« in abstinenca ni pogoj, ampak je možen cilj. Končni cilj je socialna integracija.

V javnosti se je oblikovano mnenje le o najbolj vidnih uživalcih, kateri so materialno in socialno obubožani. Ostajajo pa uživalci, ki kontrolirajo ali občasno uživajo droge, ter uporabo tudi podrejajo vsakodnevnim aktivnostim. Največja tveganja so povezana z intenziteto, načinom in okoljem, kjer uživajo. Skupnost se na uporabnike drog, zaradi nepoznavanja in stereotipov, negativno odzove, kar posledično povzroči socialno izključenost.

Z Vprašalnikom za hitro oceno ugotavljanja potreb v skupnosti uživalcev drog, sem v empiričnem delu hotel dobiti hiter vpogled v sceno uporabnikov kokaina med intravenoznimi uživalci drog. Poskušal sem prikazati lokalno sceno uživanja nedovoljenih drog, oceno socialnih posledic, oceno zdravstvenih posledic, tvegano vedenje pri uživanju in oceno tveganj ter oceno potreb uporabnikov. Izvedel sem petnajst intervjujev v nizkopražnem programu, kjer sem delal. Naredil sem štirinajst intervjujev z intravenoznimi uporabniki drog, ter z eno uporabnico, ki koristi storitve programa dnevnega centra in ne konzumira kokaina intravenozno.

Raziskava je pokazala, da je kokain zelo razširjen med intravenoznimi uporabniki drog. Kokain in ostale droge so zelo dostopne, cenovno je kokain še vedno najdražja droga. Intravenozni uživalci drog imajo zelo okrnjeno socialno mrežo in so

stigmatizirani tako s strani skupnosti, kot tudi delno s strani družine. Izpostavljeni so zdravstvenim tveganjem, ki so povezana v veliki meri z intenziteto, načinom in prostorom uživanja. Zelo veliko intravenoznih uporabnikov uporablja kokain na odprtih mestih, ki so bolj ali manj skrita javnosti. Tvegano vedenje pri uporabnikih je najbolj povezano s prostorom uživanja in mešanjem drog. Mešanje legalnih in ilegalnih drog je zelo razširjeno med intravenoznimi uporabniki. Uporabniki so s ponudbo storitev relativno zadovoljni, nekateri so omenjali predolge čakalne vrste, prestroga pravila in pomanjkanje strokovnih delavcev.

Problematiko drog bi morali reševati interdisciplinarno. Preventiva bi morala si izvajati segmentno. Programi za kokainske uporabnike bi morali biti nizkopražni in strukturirani s psihosocialno terapijo, saj se je ta model pokazal uspešen v evropskih državah. Za kokainske uporabnike bi morali priskrbeti kompetentno informiranje, svetovanje, izmenjavo igel, varen prostor za iniciranje, materialno pomoč ter kontrolo droge na ulice.

9. LITERATURA IN VIRI

- Barber, J.G. (1997). Socialno delo na področju zasvojenosti. Ljubljana: Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve
- COCA 2003. Conference on crack and cocaine. Seminar DTO, Klinični center Ljubljana (september 2006)
- Cohen, P. (1990). Drugs as a social construct. Dissertation. (februar 2007) Amsterdam, www.cedro-uva.org/cohen/
- Cohen, P. and Sas A. (1992). Ten years of cocaine, A follow-up study of 64 cocaine users in Amsterdam. Department of Human Geography University of Amsterdam, Amsterdam
- Dekleva, B. s prispevki Sandeta M. (1999). Ekstazi in plesne droge. Društvo za razvijanje preventivnega in prostovoljnega dela: Pedagoška fakulteta, Ljubljana
- Dekleva, B., Razpotnik, Š. in Vižintin, M. (2006). Problematika brezdomstva v Ljubljani (končno poročilo). Združenje za socialno pedagogiko, Ljubljana
- EMCDDA (2005). Letno poročilo 2005: Stanje v zvezi s problemom drog v Evropi. Luxembourg, Urad za uradne publikacije Evropskih skupnosti
- Flaker, V. (1992). Normalne droge. ČKZ 146-147, XX: 193-200, Ljubljana
- Flaker, V. (1999). O zmanjševanju škode. *Socialno delo*, 38, št. 4-6, 209-210, Ljubljana
- Flaker, V. (2002). Živeti s heroinom I.: Družbena konstrukcija uživalca drog. Ljubljana, Založba/*cf.
- Flaker, V. (2002). Živeti s heroinom II.: K zmanjševanju škode. Ljubljana, Založba/*cf
- Grebenc, V. (2001). Ekspertiza na podlagi izkušnje in prepovedana vednost v pripovedih uživalcev drog. *Socialno delo*, 40, št. 2-4: 105-116, Ljubljana
- Grebenc, V. (2003). Zmanjševanje socialne škode povezane z uživanjem drog in iskanje odgovorov v skupnosti, magistrsko delo: Fakulteta za družbene, Ljubljana
- Grebenc, V. (2006). Na kokainu – raziskovalni projekt na področju rabe kokaina: Fakulteta za socialno delo, Ljubljana

- Herwing – Lempp, J., Stover, H. (1992). Temelji socialnega dela, ki sprejema uživanje mamil. ČKZ, 146-147, XX: 202-203, Ljubljana
- Kocmur, D. (1999). Projekt Stigma – retroperspektiva. *Socialno delo*, 38, št. 4-6, 333-341, Ljubljana
- Kranjc, M. (2002). Iks – plesne droge: informacije za srednješolce. DrogArt, Pedagoška fakulteta, Ljubljana
- Letno poročilo (2006). Stanje v zvezi s problemom drog v Evropi. <http://ar2006.emcdda.europa.eu/sl/page009-sl.html> (marec 2007)
- Ministrstvo za zdravje, Urad za droge in Zavod za zdravstveno varstvo Ravne (2006). Kokain, Visoka šola za zdravstvo, Ljubljana
- Mesec, B. (1997). Metodologija raziskovanja v socialnem delu II (študijsko gradivo). Ljubljana: Visoka šola za socialno delo
- Mesec, B. (1998). Uvod v kvantitativno raziskovanje v socialnem delu. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo
- Ozmec, S. (2007). Kokainska statistika Slovenska policija izgublja boj s kokainom. Mladina, št. 6, (15.2.2007), http://www.mladina.si/tehdnik/200706/clanek/uvo-manipulator--sebastijan_ozmec-2/
- Reinerman, C., Murphy, S. and Walford, D. (1994). Pharmacology in not destiniy: The contingent character of cocaine abuse and addiction. Selected readings, Stimulants: Cocaine and amphetamine, Pedagoška fakulteta, Ljubljana
- Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004–2009. (ReNPPD). **Uradni list RS 28/2004**, (februar 2007) <http://www.uradni-list.si/1/ulonline.jsp?urlid=200428&dhid=68124>
- Stefanovski, P. (1996). Socialno delo, ki akceptira uživanje drog. *Socialno delo*, 35, št. 4: 289 – 299, Ljubljana
- Ule M. (1992). Narkomanija pri mladih – razpadni produkt mladinskih subkultur. ČKZ, 146-147, XX: 37-44, Ljubljana
- Zorec, S. in Štolekar M. (2005). Uživalci heroina in kokaina na Ptujju. Diplomaska naloga, Fakulteta za socialno delo, Ljubljana
- Zorc, S. in Pribarc, I. (1992). Kaj je vse na tehničnici. ČKZ 146-147, XX: 6-12, Ljubljana

- http://www.konoplja.org/klasifikacija_drog/Stimulanti/Stimulanti.htm
(februar 2007)
- www.ivz.si/ivz/droge (februar 2007)

10. PRILOGE

Vprašalnik za poizvedbe o slogih uživanja kokaina Fakulteta za socialno delo

Lokalna scena uživanja drog

Zaznavanje v skupnosti	Koliko je uživanje kokaina poznano v skupnosti? Ali poznaš uživalce nedovoljenih drog v skupnosti, kjer živiš? Kakšno je tvoje mnenje o kokainu?
Zemljepisna umestitev	Kje se po tvojem mnenju v Sloveniji uživa kokain?
Stopnja uživanja, trendi	Kdaj se je pojavilo uživanje kokaina v skupnosti? Se uživanje večja/manjša?
Dostopnost drog	Katere droge so na voljo? Kako jih dobiš? Kakšna je dostopnost kokaina? Cena? Kvaliteta?
Popularni načini uporabe drog	Kateri so popularni načini uživanja drog v tvojem kraju? Na katere načine ti najraje uživaš droge?
Subkulturne značilnosti	Kaj pa tvoja subkulturna scena? Katere so značilnosti tvoje skupine, v kateri se družiš? (glasba, moda, življenjski slog...)
Nabavljanje	Kje kupuješ kokain? Kje ga zaužiješ? Kako drogo kupuješ? A si koga nategnil pri nabavi? Kako?

Ocena socialnih posledic

Kariera	Koliko časa že uživaš drogo? Droga, ki si jo prvič poizkusil? Kdaj si začel uživati kokain? Kdaj uživaš kokain? Ob koncu tedna? Kako uživaš kokain? A si zasvojen? Koliko časa je bilo potrebno, da si postal zasvojen?
Dohodek	Tvoj družben položaj (izobrazba, dohodek)
Zaposlitev, šola	Ali si zaposlen/ hodiš v šolo? A imaš probleme s službo, zaposlitvijo?
Stanovanje	Kje živiš? A imaš kakšne probleme s stanovanjem? Kakšne?
Stiki s sorodniki	Kakšni so tvoji stiki s sorodniki?
Partnerski odnosi	Kakšne partnerske odnose imaš?
Stiki z vrstniki	Kakšno so tvoji stiki z vrstniki?
Nasilje, nesreče	A si bil kdaj žrtev nasilja, pretefov zaradi drog? Prometne nesreče?
Kazniva dejanja	Si storil kakšna kriminalna dejanja? Si storil kakšna kriminalna dejanja?

Odnos do uživalcev	Ali čutiš socialno izolacijo, stigmatizacijo zaradi uživanja kokaina?
--------------------	---

Ocena zdravstvenih posledic

Zdravstvene posledice	Kako ocenjuješ svoje zdravje? A imaš kakšne zdravstvene posledice od uživanja kokaina?
Overdoze	A imaš izkušnje z overdozi?
Fizične poškodbe	A imaš kakšne fizične poškodbe zaradi uživanja kokaina? (poškodbe sluznice)
Duševni učinki	Kakšni so psihični učinki kokaina? Si imel neprijetne duševne učinke zaradi kokaina (preganjavica, živčnost)

Tvegano vedenje pri uživanju kokaina in ocena tveganja

Zaznavanje tveganj	Kakšna so po tvojem mnenju tveganja, povezana z uživanjem kokaina? Ali poznaš tveganja zaradi snifanja kokaina?
Pri injiciranju	Kokaina nisi nikoli injiciral?
Pri spolnosti	Ali imaš izkušnjo z nezavarovano spolnostjo? Ali imaš občasne/stalne partnerje? Imaš izkušnjo s skupinskim seksom?
Situacije uživanja	Kdaj uživaš kokain? Ob koncu tedna? Ali drogo uživaš tudi sam? Katero?
Prostori uživanja	Kje uživaš droge?
Mešanje drog	A mešaš droge?

Ocena služb

Ocena služb/storitev	Ali si že kdaj zaradi uživanja kokaina iskal strokovno pomoč? Kje? Kako si bil zadovoljen s pomočjo?
Želje, potrebe	Kakšne službe/ storitve bi po tvojem mnenju morale biti na voljo ljudem, ki uživajo kokain?

Vsebinsko kodiranje intervjujev (primer)

Intervju I Starost: 32 Spol: M Ljubljana Datum 4.7.06

Tematska skupina:

Lokalna scena uživanja drog

Vsebinske izjave	Enote kodiranja	Odgovori sogovornika
50-100 ljudi slabe/dobre strani	Zaznavanje v skupnosti	<i>Jaz poznam nekje od 50 do 100 ljudi, ki so na kokainu. Kokain kot droga pa ima dobre strani in slabe posledice.</i>
v ljubljani	Zemljepisna umestitev	<i>Največ kokaina je najbrž v Ljubljani</i>
poraba več	Stopnja uživanja, trendi	<i>Kdaj se ja pojavilo ne bi vedel, sem pa skoraj prepričan da se poraba povečuje.</i>
vse droge 1g 12,000 0,5 g 6000 sit en šut za 3000 sit Kvaliteta je ful slaba Mešajo ga lekadolom, speedom	Dostopnost drog	<i>Droge ki so na voljo: kokain, heroin, metadon, tablete, trava, eki, speed, ... V glavnem kupujem od dilerja . Dostopnost je dobra, cena pa je za 1g 12,000 sit za 0,5 g 6000 sit. Najmanj kar lahko dobim je en šut za 3000 sit. Kvaliteta je ful slaba proti prej. Mešajo ga z različnimi stvarmi: lekadolom, speedom...</i>
Snifajo introvenozno v žilo	Popularni načini uporabe drog	<i>Po moje ljudje najraje snifajo, jaz pa najraje introvenozno v žilo, čeprav bi tudi zelo rad kadil.</i>
na metelkovo.	Subkulturene značilnosti	<i>Glasbo poslušam vso razen goveje muzike. Hodim dosti na metelkovo.</i>
Dilerjev, Metelkovi Centru Uživanje: doma, zunaj Nategnil: Par krat nisem prinesel robe	Nabavljanje	<i>Kokain kupujem od dilerjev na Metelkovi ali pa v centru. Zaužijem ga najraje doma, včasih pa tudi od zunaj. Par krat sem že vzel denar in nisem prinesel robe, ki sem jo obljudil.</i>

Enote kodiranja in vsebinske izjave intervjuvancev (primer)

Tematska skupina:

Lokalna scena uživanja

INTERVJU	1	2	3	4	5
Zaznavanje v skupnosti	<i>50-100 ljudi slabe/dobre strani</i>	<i>Poznavanje družbi dobro, bolje da ne probaš</i>	<i>okoli 20 ljudi, slabe so primesi</i>	<i>okoli šest ljudi V Novem mestu eno osebo Zahrbtna droga</i>	<i>15 oseb fizično ne moreš biti odvisen, ne vsakdan je predrag</i>
Zemljepisna umestitev	<i>v Ljubljani</i>	<i>večja mesta</i>	<i>Večja mesta</i>	<i>Ljubljana, Primorska</i>	<i>Primorska</i>
Stopnja uživanja, trendi	<i>poraba večja</i>	<i>se večja</i>	<i>pojavi se kokain leta 75-78 se večja</i>	<i>čedalje več ljudi hoče samo kokain</i>	<i>se večja</i>
Dostopnost drog	<i>vse droge 1g 12,000 0,5 g 6000 sit en šut za 3000 sit Kvaliteta je ful slaba Mešajo ga lekadolom, speedom</i>	<i>vse droge za šut je 3000 sit, 1 g od 10 000 sit pa dalje. Kvaliteta slaba. dostopnost je odlična</i>	<i>skoraj vse dilerjev po dva dni ni, Kvaliteta gate trga, zakaj sem ga vzel, 3000 sit za šut 0,5 0,5 g od 6000-8000 1 g 12 000-18 000 sit</i>	<i>vse droge Dostopnost od 8-23 ure, tuš 3000 0,5 g 6000 sit Kvaliteta dobro ali slaba</i>	<i>vse droge 1 g 11000 do 12000 Kvaliteta dosti dobra.</i>
Popularni načini uporabe drog	<i>Snifajo introvenozno v žilo</i>	<i>snifanje, gun, kajenje na pipo.</i>	<i>Injiciranje najbolj razširjeno</i>	<i>Snifanje, kajenje, injiciranje</i>	<i>snifanje, jaz pa tudi snifam.</i>
Subkulturene značilnosti	<i>na metelkovo.</i>	<i>s tipom doma</i>	<i>Stari rock, ne hodim ven</i>	<i>Metelkovo</i>	<i>partijih, rave</i>
Nabavljanje	<i>Dilerjev, Metelkovi Centru Uživanje: doma, zunaj Nategnil: Par krat nisem prinesel robe</i>	<i>dilerjev v centru, fužinah Nobenega nategnila zaužijema dom</i>	<i>Dilerju, šutnem se kje me prime, nikoli nategnil</i>	<i>stalnem dilerju v centru Počim na prostem nategnila enega tipa</i>	<i>kolega dilerja</i>

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisan **Bojan Kuljanac** vpisan na Fakulteto za socialno delo v študijskem letu 2001/2002, kot redni študent, izjavljam, da sem diplomsko nalogo z naslovom **Kokain med intravenoznimi uživalci drog** napisal samostojno s korektnim navajanjem virov ob pomoči mentorice dr. **Vere Grebenc**.

Datum: 15.03.2007

Podpis:
Bojan Kuljanac