

**UNIVERZA V LJUBLJANI
PEDAGOŠKA FAKULTETA**

DIPLOMSKO DELO

TINA TOMC

**UNIVERZA V LJUBLJANI
PEDAGOŠKA FAKULTETA
Študijski program: Socialna pedagogika**

**Značilnosti uporabe prepovedanih drog in
obravnavе uporabnic prepovedanih drog v zaporih
DIPLOMSKO DELO**

**Mentor:
Dr. Matej Sande**

**Kandidatka:
Tina Tomc**

Ljubljana, september 2011

POVZETEK

V diplomskem delu sem skušala predstaviti značilnosti uporabe drog in obravnave uporabnic prepovedanih drog v zaporih. Droge so postale lahko dostopne, razlogi za uporabo pa so različni; nekateri po njih posežejo zaradi zabave ali sprostitev, pri drugih pa je razlog tolažba. Včasih lahko uporaba drog iz rekreativne preide v odvisnost in takrat lahko nastane problem, če posameznik ni več »vzoren« član družbe.

V teoretičnem delu sem opisala pot od odvisnika do zapornika, ki sodeluje pri obravnavi odvisnosti od prepovedanih drog, in kasneje ponovno svobodnega človeka. Posebno pozornost sem namenila obravnavi odvisnosti od prepovedanih drog v zaporu. Glavni namen empiričnega dela je raziskati značilnosti uporabe prepovedanih drog in obravnave uporabnic prepovedanih drog v ženskem zaporu na Igu. V empiričnem delu sem teorijo preverila na podlagi odgovorov sedmih intervjuvank, ki so pripovedovale svojo življenjsko zgodbo. Osrednja tema raziskovanja je pogled obsojenk na obravnavo odvisnosti, kakšna so njihova doživljanja, s kakšnimi problemi se spopadajo kot (bivše) odvisnice. Spregovorile so tudi o vzrokih za začetek uporabe drog, o tem, kaj doživljajo sedaj v zaporu, kakšni so njihovi pogledi na prihodnost itd. Glavne ugotovitve so: prvič, da so intervjuvanke v večini nezadovoljne z obravnavo odvisnosti in si želijo novih oblik obravnave z zunanjimi sodelavci, in drugič, da se varovalni dejavniki, dejavniki tveganja za uporabo drog in dejavniki, ki varujejo pred recidivom, kot so jih izpostavile intervjuvanke, v večini enaki ali podobni tistim, ki so navedeni v teoriji. Poseben poudarek je namenjen družini in njenemu pomenu. Ugotovila sem tudi, da večina intervjuvank še nima izoblikovanega načrta za življenje po odpustu iz zavora.

Ključne besede: obravnava odvisnosti od prepovedanih drog v zaporu, kriminaliteta povezana z uporabo drog, varovalni dejavniki, dejavniki tveganja, droge v zaporu, ženske in droga, abstinenca, prihodnost

ABSTRACT

The aim of my thesis was to introduce characteristics of drug use and handling of female drug users in prison. Drugs have become easily available, the reasons for the use vary; some of the users just want to have fun or relax, while the others seek comfort. Sometimes the drug use can perpetuate from recreational use to addiction and that is when the problem arises, as the individual is no longer a »respectable« member of society.

In the theoretical part, I described a way from addict to prisoner, who participates in an addiction handling of illegal drugs, and later on again to a free man. I was especially attentive of the handling of the addiction of illegal drugs in prison. The main purpose of the empirical part is, to thoroughly research the illegal drug use characteristics and handling of women drug users in the women's prison Ig. In the empirical part I put my theory to the test, based on the seven interviewees', who decided to share their life stories, answers. The central part of the research was how the convicts see the addiction handling, their experiences and what kind of problems do they face as (ex) addicts. They shared the reasons why they started using drugs, about what they go through in prison, and how they see the future, etc. The main findings are: firstly, the interviewees' are mainly dissatisfied with the addiction handling and want to work with outworkers, secondly, the safety factors, risk factors of drug use and the factors, which protect from return of the illness, as pointed out by the interviewees, mostly coincide with those in theory. Extra emphasis was put on the family and the meaning of it. I established that the most of the interviewees do not have a formed plan, after the release from the prison.

Key words: handling of drug abuse in prison, criminal acts connected with the drug use, safety factors, risk factors, drugs in prison, women and drugs, abstinence, future

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2. 1 Vpliv varovalnih dejavnikov in dejavnikov tveganja za uporabo drog	3
2. 1. 1 Specifika žensk kot uporabnic drog	7
2. 2 Kriminaliteta povezana z uporabo drog	10
2. 2. 1 Slovenija	18
2. 2. 2 Ženska v očeh kriminologije	19
2. 2. 3 Zapornice/ki ter njihove družine	20
2. 3 Problem vnosa drog v zapor	24
2. 4 Obravnava odvisnosti v zaporih	27
2. 4. 1 Programi pomoči odvisnikom in postopki, ki jih izvajajo v zaporih	30
2. 4. 2 Psihoterapija odvisnih od nedovoljenih drog	33
2. 4. 3 Kako še lahko pomagamo odvisnim?	34
2. 4. 4 Nekateri penološki pristopi v tujini	37
2. 4. 5 Obravnava odvisnosti in s tem povezano podeljevanje ugodnosti	40
2. 4. 6 Vzdrževanje abstinence (med prestajanjem kazni in po odpustu iz zavora) in (post)penalna pomoč	41
2. 5 “Neprižnavanje” problematike drog v slovenskih zaporih – predstavitev pilotskega projekta zamenjave sterilnega pribora za injiciranje drog v slovenskih zaporih društva Stigma in Kruharjeve raziskave: Tvegane oblike vedenja v slovenskih priporih	46
2. 5. 1 Pilotski projekt zamenjave sterilnega pribora za injiciranje drog v slovenskih zaporih	46
2. 5. 2 Raziskava: Tvegane oblike vedenja v slovenskih priporih	50
3 EMPIRIČNI DEL	53
3. 1 Cilj/namen raziskovanja	53
3. 2 Raziskovalna vprašanja	55
3. 3 Raziskovalna metodologija	56

3. 3. 1 Raziskovalni instrument	56
3. 3. 2 Pridobivanje intervjuvank in izvedba pogovorov	56
3. 3. 3 Obdelava intervjujev	57
3. 3. 4 Značilnosti intervjuvank	58
3. 4 Rezultati pogovorov	59
3. 4. 1 Začetki uporabe drog in raba drog	59
3. 4. 2 Družina in uporaba drog	63
3. 4. 3 Problemi povezani z uporabo drog	68
3. 4. 4 Sprejem v zapor – abstinenca in odnosi	71
3. 4. 5 Obravnava odvisnosti	77
3. 4. 6 Ugodnost izhodov	83
3. 4. 7 Varovalni dejavniki in dejavniki tveganja za recidiv	87
3. 4. 8 Načrti za prihodnost	92
3. 5 Zaključki	97
4 Zaključek	101
5 Viri in literatura	103

1 UVOD

V življenju se srečujemo z različnimi ovirami, ki jih nekateri premagujejo z lahkoto, drugim pa predstavljajo resno težavo, s katero se ne znajo spopasti. Misleč, da bo težava izginila, nekateri lahko posežejo po drogi in drogo uporabljajo za lajšanje stisk. Drugi poskusijo drogo iz radovednosti in potem ne najdejo vrnitve nazaj, postanejo odvisni. Zgodb je polno, razlogov za uporabo drog prav tako. Problem pa nastane takrat, ko posameznik živi le še za drogo. Pomanjkanje denarja za nakup droge predstavlja veliko težavo v svetu odvisnikov, ki razmišljajo le, kako bodo dobili denar za naslednji odmerek. Pogosto se zatečejo k tatvinam, krajam, morda celo preprodaji drog. Zgodba ima običajno žalosten konec, ko odvisnika od prepovedanih drog (v nadaljevanju bom uporabljala besedo »odvisnik«) aretirajo in obsodijo na kazen zapora. Prav o tej populaciji, odvisnikih v zaporu, bom razpravljala v tem diplomskem delu.

V teoretičnem delu sem se osredotočila na vzroke za začetek uporabe drog, kateri so varovalni dejavniki in kateri dejavniki tveganja za uporabo drog. Zanimal me je kriminološki vidik, povezanost kriminalitete z uporabo drog. V obeh poglavjih sem posebno mesto namenila ženskam in njihovim specifikam v zvezi s kriminaliteto in samo uporabo drog. V zaporih se srečujejo tudi s problemom vnosa prepovedanih drog. Velik del teorije je posvečen obravnavi odvisnosti v zaporih, kakšne pristope poznamo pri nas, kakšne v tujini, kako je obravnava odvisnosti povezana s podeljevanjem ugodnosti in kaj pomaga odvisniku pri vzdrževanju abstinence. Predstavljeni bosta še dve raziskavi na temo značilnosti uporabe drog v slovenskih zaporih.

Z empiričnim delom sem teorijo preverila še v praksi. S pomočjo kvalitativne raziskave sem želela predstaviti življenje obsojenk, ki so vključene v obravnavo odvisnosti v zaporu. Zanimala me je njihova preteklost, vzroki za uporabo drog, družinske razmere, kako so doživljale sprejem v zavod, kaj menijo o obravnavi odvisnosti v zaporu, ali imajo težave z abstiniranjem na izhodih, kakšni so njihovi načrti za prihodnost in kakšno vlogo igra droga v njihovem življenju. Dobljene odgovore sem nato razdelila po tematskih sklopih in jih med seboj primerjala.

To temo sem si izbrala, ker sem v času študija socialne pedagogike opravljala prakso v ZPKZ Ig in opazila, da so obsojenke, ki so imele ali še imajo probleme z drogo, drugače obravnavane kot ostale obsojenke. Razlika je recimo v ugodnostih, ki jih težje pridobijo in morajo za njihovo pridobitev podpisati terapevtski dogovor ter delovati skladno z njim. Za pridobitev ugodnosti se morajo bolj angažirati kot ostale obsojenke, sodelovati v obravnavi odvisnosti. Redno so tudi testirane za prisotnost prepovedanih substanc, predvsem opijatov, kanabisa in benzodiazepinov (URSIKS, 2011). Ta pravila in ukrepi veljajo za vse odvisnike v vseh zaporih pri nas, vendar sem se odločila raziskati to področje z vidika obsojenk v ZZPKZ Ig, ki so vključene v obravnavo odvisnosti od prepovedanih drog. Glavni namen diplomskega dela je raziskati značilnosti uporabe prepovedanih drog in obravnave uporabnic prepovedanih drog v zaporih. Iz raziskave in teorije je razvidno, kje so morebitne šibke točke našega kazenskega sistema, poseben poudarek je seveda na ZPKZ Ig, saj so intervjuvanke prestajale kazen v omenjenem zaporu. Raziskava je zanimiva tudi z vidika, da vključuje zgolj ženske. Tovrstnih raziskav je bilo narejenih le malo, zato je dostopnost literature na temo ženskih odvisnic v zaporu omejena.

2 TEORETIČNI DEL

2. 1 VPLIV VAROVALNIH DEJAVNIKOV IN DEJAVNIKOV TVEGANJA ZA UPORABO DROG

To poglavje opisuje vpliv varovalnih dejavnikov in dejavnikov tveganja za uporabo drog. Predstavljeni bodo vplivi okolja, družine, vrstnikov in podobnih dejavnikov, ki vplivajo na posameznikov začetek uporabe drog oz. ga obvarujejo pred njo. Kot bomo videli v nadaljevanju, je tema zelo široka. Osredotočila se bom le na ključne točke, ki nam bodo v pomoč pri razumevanju posameznikove situacije, saj si bomo tako tudi lažje razlagali zgodbe intervjuvank v empiričnem delu.

Naj najprej opredelim dejavnike tveganja in varovalne dejavnike. Täschner (2002) pravi, da imajo varovalni dejavniki (Täschner uporabi besedno zvezo *zaščitni dejavniki*) funkcijo obrambe posameznika pred začetkom uporabe drog, medtem ko imajo dejavniki tveganja ravno nasproten učinek. Mikuš Kos (1999, str. 25) pa opredeli dejavnike tveganja kot: »karakteristike, variable ali slučajni dogodki, katerih prisotnost v življenju posameznika poveča statistično verjetnost, da bo ta posameznik v primerjavi s svojim slučajno izbranim parom iz splošne populacije razvil psihiatrično in psihosocialno motnjo.« Mikuš Kosova (prav tam) se je sicer v prispevku osredotočila bolj na psihosocialne in psihiatrične motnje v otroštvu, kar je razvidno tudi iz njene definicije. Kljub temu sem se odločila, da nekatere njene ugotovitve uporabim v diplomskem delu, saj se problem odvisnosti dostikrat pojavi skupaj s tovrstnimi motnjami. Da se vrnem nazaj k dejavnikom tveganja. »Beneška skupina (1996) ugotavlja, da med najvišje dejavnike tveganja sodijo revščina, telesno trpinčenje otroka, zloraba in zanemarjenje otrok, vojna, migracije, urbano nasilje, kronična telesna in duševna obolenja v družini, prenatalno in postnatalno uživanje drog in alkohola, HIV/AIDS, malnutricija, kronične infekcije in druga kronična in življenjsko nevarna obolenja« (Mikuš Kos, 1999, str. 25). Kar nekaj dejavnikov tveganja izhaja torej iz družine. Prav tako pa iz nje izhajajo tudi varovalni dejavniki, o čemer govori Tomorijeva (1999). Najpomembnejša polja duševnega zdravja, na katera vpliva družina, so (Tomori, 1999, str. 152):

- samopodoba in samospoštovanje,
- čustvene navezave, gradnja pomembnih odnosov,
- socializacija, komunikacija,

- odnos do drugih in do sveta,
- spretnosti in sposobnosti, ustvarjalnost,
- sposobnost opredelitve, odločanje, sprejemanje odgovornosti, izbiranje ciljev,
- obvladovanje stresov in reševanje problemov,
- gradnja vrednostnega sistema.

Duševne motnje staršev lahko resno ogrozijo zdrav duševni razvoj otrok. Kot posledica uporabe drog pri starših se lahko razvije odvisnost pri otroku. Veliko družin se sooča tudi s problematiko revščine, nezaposlenostjo, negotovostjo, pomanjkanjem perspektiv ipd., kar vse vpliva tudi na duševno zdravje staršev otrok. Nekateri starši skušajo 'pobegniti' pred realnostjo s prekomerno uporabo alkohola, z zlorabo tablet ali prepovedanimi drogami. Vse to lahko vpliva na otrokov razvoj, na njegovo vključevanje v okolje (starši ne znajo pomagati, saj tudi sami niso vključeni v družbo oz. jo doživljajo odklonilno, nespodbudno, kar se prenaša na otroke) in pri teh otrocih je pogostejši razvoj delikventnega in disocialnega vedenja (Tomori, 1999).

Kot sekundarno družino lahko izpostavimo partnerja. Tisti posamezniki, ki jim je drogo predstavil njihov partner, ki je tudi sam pogosti uživalec droge ali celo odvisnik, pogosto postanejo redni uživalci droge tudi sami (McIntosh in McKeganey, 2002). Podobno vlogo ima tudi vrstniški vpliv, kar bomo videli v nadaljevanju.

Težave pa se ne pojavijo zgolj zaradi družine. Tomorijeva (1999) poudarja, da so motnje posledica tudi otrokovih značilnosti (psihosocialnih, konstitucijskih, konteksta, v katerem živi) in ne le družine. Tudi te značilnosti so lahko pozitivne oz. varovalne ali pa dodatno ogrožajoče. Nekatere osebne lastnosti, zaradi katerih je posameznik bolj nagnjen k uporabi drog in odvisnosti, so v večji meri prirojene, druge pa so pridobljene z vplivi okolja in z vzgojo (Auer, 2001). Perger (2002) navaja naslednje psihološke dejavnike tveganja za razvoj odvisnosti:

- pomanjkljivo samovrednotenje,
- nizko samospoštovanje,
- pomanjkanje skrbi zase,
- želja po novih doživetjih,
- depresivnost,
- anksioznost in
- samodestruktivno obnašanje.

Med osebnostne lastnosti prištevamo tudi intelektualne zmožnosti posameznika. Nižji inteligenčni količnik za seboj potegne določene posledice, kot so težave v šoli, poklicu in s tem povezane frustracije, slabše obvladovanje izzivov ipd., kar je tudi dejavnik tveganja za uporabo drog. Ne glede na vso teorijo je treba poudariti, da ni čistega tipa odvisniške osebnosti in da je uporaba drog pogosto združena s psihopatologijo, ki ni povezana z osebnostnimi lastnostmi (Auer, 2001). Perger (2002) še opozori, da obstajajo različne oblike in stopnje odvisnosti od različnih psihoaktivnih snovi in tudi različne poti vnosa teh snovi v telo. Sama izbira vrste snovi ter verjetno tudi način vnosa sta odvisna od posameznikovih osebnostnih značilnosti.

Opredelili smo vpliv družine in osebnostnih lastnosti na uporabo drog. Ne smemo pa pozabiti, da se z eksperimentiranjem z drogo največkrat soočajo mladostniki, adolescenti (Sande, 2004), zato se odgovor na vprašanje: »Zakaj si začel z drogo?« pogosto glasi: »Iz radovednosti« Täschner (2002). Pogosto pa za to radovednostjo stojijo vrstniki, skupina pritiska na posameznika, da poizkusi drogo, ta pa v želji, da ne bi bil izločen iz nje, podleže pritiskom skupine (prav tam). »Vrstniški dejavniki tveganja so npr.: zgodnja iniciacija v uporabo drog s strani vrstnikov, uporaba drog v vrstniški skupini, primerjave med vrstniki ...«(Sande, 2004, str. 36). Täschner (2002) meni, da veliko mladostnikov začne z uporabo drog, ker si ne zna organizirati prostega časa s smiselnimi aktivnostmi in si ga zato zapolni na nekonstruktiven način (običajno za tem stoji skupina). Krek (2004) na podlagi študije ESPAD iz leta 1999 navaja, da so mladostniki drogo za prvo uporabo dobili od prijateljev ali brata oz. sestre. Večina jo je dobila od osebe, ki jo pozna. Vito Flaker (Krek, 2004) je v svoji študiji ugotovil, da so uporabniki drog najpogosteje prvo ponudbo drog dobili v vrstniški skupini. Pravi, da je skupina tista, ki omogoči stik z drogo, saj le malokrat posameznik, ki se ne druží z uživalci, sam poseže po drogi.

Kot dejavnik tveganja lahko izpostavimo tudi šolo. Nekateri starši se težko spopadajo z vsakdanjimi težavami, enako velja seveda za otroke. Sande (2004, str. 36) navaja naslednje šolske dejavnike tveganja: »šolska neuspešnost, mržnja do šole, obdobje ob prehodu iz osnovne v srednjo šolo, pomanjkanje možnosti za konstruktivno uveljavitev ...«

Izpostavila sem dejavnike tveganja s področja družine, vrstnikov, osebnih lastnosti in šole. Vsak posameznik ima znotraj teh področij svojo družbeno vlogo. Za igranje teh vlog (Merc, 1995) posameznik potrebuje veliko svoje fizične in psihične energije. Nekaterim pri igranju

vlog spodleti in ne zmorejo izpolniti pričakovanj okolja in sebe. Glede tega sta se oblikovali dve mnenji. Newcomb (prav tam) meni, da s posegom po psihotropnih substancah človek beži pred obveznostim, na drugi strani pa Gressow (prav tam) pravi, da je uporaba teh substanc na nek način aktivna udeležba v konfliktu med posameznikom in njegovim okoljem. Tako lahko zaključimo, da tudi okolje vpliva na posameznikovo uporabo drog.

Za boljši pregled bom uporabila Kumpferjevo razdelitev rizičnih skupin mladostnikov za uporabo drog, vendar se moramo zavedati, da pripadnost tem skupinam še ne pomeni nujno, da bodo mladi uporabljali droge (Sande, 2004). Kumpferjeva (1998; v Sande, 2004) navaja naslednje skupine:

- »otroci, katerih starši zlorablajo alkohol in druge droge,
- žrtve fizičnih, spolnih ali psihičnih zlorab,
- otroci, ki namerno izostajajo od pouka,
- noseče mladostnice,
- ekonomsko nepreskrbljeni mladi,
- mladoletni prestopniki,
- mladi s težavami v duševnem zdravju,
- mladi, ki so nagnjeni k suicidalnosti,
- invalidna mladina.«

Posamezniki, ki preživljajo kazen zavora, so deležni še dodatnega dejavnika tveganja za uporabo drog. Četudi posameznik pred prihodom v zapor drog ni uporabljal, obstaja verjetnost, da z uporabo začne v zaporu. Posameznik se lahko zateče k drogam ravno zaradi zaporniških ritualov, stalnega nadzora, skratka zaradi zavora samega kot totalne institucije, ki v posamezniku sproži potrebo po begu iz realnosti, težnjo po samodestruktivnosti pri tistih, ki imajo slabo samopodobo ali pa potrebo po odzivanju in prilagajanju na krizne situacije. Droga je lahko tudi oblika zabave, ki zapolni čas, saj zabave v zaporu resnično primanjkuje. Bolj kot je zapor zaprtega tipa, manj, kot je aktivnosti, večji, kot je nadzor, bolj je zapor rizičen z vidika uporabe drog, še posebej za ženske, ki že po naravi preusmerjajo agresijo navznoter (Peršak, 2006).

2. 1. 1 SPECIFIKA ŽENSK KOT UPORABNIC DROG

Ženske uporabnice se v določenih pogledih razlikujejo od moških uporabnikov drog. Nad ženskami se izvaja večji družbeni nadzor, so hitreje označene in marginalizirane zaradi uporabe drog. O tem govori Muršič (2006), čigar vidik opisujem v poglavju Ženska v očeh kriminologije. Poglejmo si, v čem se ženske predispozicije razlikujejo od moških (The Fromative Years: Pathways to Substance Abuse Among Girls and Young Women Ages 8–22, 2003):

- 34,5 % srednješolk je poročalo o občutkih žalosti, brezupja. Takšne občutke ima 21,6 % srednješolcev. Obstaja povezava med temi občutki, depresijo in uporabo drog, alkohola in kajenjem.
- Dekleta so bila večkrat kot dečki spolno (12 % proti 5 %) in fizično (17 % proti 12 %) zlorabljeni. Zlorabljena dekleta imajo za 30 % povečano verjetnost za začetek uporabe drog (dečki 13 %).
- Najstnice imajo večjo verjetnost, da postanejo odvisne od kokaina kot najstniki.
- Dekleta in mlade ženske imajo večje fizične posledice uporabe drog kot dečki in mladi moški, čeprav uporabljajo enako ali manjšo količino iste substance.

Skupina zlorabljenih in/ali brezupnih, žalostnih deklet ima na podlagi zgornjih podatkov večjo verjetnost za začetek uporabe drog kot enaka skupina dečkov, poleg tega pa so fizično bolj dovzetne za posledice uporabe drog.

Razlike pa se ne kažejo le med spoloma, temveč glede na podatke raziskave tudi med rasami. Z vidika destigmatizacije afroameričanov/temnopoltih so zanimivi podatki iz spodnje tabele, ki prikazujejo, da je med afroameričankami najnižja stopnja uporabe alkohola, marihuane in kokaina. Najvišja stopnja je med hispankami, na sredini se nahajajo belke.

Tabela 1: Rasne/etnične razlike med srednješolskimi uporabnicami alkohola, marihuane in kokaina v procentih (Centers for Disease Control and Prevention. (2002). Youth risk behavior surveillance--United States, 2001. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), 51(SS-4). (Tables 14, 20, 22); v The Fromative Years: Pathways to Substance Abuse Among Girls and Young Women Ages 8–22, 2003)

	Alkohol	Marihuana	Kokain
Belke	48,3	20,6	3,9
Hispanke	48,8	22,4	5,9
Afroameričanke	30,6	16,0	0,4

Zanimivo bi bilo raziskati, ali se te razlike res pojavijo kot posledica rasne pripadnosti ali so posledica kulturnih razlik.

Ženske, ki so izpostavljene določenim vplivom, dogodkom, imajo torej večjo verjetnost za začetek uporabe drog in večje fizične posledice uporabe drog kot moški. Poglejmo si, kakšne so še specifične ženske glede začetka uporabe drog. Raziskave so pokazale, da ima pri začetku uporabe drog ključno vlogo partner (Klee, 1995, str. 49; v Peršak, 2006), kot tudi pri prehodu z »mehke« na »trdo« drogo. Pri moških na uporabo drog vplivajo bolj prijatelji oz. vrstniki. Vpliv partnerja na uporabo drog pri ženskah se na prvi pogled zdi zunanji dejavnik, vendar gre v resnici za notranjega, saj ima ženska potrebo ugajati, željo početi tisto, kar počne on. Bolj ko sta med seboj povezana, večja je verjetnost, da ženska opravičuje deviantne oblike partnerjevega vedenja (Peršak, 2006). Uporaba drog Peršakova na podlagi izsledkov raziskav povezuje tudi s pojavom depresije pri ženskah, ki jih prizadene bolj pogosto (dvakrat več) kot moške. Na uporabo drog vpliva tudi kvaliteta odnosov s partnerjem in starši. Elbert (1995; v Peršak, 2006, str. 28) pravi, da je: »Vstop v razmerje zasvojenosti z drogo pogosto storjen v kontekstu emocionalnih problemov ali zgodnjih težav v odnosih, zlasti z materjo.« Peršakova pravi tudi, da želijo ženske z uporabo drog izražati agresijo nad sabo, kar pomeni, da je v primerjavi z moškimi njihov poseg po drogi veliko bolj preiščen. Ženske odvisnice običajno trpijo za pomanjkanjem samozavesti in slabo samopodobo. V otroštvu oz. mladosti so bile žrtve fizične kot tudi spolne zlorabe. Počutijo se kot poraženke v svojem življenju. Probleme, s katerimi se vsakodnevno srečujejo, pripisujejo lastni nesposobnosti, za način spoprijemanja z njimi pa izberejo včasih tudi drogo (Meiner, 1995; v Peršak, 2006). Študija iz leta 1996 (Richie; v Chesney-Lind in Pasko, 2004) je zaznala, da je bila vsaj polovica žensk v zaporih žrtev spolne zlorabe, preden so prišle v zapor. Otroštvo in z njim povezane izkušnje torej vplivajo na življenje v mladosti in kasneje v odraslosti. Uporaba drog in zasvojenost z njimi pogosto postane problem za ženske vpletene v prostitucijo, tudi za tiste, ki prvotno niso vpletene v prostitucijo z namenom vzdrževanja odvisnosti. Havajska študija (Chesney-Lind in Rodriguez, 1983; v Chesney-Lind in Pasko, 2004) je pokazala, da so se intervjuvanke zaradi potrebe po denarju za nakup droge zatekle k tatvinam, vlomom, ropom, ki so predstavljali večjo verjetnost za aretacijo kot prostitucija. Ženske so se v večini zatekle v prostitucijo ravno

zaradi svoje odvisnosti. Podatki za Evropo Centra za interdisciplinarno raziskovanje odvisnosti Univerze v Hamburgu kažejo, da so ženske odvisnice pred prihodom v zapor svoje življenje financirale s pomočjo naslednjih virov (Female drug users in European prisons – best practice for relapse prevention and reintegration, 2004):

- Barcelona: plača, prostitucija;
- Glasgow: največ socialna podpora in invalidnina, sledi preprodaja drog;
- Hamburg: predvsem preprodaja drog, sledi prostitucija, tatvine, vlomi in ropi;
- Dunaj: plača ali dodatki za brezposelnost ali socialna podpora;
- Varšava: kraje v trgovinah, tatvine in preprodaja drog.

Razberemo lahko, da so odvisnice pred prihodom v zapor denar pridobivale iz različnih virov, kamor so vključeni zaslužki, državni viri in kazniva dejanja izvršena za pridobitev denarja. Zapornice iz Dunaja na primer kaznivih dejanj sploh ne omenjajo. Zakonodajo so verjetno kršile zaradi uporabe in posesti droge za lastno uporabo, saj je to v Avstriji kaznivo dejanje in po poročanju EMCDDA predstavlja 87 % kršitev zakonodaje s področja drog (Letno poročilo 2005, 2005). Zanimivo je, da zapornice iz Hamburga in Varšave, v nasprotju z zapornicami iz Dunaja, ne navajajo socialne podpore, plače, invalidnine kot virov prihodkov. Podatki o tem, ali so bila kazniva dejanja izvrševana za pridobitev denarja za droge, niso bili podani. Temo o kriminaliteti povezani z uporabo drog bom podrobneje opisala v naslednjem poglavju.

2. 2 KRIMINALITETA POVEZANA Z UPORABO DROG

Raziskave opravljene tekom 50-ih let so pokazale visoko kriminaliteto med uporabniki prepovedanih drog in visoko stopnjo uporabe drog med obsojenci (npr. Tonry in Wilson, 1990; v Hser, Longshore in Anglin, 1994). Peršakova (2006) pravi, da naj bi se uporaba drog začela z marihuano, ki naj bi jo kasneje v nekaterih primerih zamenjal heroin ali kokain. S tem naj bi se pojavil tudi problem nezakonitega pridobivanja denarja za drogo, npr. prostitucije ali tatvin, ki so lahko razlog za posameznikovo aretacijo. Za začetek naj še pojasnim pojem kriminalitete, kot ga definira Merc (1995). Kriminaliteta pomeni »skup tistih vedenj in ravnanj ljudi, ki ogrožajo temeljne človeške vrednote in so v kazenski zakonodaji kakšne države določena kot kazniva dejanja« (prav tam, str. 58).

Kriminaliteta povezana z uporabo drog (Klavora, Klavora in Tomšič, 1995) se deli na dva dela, in sicer na primarno in sekundarno kriminaliteto, pri čemer primarna kriminaliteta zajema kazniva dejanja, ki so neposredno povezana z ilegalno proizvodnjo in prometom z drogami, sekundarna kriminaliteta pa zajema kazniva dejanja, ki so posledica zasvojenosti, npr. premoženjski delikti za pridobitev droge, nasilna dejanja, izsiljevanja, tudi umori, ki se pojavljajo med odvisniki. Največkrat lahko v zvezi s primarno kriminaliteto naletimo na 196. člen Kazenskega zakonika RS, v katerem je dikcija, ki se nanaša na preprodajo in proizvodnjo prepovedanih drog, naslednja (Ur. list RS, št. 95/2004 z dne 27. 8. 2004):

»(1) Kdor neupravičeno proizvaja, predeluje, prodaja ali ponuja naprodaj, ali zaradi prodaje kupuje, hrani ali prenaša, ali posreduje pri prodaji ali nakupu, ali kako drugače neupravičeno daje v promet substance ali preparate, ki so razglašeni za mamila, se kaznuje z zaporom od enega do desetih let.

(2) Če je dejanje iz prejšnjega odstavka storjeno v hudodelski združbi za izvrševanje takih dejanj, ali če je storilec tega dejanja organiziral mrežo prekupčevalcev ali posrednikov, se kaznuje z zaporom najmanj petih let.

(3) Kdor brez pooblastila izdeluje, nabavlja, ima ali daje v uporabo opremo, material ali predhodne sestavine, za katere ve, da so namenjene za proizvodnjo mamil, se kaznuje z zaporom od šestih mesecev do petih let.

(4) Mamila in sredstva za njihovo izdelovanje ter prevozna sredstva s posebej prirejenimi prostori za transport in hrambo mamil, se vzamejo.«

Srečamo pa se lahko tudi s 197. členom Kazenskega zakonika, ki pravi, da je kaznivo dejanje, če kdo »napelje drugega k uživanju mamil ali mu da mamilo, da ga uživa on ali kdo drug, ali kdor da na razpolago prostore za uživanje mamil ali kako drugače omogoči drugemu, da

uživa mamilo« (prav tam). Poleg tega se smatra za prekršek posest prepovedanih drog v skladu s 33. členom Zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (Ur. list RS, št. 108/1999, z dne 27. 12. 1999).

Po podatkih EMCDDA za leto 2010 (Letno poročilo 2010, str. 35) ni bilo v primerjavi s prejšnjimi leti v Evropi »nobene večje spremembe razmerja med kršitvami zakona, povezanimi z uporabo drog, in kršitvami, povezanimi z njihovo ponudbo.« Estonija, Španija, Francija, Avstrija, Slovenija in Švedska pa poročajo o največjih deležih (81–92 %) kršenja zakona o drogah, povezanega z uporabo ali posedovanjem drog.

Sodišče sme na podlagi 66. člena Kazenskega zakonika (Ur. list RS št. 95/2004 z dne 27. 8. 2004) izreči obvezno zdravljenje alkoholikov in odvisnikov od prepovedanih drog, če je oseba storila kaznivo dejanje zaradi odvisnosti in posledično obstaja nevarnost, da bo zaradi tega ponavljala kazniva dejanja. Zdravljenje se izvaja v zavodu za izvrševanje kazni ali pa v zdravstvenem domu. Peršakova (2006) meni, da se naš sistem kljub zakonski opredelitvi, da sme sodišče izreči ukrep obveznega zdravljenja alkoholikov in odvisnikov od prepovedanih drog, premalo poslužuje odpravljanju vzrokov; to pomeni odvisnosti, ki za sabo povleče npr. razne premoženjske delikte, ki so sredstvo za pridobitev denarja za drogo. Kazenskopravna sankcija naj bi po njenem (prav tam, str. 27) imela »primarno rehabilitivni ali tretmanski namen, ne pa penalnega oz. represivnega – kolikor je to sploh mogoče, glede na inherentno penalnost kazenskopravnih sankcij.«

Naj se vrnem nazaj k sekundarni kriminaliteti. Uporaba droge pri odvisnikih zna biti draga, zato se nekateri odvisniki znajdejo navzkriž z zakonom, saj si denar za naslednji odmerek priskrbijo na nelegalen način. Nekaj odvisnikov (Cooke, Baldwin in Howison, 1990) si priskrbi denar s preprodajo droge, drugi pa z vlomi, tatvinami, raznimi prevarami, prostitucijo in s ponarejanjem zdravniških receptov, seveda pa obstajajo tudi odvisniki, ki s poštenim delom vzdržujejo svojo odvisnost. Potekale so tudi razprave o tem, ali bi bilo manj kriminala, če bi bile droge dostopne preko državnega zdravstvenega sistema (prav tam). Omenjen način pa ima seveda tudi šibke točke; vse več drog bi bilo namreč predpisanih, saj bi odvisniki postali vedno bolj odvisni. Predpisane droge bi se pojavile na črnem trgu, kar bi pomenilo še večjo težavo in nazadnje, če bi bila droga brezplačna, odvisniki ne bi imeli več motivacije, da bi prenehali z njeno uporabo (prav tam). V nasprotju s tem Drug Policy Alliance navaja, da je leta 1992 Švica sprejela poskusni projekt predpisovanja medicinskega heroina kroničnim

odvisnikom, ki ga je spremljala obsežna študija. 5 let kasneje so ugotovili, da je program izboljšal zdravstveno in/ali psihično zdravje odvisnikov kot tudi kvaliteto življenja (zaposlitev, bivanjske razmere ipd), uporabniki so manj posegali po ilegalni rabi heroina in kokaina ter zagrešili manj kriminalnih dejanj, predvsem tatvin, posesti in tihotapljenja drog. Od leta 1999 program uradno tudi izvajajo.

Tabela 2: Ocena števila odvisnih od heroina v Švici za leto 1994, 1998 in 2002 (Maag, 2003; v Reuter, 2009)

	Minimum	Maksimum
1994	24.000	34.500
1998	21.500	29.000
2002	18.500	25.500

Iz tabele je razvidno, da se je ocenjeno število odvisnih od heroina v Švici od leta 1994 do 2002 opazno zmanjšalo. Število aretacij zaradi droge se je vidno povečalo v 90-ih letih (Reuter, 2009). Veliko odstopanje zaznamo (prav tam) na področju aretacij povezanih s heroinom (iz 18.000 leta 1997 na 6.500 v letu 2006), povečalo pa se je število aretacij povezanih s kanabisom. Približno 80 % aretacij je izvedenih zaradi posesti droge in ne preprodaje (prav tam). Za primerjavo: v HAT (*heroin assisted therapy*) sodeluje okoli 1200 uporabnikov, v metadonskem programu pa je uporabnikov občutno več, okoli 17.000 (prav tam). Švica je sicer zmanjšala kriminaliteto na področju drog (heroina), vendar ne moremo trditi, da je za to odgovoren program HAT, saj ima majhno število uporabnikov. Kriminaliteto so verjetno uspeli zmanjšati tudi na druge načine, vendar nisem našla informacij o intervencijah, s katerimi jim je to uspelo.

Kot dokazuje nizozemska raziskava objavljena v reviji *Mainline* (Posebna izdaja v okviru konference o AIDS-u, Amsterdam, julij 1992; v Grebenc, 2003) je res veliko sekundarne kriminalitete, ki vzdržuje uporabnikovo odvisnost. V tabeli 3 si pogledjmo procentualno strukturo prihodkov in odhodkov uživalcev drog na Nizozemskem.

Tabela 3: Struktura prihodkov in odhodkov 148 uživalcev drog na Nizozemskem (Posebna izdaja v okviru konference o AIDS-u, Amsterdam, julij 1992; v Grebenc, 2003)

PRIHODKI		ODHODKI	
Denarne pomoči	24 %	Heroin	33 %
Premoženjski kriminal	20 %	Kokain	30 %
Trgovanje z drogo	17 %	Hrana in pijača	15 %
Plačilo v naravi	16 %	Drugo	10 %
Prostitucija	13 %	Najemnina, elektrika, telefon	6 %
Plača	3 %	Druge droge	6 %
Drugo (npr. prosjačenje)	7 %		

Odvisnikom, ki so sodelovali v raziskavi, največji del prihodka predstavljajo denarne pomoči in premoženjski kriminal, največji odhodek pa heroin in kokain. Plača na primer predstavlja le 3 % prihodkov, kar pomeni, da kar 97 % denarja dobijo od države oz. na nelegalne načine.

Podatki ameriškega programa ADAM II (Arrestee Drug Abuse Monitoring Program) za leto 2009 (ADAM II, 2009 Annual report, 2010) razkrivajo visoko vpletenost aretirancev v uporabo drog. Večina aretirancev je bila pozitivna za vsaj eno (testirajo jih za 10) prepovedano substancio v času aretacije. Najmanj jih je bilo pozitivnih v Charlotte (56 %) in največ v Chicagu (82 %). V vseh mestih so bili najpogosteje pozitivni na marihuano (med 36 % in 49 %), razen v Atlanti, kjer je enako razširjen še kokain. Čeprav ne razumemo razmerja med uporabo drog in kaznivimi dejanji v vsej svoji obsežnosti, vseeno vemo, da je med njima povezanost, iz česar sledi potreba po intervenciji (Layton MacKenzie, 1994). Učinkovita intervencija za zmanjševanje uporabe drog zahteva ustrezno obravnavo obsojenca. Obsojenci se med seboj razlikujejo, imajo drugačne potrebe, zato je potrebno posamezniku prilagoditi intenziteto obravnave (prav tam).

Zanimiv primer države, kjer je po padcu komunizma narasla uporaba drog in s tem tudi kriminaliteta, je Češka (Zeman, 2004). Zeman (prav tam) kot pozitivni vidik tega vidi, da droge in njihova uporaba niso več tabu. Droge pa niso postale dostopne samo v večjih, temveč tudi v manjših mestih in v vaseh. Kriminaliteta povezana z drogo je postala na Češkem velik problem. Češka se spopada tudi z multinacionalnimi in tujimi kriminalnimi skupinami, ki imajo nadzor nad češkim trgom droge. Okoli leta 2000 je češka policija zaznala večjo aktivnost azijskih kriminalnih združb kot tudi večjo vpletenost Romov, žensk in otrok, ki distribuirajo drogo na cestah. V zvezi s kriminaliteto povezano z drogo se pojavlja tudi problem pranja denarja, v obliki nakupov avtov, zlata ali tujih valut in njihovega prenosa v

tujino. Dejanja, ki jih zagrešijo trgovci z drogo, so postala nasilnejša in polna zarot. V želji po zmanjšanju teh problemov je Češka sprejela Nacionalno strategijo s področja drog za leta 2001–2004, ki temelji na primarni prevenciji, zmanjševanju škode, zdravljenju in zatiranju problematike. V novem akcijskem načrtu Evropske unije za boj proti drogam (2009–2012) sta se med predsedovanjem EU Češka in Švedska zavzemali za sprejetje naslednjih sklepov (Letno poročilo 2010 EMCDDA, 2010, str. 20):

1. razvoj ključnih kazalnikov na področju trga z drogo, z drogami povezanimi kaznivimi dejanji in zmanjševanja ponudbe,
2. izmenjava dobre prakse, smernic in standardov kakovosti za vsesplošno preprečevanje,
3. krepitev raziskovalnih zmogljivosti EU na področju prepovedanih drog.

Po podatkih EMCDDA (prav tam) je storjenih največ kršitev zakona o drogah v povezavi s konopljo. Leta 2008 so te kršitve v EU predstavljale 50–75 % vseh prijavljenih kršitev v zvezi z zakonom o drogah. Na Češkem ta podatek ne velja, saj je večji del (57 %) kršitev povezanih z metamfetaminom, delež kršitev povezanih s konopljo pa se je na Češkem v obdobju od leta 2003 do 2008 zmanjšal (ni podatka za koliko). V večini držav EU se delež obsojencev obsojenih zaradi kršitve zakonov o drogah giblje med 10 in 30 %. Neznano pa je delež sekundarne kriminalitete povezane z drogami, torej premoženjskih deliktov povzročenih z namenom pridobitve denarja za nakup droge in drugih kaznivih dejanj povezanih z drogami.

Hser idr. (1994) so v svojem prispevku izpostavili nekaj študij, nato pa nam ponudili tudi predloge oz. načine dela, ki bi omilili kriminaliteto. Naj najprej izpostavim študije:

- Študije odvisnih obsojencev, še posebej tistih, ki uporabljajo heroin in kokain, so pokazale zelo visoko stopnjo kriminalitete med to populacijo (Ball, Rosen, Flueck in Nurco, 1981; v prav tam). Ko uporaba drog naraste, se povečata tudi pogostost in intenziteta kriminalnega vedenja (Chaiken in Chaiken, 1982; v prav tam).
- Obsojenci, ki so redni uporabniki droge (npr. heroina in kokaina), so praviloma bolj nagnjeni k recidivu po izpustu iz zapora.
- Raziskovalci so ugotovili, da učinkovit nadzor nad rezultati urinskih testov pomaga pri preprečitvi recidiva pri heroinu in kokainu, kar zmanjšuje stopnjo kriminalitete (Cerver, 1986, Toborg et al. 1986; v prav tam). (Na podlagi ideje, da testiranje za droge in obravnava odvisnosti lahko pomagata pri zmanjševanju kriminalitete, so v ZDA že leta 1972 ustanovili *Treatment Alternatives to Street Crimes* (TASC) program (Henry in Clark, 1999). Program je usmerjen v

obravnavo uporabnikov drog, ki so kršili zakon, in v premostitev ovir med kazenskim sistemom in med osebami, ki sodelujejo v obravnavi odvisnosti. Tistim, ki uspešno prestanejo obravnavo, se umakne obtožnico.)

- Veliko študij je pokazalo, da so uživalci drog, še posebej heroina in kokaina, slej ko prej vpleteni v kazniva dejanja.

Hser idr. (1994) vidijo rešitve v:

- Vse ljudi, ki so bili aretirani, bi morali testirati za droge, predvsem za heroin in kokain. Veliko rednih uporabnikov ima težave s policijo približno enkrat letno (Wexler, Lipton & Johnson, 1988; v prav tam), pretežno preko aretacij, in ta kontakt bi morali izkoristiti kot priložnost za zaznavo in ocenitev uporabe drog in predstaviti možnosti obravnave (Toborg, Bellasai, Yezer, Carver, Clark in Peers, 1986; v prav tam).
- Aretirance, ki so pozitivni na urinskem testu in ki kažejo druge znake uporabe drog, bi morali napotiti na nadaljnjo ocenitev. Zahtevati bi morali, da se udeležijo usmerjevalnih in uvodnih postopkov v času pripora (kar bi bil prvi korak na poti k obravnavi), med prestajanjem kazni ali ob vrnitvi v družbo (Collins et al., 1985; v prav tam).
- Redni uporabniki drog, ki so obsojeni na kazen zapora, bi morali biti vključeni v program obravnave, bodisi na prostovoljni ali na prisilni ravni.
- Vsi uporabniki drog, ki so na pogojnem izpustu, bi se morali udeleževati rednih urinskih testov, ne glede na to, ali so vključeni v program obravnave.

Hser je skupaj s sodelavci izpostavil problem povezanosti uporabe drog s kriminaliteto. Med rešitvami za zmanjševanje uporabe drog in posledično kriminaliteto poudarjajo pomen obravnave odvisnosti in spremljanja uporabe drog z urinskimi testi. Menijo, da bi ti ukrepi pripomogli k zmanjševanju kriminalitete. Kljub temu da ukrepi delujejo kurativno, so še vedno pomembni za tiste posameznike, ki jih preventivni programi niso dosegli ali pri njih niso bili uspešni.

Britanska raziskovalca Hegel in Newburn (Kenny in McCabe, 1999; v Grebenc, 2003) sta v svoji raziskavi iz leta 1994 ugotovila, da se mladoletni kršitelji glede prvega poskusa uživanja alkohola in drog ne razlikujejo od širše populacije, je bilo pa uživanje drog pri njih bolj redno in intenzivno kot pri širši populaciji. Sauthova študija (prav tam, str. 413) iz leta 1996 pa ugotavlja, da »zasvojenost z drogami lahko vodi k večanju števila kriminalnih dejanj in da

zmanjšanju uporabe drog pogosto sledi zmanjšanje števila kriminalnih dejanj.« Newburn (prav tam) pri tem opozarja, da je v družbi veliko uporabnikov drog, ki se ne ukvarjajo s kriminalom in da poznamo tudi veliko ljudi, ki so povezani s kriminalom, a niso uporabniki drog. Pearson (Muncie, 1999; v prav tam) ugotavlja, da je problem kriminala pogosto povezan z visoko stopnjo brezposelnosti in da prej odraža posledice revščine kot namernega kriminala. Ravno zato je potrebno pri raziskovanju tovrstne problematike upoštevati tudi družbeni faktor in ostale posebnosti, ki vplivajo na stopnjo kriminalitete (Kenny in McCabe, 1999; v prav tam).

Angleška študija, ki jo opisuje Krek (2004), je proučila uporabo drog med mladimi prestopniki. Na podlagi 300-ih intervjujev so ugotovili, da je večina mladostnikov bila izključena ali pa so sami končali šolanje pred 16 letom, kar pomeni, da so bili brez izobrazbe in zaposlitve. Njihovo samovrednotenje je bilo zelo slabo, poleg tega pa je večina pričakovala, da bo ponovno prišla v navzkriž z zakonom. Dobra polovica jih prihaja iz družin z ločenimi starši, četrtnina pa jih je bila žrtev kaznivih dejanj. Največ pomoči so jim nudili družinski zdravniki, desetina pa se jih zaveda, da potrebuje posebno obravnavo, zaposlitev in dodatno izobraževanje. Pomoč, ki so jim jo nudile razne organizacije, niso vsi opredelili kot koristno. Raziskovalci so tudi ugotovili, da je pomanjkanje šolanja in pozitivnih oblik reševanja problemov pomembno povezano z uporabo drog.

White (1990, v Meško in Umek, 2001) ponuja malce drugačen pristop, in sicer modele za povezanost uživanja drog s kriminaliteto:

- *uživanje drog neposredno vpliva na prestopništvo,*
Odklonskost je posledica psihofarmakoloških učinkov droge (posameznik nima v oblasti svojega ravnanja), ekonomskih potreb (pomanjkanje denarja za drogo) ali udeležbe v trgovini z drogo (sistemsko nasilje, nasilje med prekupčevalci z drogo) (Goldstein, 1989, v Meško in Umek, 2001).
- *prestopniško vedenje privede do uporabe drog,*
Nurco s sodelavci (1988, v Meško in Umek, 2001, str. 173) ugotavlja, da »se število prestopkov veča s povečano uporabo drog in obratno.«
- *vzajemnost; prestopništvo in uporaba drog se medsebojno pogojujeta,*
- *povezanost kriminalitete in uživanja drog z drugimi dejavniki, ki so običajno skriti.*

Marsikateri prestopnik pa uporablja psihoaktivne substance instrumentalno, bolj preračunljivo. Kanduč (2006, str. 92) navaja naslednje motive za uporabo drog pri tej vrsti uporabnika:

- »da lažje /hitreje preide k nasilnemu in napadalnemu vedenju,
- da se umiri (»nakulira«) pred realizacijo vnaprej načrtovane/zamišljene kriminalne operacije,
- da odžene strah oz. da mu zraste pogum, samozavest ali občutek moči,
- da poveča užitek, ki ga prinaša transgresivno ravnanje,
- da omili ali razprši (»kemično nevtralizira«) moralne skrupule, pomisleke in zadržke (»ugovore vesti«),
- da drugim ali po potrebi še sebi opraviči dejanje, ki je sicer pravno prepovedano in družbeno grajano (nekaj zgledov: »jaz nisem odgovoren, kriva je droga«, »tako sem bil zadet, da se prav ničesar ne spomnim«, »to enostavno nisem bil jaz«, »takega dejanja v stanju normalne razsodnosti nikoli ne bi storil«).

Rezultati vseh zgoraj navedenih študij so pokazali, da sta uporaba drog in kriminaliteta povezani. Kot navaja Newburn (Kenny in McCabe, 1999; v Grebenc, 2003), se moramo zavedati, da ta povezanost ne velja za celotno populacijo, saj obstajajo uporabniki drog, ki se ne ukvarjajo s kriminalom in obratno, posamezniki, ki so vpleteni v kriminalna dejanja, a niso uporabniki drog. Delež obsojenih zaradi kršitve zakonov o drogah v EU se giblje med 10 % in 30 % (primarna kriminaliteta), delež sekundarne kriminalitete pa je neznan, kar pomeni, da je droga lahko velik problem na področju kriminalitete ali pa prav nasprotno. Kakorkoli, problem obstaja in z njim se moramo soočiti, ne glede na to, kako obsežen je. Švica rešuje problem kriminalitete tako, da predpisuje heroin kroničnim odvisnikom na prostosti. Tudi Češka se je med drugim soočala s težavami na področju kriminalitete povezane z drogami, zato je sprejela nove ukrepe/strategije (preventiva, zmanjševanje škode, obravnava odvisnosti, raziskovanje problematike, sodelovanje z drugimi državami). Ameriški raziskovalci poudarjajo pomen obravnave odvisnosti in urinskih testov, pri čemer aretacija ob prisotnosti drog predstavlja alarm za intervencijo. Angleški raziskovalci se zavedajo povezanosti uporabe drog in kriminalitete, vendar upoštevajo tudi družbeni faktor – revščino, brezposelnost, neizobraženost ipd. Vzroki za uporabo drog so različni, enako velja za vzroke, zaradi katerih posamezniki izvršujejo kazniva dejanja. Ravno zato je zanimiv Kandučev (2006) vidik uporabe drog: droga kot sredstvo za lažje izvrševanje kaznivih dejanj, upravičenje dogodka, skratka gre za preračunljivo uporabo drog.

2. 2. 1 SLOVENIJA

Z zakonodajo smo se seznanili že zgoraj, zdaj pa si pogledjmo še podatke za Slovenijo. Flaker je s sodelavci izvedel raziskavo *Podobe uživanja heroina* (Fleker s sodelavci, 1999; v Grebenc, 2003), v kateri so ugotovili, da se je vsaj polovica anketiranih uživalcev prepovedanih drog zatekla k preprodaji drog, najpogosteje, da so lahko zaslužili za lastno porabo. Večinoma s preprodajo začnejo tudi vsi tisti, ki jim začne primanjkovati droge. Med drugim so ugotovili, da večina preprodajalcev droge, ki neposredno prodaja drogo uporabnikom, uporablja heroin. S preprodajo se na nek način lahko izognejo krajam, vendar uživalci poročajo, da jih le malo zdrži v vlogi preprodajalca, saj ni vedno donosna vloga. Dekleva (1999) tako ugotavlja, da gre tistim, ki preprodajajo heroin, predvsem za denar, preprodajalci marihuane pa to počnejo, da med svojimi vrstniki »izpadejo modeli«.

Leta 2003 (Peršak, 2006) sta Aids fundacija Robert in Urad vlade RS za droge zaključila raziskavo z naslovom *Tvegana vedenja v slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora*, ki je zavzemala tako ženski kot moški del zaporniške populacije. Kar dobra četrtina (27,6 % oz. 126 oseb) od skupaj 456 zapornikov, ki so sodelovali pri raziskavi (53 % vseh v tistem času zaprtih oseb) prestaja zaporno kazen zaradi kaznivega dejanja ali prekrška povezanega z drogami. 78 oseb (17,1 % vseh anketiranih) je bilo v zaporu zaradi heroina, ostale droge pa so bile manj pogost razlog za kazen zapora ali pa se je najverjetneje ta droga pojavljala v kombinaciji s heroinom kot glavno drogo. 14,5 % vseh anketiranih je menilo, da injiciranja drog v zaporu ni. Problem injiciranja drog v zaporu je zaznalo 45,1 % anketiranih, 23 % pa jih je menilo, da v zaporu droge injicira le malo oseb. 21,9 % anketiranih meni, da si droge injicira večina oseb. 18,9% oseb je priznalo, da si je vsaj enkrat v življenju injicirala drogo, kar 23 % anektiranih pa je priznalo, da si je v katerem od slovenskih zaporov že injiciralo drogo. Podatke lahko delno primerjamo s predstavitvijo pilotskega projekta zamenjave sterilnega pribora za injiciranje drog v slovenskih zaporih društva Stigma, ki sledijo v poglavju o »nepriznavanju« problematike drog v slovenskih zaporih.

Da število zasvojenih obsojencev raste od leta 1990 naprej, ugotavlja Zupančič (2000, v Meško & Umek, 2001), ki navaja tudi primer celjskega zapora, v katerem naj bi bilo dve tretjini obsojencev odvisnih tako od prepovedanih kot tudi dovoljenih drog. Meško in Umek (2001) opozarjata, da vsi podatki glede številčnosti uporabnikov drog niso reprezentativni. Kljub temu podatki kažejo, da uporaba drog med celotno populacijo ni tako prisotna, je pa

bolj zaskrbljujoča pri zaporski populaciji, kjer je mogoče ugotoviti, da »droga predstavlja dejavnik tveganja za prestopništvo in je prediktor posameznikove udeležbe v prepovedanih dejavnostih« (Meško & Umek, 2001, str. 171).

2. 2. 2 ŽENSKA V OČEH KRIMINOLOGIJE

Feminizem (Peršak, 2006) v 60-ih in 70-ih letih je za seboj prinesel tudi pogled na žensko kriminaliteto. V 70-ih letih je tako obsojenka postala predmet proučevanja. Na podlagi podatkov iz preteklih stoletij so naredili raziskavo, ki je pokazala, da je oblast zapirala: »(a) bolj kot ne enak tip žensk, (b) v pretežni meri prestopnice iz vedno istega družbenega sloja/razreda, (c) za enaka ali zelo podobna kazniva dejanja in /.../ (č) zapornice so bile skozi stoletja deležne bolj ali manj enakega obravnavanja: kazni za ženske niso prav dolge, institucionalna represija zoper njih pa večja« (prav tam, str. 17). Ugotovili so, da so te ženske obsojenke prihajale iz revnih družin in se običajno niso držale takratnega »mainstreama«, predvsem kar se tiče njihovega »spolnega obnašanja«. Pretežno so bile zaprte zaradi lažjih kaznivih dejanj, kot so premoženjski delikti, pogosto v povezavi z drogo. V zaporih so opravljale tipično ženska opravila, kot sta šivanje in gospodinjenje. Zapor je tako imel funkcijo omejevanja žensk, držal jih je pod kontrolo. Pogosto so zdrave ženske obravnavali enako kot ženske s težavami v duševnem zdravju, tudi prostorsko jih niso ločevali. Zapori so nekoč in še danes poustvarjajo spolne vloge (prav tam). Muršič (2006) je podobnega mnenja, saj pravi, da je ženski zapor urejen po merilih patriarhalne kulture in da poleg drugih funkcij opravlja tudi funkcijo družbenega nadzora nad ženskami. Puhar (1995) tako na primer ugotavlja, da v zaporih za ženske njihove potrebe in specifične niso dovolj upoštevane, poleg tega pa naj bi se nad ženskimi obsojenkami izvrševalo več institucionalnega nasilja kakor nad moškimi. Zgovorni so tudi podatki, da imajo zlorabljenе in zanemarjene deklice dvakrat večjo možnost, da so aretirane kot mladoletnice, dvakrat večjo verjetnost, da so aretirane kot odrasle in 2,4-krat večjo verjetnost, da so aretirane zaradi nasilnih dejanj (Widom, 2000; v Chesney-Lind & Pasco, 2004). Medtem ko se spopadajo s stresnimi situacijami, so bolj podvržene zlorabi alkohola, droge ter kaznivemu in nasilnemu vedenju (prav tam). Muršič (2006, str. 61) še doda, da se zdi, »da so ženske, ki so odvisne od drog, bolj ranljive in bolj resno izpostavljene zdravstvenim in psihosocialnim tveganjem kot moški«. Poleg tega naj bi bila zahteva po normalnosti formalno kot tudi neformalno bolj sankcionirana pri ženskah kot pri moških (Zaviršek 1994; v Muršič, 2006). Po izpustu iz zapora pa se mora ženska spopadati z

dvojno stigmo, saj je bivša obsojenka in še odvisnica, kar za žensko v današnji družbi ni sprejemljivo (Muršič, 2006).

Ženske zapornice naj bi bile sorazmerno bolj verjetno kot moški uporabnice opiatov in kreka, drog, ki so najmočnejše povezane s kršitvami (Ramsey, 2003; Home Office, 2003b; v Carlen in Worrall, 2004). Ravno zato je angleški *Prison Service Women's Policy Group* razglasil zlorabo drog kot glavni problem žensk v zaporu, kar je za sabo prineslo tudi povečanje sredstev za namen zdravljenja od drog v ženskih zaporih (Carlen in Worrall, 2004). Toda zdaj obstaja nevarnost, da bi sodišča napotila več žensk v zapore, ker je to mesto v kazenskem sistemu, kjer je tovrstno zdravljenje mogoče. Vseeno pa omejena dostopnost do zdravljenja od uporabe drog pomeni, da je še vedno veliko žensk prepuščeno nasilnemu okolju, polno ustrahovanj, kjer se problem uporabe drog slabša, namesto izboljšuje (prav tam). Mnenja, da je odvisnih žensk v zaporu vse več pa sta Chesney-Lind in Pasco (2004), ki pravita, da se je v ZDA t. i. vojna proti drogam preusmerila v vojno proti ženskam, saj se je močno povečalo število žensk v zaporu. Vsaka tretja ženska v ameriških zaporih je bila v letu 2001 zaprta zaradi kaznivih dejanj povezanih z drogo (v letu 1979 je bilo to razmerje 1 proti 10) (Bureau of Justice Statistics, 2002a, str. 13; Snell & Morton, 1994, str. 3; v Chesney-Lind in Pasco, 2004). Med moškimi pa je kazen zaradi tovrstnih dejanj prestajal vsak peti moški (prav tam). Vojna proti drogi v ZDA naj bi bila vojna proti preprodajalcem droge in proti vodjem mamilarskih kartelov, vendar je kar 35,9 % žensk prestajalo kazen zapora zgolj zaradi posesti droge (Bureau of Justice Statistics, 1988, str. 3; v Chesney-Lind in Pasco, 2004). Veliko več žensk kot nekoč je obsojenih na zapor in ne na pogojno kazen, kot so jo prakticirali v preteklosti. Zdi se, kot je da ameriški kazenski sistem pripravljen zapirati vse več žensk (Chesney-Lind in Pasco, 2004).

2. 2. 3 ZAPORNICE/KI TER NJIHOVE DRUŽINE

Poleg zapornikov/ic kazen zaradi odvzema prostosti družinskega člana preživljajo tudi njihove družine. Kazen enega posameznika ima vpliv tudi na socialno okolje, iz katerega je bil iztrgan. To poglavje zato namenjam družinam zapornikov in težavam, s katerimi se soočajo zaradi odvzema prostosti družinskega člana.

Poleg moških obsojencev kazen na prostosti preživljajo tudi njihove žene (Fishman, 1990). Žene zapornikov dostikrat trpijo zaradi grehov svojih mož. Počutijo se nemočne, polne

frustracij, medtem ko stojijo ob strani možu med vsemi kazenskimi postopki, od aretacije do odpusta iz zapor. Pogosto se srečujejo s krizo identitete, občutki sramu, se počutijo v zadregi ali pa so stigmatizirane s strani družine in prijateljev kot tudi predstavnikov kazenskega sistema (prav tam). Če kazenski primer njihovega moža pride v medije, je stigmatizacija in posledičen sram intenzivnejši, nekatere občutijo tudi krivdo za moževa dejanja, čeprav so popolnoma nedolžne. Občutek sramu je zelo prisoten pri ženah, katerih možje so obtoženi spolnih deliktov. Poleg vseh teh občutkov se morajo spoprijeti z življenjem brez enega vira prihodkov in kljub vsem skrbem skušati dobro skrbeti za družino (pogovori z otroci, pripraviti jih na morebitno stigmatizacijo s strani okolja, vrstnikov, pojasniti, kje je oče ipd.) in poskušati čim bolj normalizirati in hkrati reorganizirati življenje ter ohranjati zakon (prav tam).

Kot vidimo zgoraj, skuša ženska, katere mož je v zaporu, po vseh svojih močeh skrbeti za družino in se hkrati spopadati z negativnimi opazkami okolice. Kaj pa se zgodi, kadar je v zaporu ženska, žena? Peršakova (2006) pravi, da naj bi ženskam zapor celo škodoval, in sicer bolj kot moškim. Za vse kar se je trudila zgoraj opisana žena zapornika, torej za obstoj družine, v tem primeru propade. Ženska kot ustvarjalka družine je poslana za zapahe. Družinska tragedija nastane, ko žena pusti vse vloge in obveznosti za seboj. Takšne družine pogosto razpadejo in ker ob odpustu nimajo ustreznega, stabilnega okolja, v katerega bi se vrnile, tiste, ki imajo izkušnje z odvisnostjo, ponovno začnejo posegati po drogi (prav tam). Peršakova tudi izpostavi problem zlorab, ki so jih bile ženske deležne v otroštvu in druge vzgibe, zaradi katerih so posegle po drogi (samodestruktivnost, reševanje problemov na tovrsten način ipd). Vsi ti razlogi so le še ena potrditev, da ženske, še posebej odvisne, ne spadajo v zapor, saj je zapor, kot pravi Peršakova, primarno penalna institucija z delnim poudarkom na strokovni obravnavi oz. terapiji.

V Letnem poročilu URSIKS-a za leto 2010 (2011) je izpostavljen tudi problem žensk v zaporih. Ženske so namreč poročale o hudih stiskah, tesnobnih občutjih, občutkih krivde, samoobtoževanj kot posledica oddaljenosti od doma in zaradi samega prestajanja kazni. V primerih, ko je bil za zapahi tudi njihov partner, oče otrok, je prihajalo še do hujših stisk. Posebne težave pri obravnavi so imeli, ko je šlo za primere, kjer zaradi velike oddaljenosti od doma ali celo bivališča v drugi državi, stik z družino in otroki ni bil mogoč.

Statistični podatki za Anglijo in Wales (Carlen in Worrall, 2004, po Home Office, 2002) kažejo, da 90 % očetov, ki so v zaporu, pričakuje, da bodo za otroke poskrbele njihove matere, in le 25 % mater v obratni situaciji pričakuje, da bo za otroke poskrbel njihov oče. Poleg očetov namreč računajo na pomoč babic, ženskih sorodnic in prijateljic ali pa na lokalne ustanove.

Poleg tega je zaskrbljujoč podatek, da je v Sloveniji kar 41,3 % več moških povratnikov kot ženskih povratnic (Letno poročilo URSIKS za leto 2010).

Tabela 4: *Struktura obsojencev po predkaznovanosti in spolu v letu 2010 (Letno poročilo URSIKS za leto 2010, 2011)*

Spol	Nastop kazni	Skupaj	%
Moški	prvič kaznovani	426	43,6
	povratniki	552	56,4
	skupaj	978	100
Ženske	prvič kaznovane	45	84,9
	povratnice	8	15,1
	skupaj	53	100

Iz teh podatkov bi lahko izpeljali, da ženske zapor bolj izučijo, mogoče ravno zato, ker ima večji vpliv na družino oz. kot se je izrazila Peršakova, ker jim zapor škoduje.

Fishmanova (1990) se je poglobila tudi v družinski način življenja, navade partnerk zapornika. Fishmanova tako ugotavlja, da večina žena zapornikov izhaja iz delovnega razreda oz. takšnega načina življenja. Ta način pa lahko razdelimo na dve obliki: *hitro življenje* (angl. fast living) in *običajen model* (angl. conventional patterns).

Žene so *hitro življenje* opisale kot:

- zlorabo drog in alkohola,
- nasilje, predvsem znašanje nad ženami,
- iskanje avantur v kriminalnih in navideznih kriminalnih aktivnostih,
- majav zakon kot dokaz močeve nezvestobe in/ali ločenosti od žena in kot
- pogosto odsotnost od doma (druženje po lokalih s kolegi).

Žene zapornikov vidijo možev način življenja (*hitro življenje*) kot povod za kriminalno aktivnost in posledično aretacijo. Te žene si predstavljajo *običajno življenje* kot:

- stabilni zakon,
- da bi imeli možje redno in varno zaposlitev, medtem ko bi one skrbele za družino,

- zmerno uživanje alkohola in drog,
- odsotnost nasilja v družini in
- občutek, da so spoštovani člani skupnosti.

Partnerke zapornikov se torej ne strinjajo z življenjskim stilom svojih mož in v njem iščejo krivca za moževo kriminalno dejavnost. Želijo si običajnega življenja, kot ga opisujejo zgoraj.

Večina žensk, ki so sodelovale v raziskavi, ki je temelj knjige *Women at the wall* (Fishman, 1990), je bila vpletena v kriminalna dejanja v času mladostništva ali zgodnjih let odraslosti. Prav tako se je večina sklenila poročiti s partnerji zaradi obljube, da bodo zaživeli umirjeno življenje, poiskali zaposlitev in ustvarili družino. Partnerice so se zaobljubile možem v prepričanju, da je kriminal del preteklosti. Le nekaj žensk ni verjelo temu in so se vseeno poročile. Ko so njihovi možje prišli v zapor, se je zakon običajno okrepil. Obiski za zapahi naj bi, vsaj tako govore žene, ponazarjali ponovno dvorjenje, nov začetek. Pogovori na obiskih so se običajno vrteli okoli načrtovanja prihodnosti, odpusta iz zapora in nato ponovnega začetka skupnega življenja na prostosti. Kljub skrbnemu načrtovanju odpusta in ponovne združitve doma, zna biti to včasih tudi težavno. Družina se mora soočiti z dejstvom, da se je oče/mož vrnil v družino kot kriminallec, ki je še vedno pod nadzorom. Tako kot pred aretacijo predstavlja problem zaposlitev, saj jo tokrat kljub želji možje težko dobijo in obdržijo. Od podpore družine in seveda vsakega posameznika pa je odvisno, ali bo družina zaživela novo življenje ali pa se bo morda mož/oče podal nazaj na stara pota.

Podatkov, kako doživljajo življenje brez žensk (zaradi obsodbe) moški, nisem zasledila. Če drži trditev, da je glavni razlog za začetek uporabe drog partner, potem sklepam, da je partner tudi glavni krivec za kriminalna dejanja. Če govorimo o kriminaliteti povezani z drogami, lahko rečemo, da če te ženske ne bi spoznale partnerjev, ki so jih vpeljali v droge, potem tudi ne bi postale kriminalke. Ob takšni predpostavki potem praktično ni ženske, ki bi izvrševala kazniva dejanja »sama po sebi«. To pomeni, da v večini primerov kazen zapora prestaja tudi partner ali pa je on stvar preteklosti in je ženska ostala sama, brez denarja za nakup drog ter posledično vpletena v kazniva dejanja.

2. 3 PROBLEM VNOSA DROG V ZAPOR

Kljub »nepriznavanju« države, da se v zaporih droga uporablja in da je zato potreba po programih zmanjševanja škode, se v zaporih dobro zavedajo, na kakšne načine droga vstopa v zavode.

Avtor članka Varnostni ukrepi za preprečitev vnosa droge v zapor (Majcen, 2001) ne zanika prisotnosti drog v zaporih (z besedo zapor se osredotoči predvsem na našega največjega, ZPKZ Dob pri Mirni), pravi pa, da prisotnost drog lahko merimo v gramih, kar dokazujejo dosedanje najdbe. Stiki obsojencev z zunanjim svetom omogočajo vnos različnih drog, tako jih lahko dobijo preko pošte, med obiski, jih pretihotapijo, ko se vrnejo iz izhodov in podobno. Zaposleni v zaporih se prizadevajo za zmanjševanje prisotnosti drog v zaporih, pri tem pa pogrešajo enotni nacionalni program, ki bi jih usmerjal k uresničitvi cilja.

V letnem poročilu URSIKS-a za leto 2010 so zabeležili konstantno naraščanje nedovoljenih drog od leta 2001 naprej, z izjemo leta 2006 in 2008, ko so zabeležili rahel padec. V letu 2010 so tako odkrili drogo v 105-ih primerih. Najpogosteje so se kot način vnosa obsojenci posluževali vnosa v oblačilih (npr. všitki v robovih) in na telesu, drogo so jim metali prek ograje ali pa jo pošiljali v paketih, predvsem v pakiranih živilih (v letu 2010 je bila v paketih najdena v 6-ih primerih). Sumijo, da je kar nekaj droge bilo vnesene tudi v telesnih odprtinah, vendar tovrsten poseg v telo ni dovoljen. Nadzor je s pomočjo nove tehnologije, šolanih psov in osebja vse strožji, zato skušajo obsojenci najti druge, bolj inovativne načine za vnos droge, med drugim tudi z zlorabo osebja. Paznik lahko vsak trenutek pregleda obsojenca – z izjemo telesnih odprtin (Majcen, 2001). Obiskovalce se lahko pregleda le s tehničnimi sredstvi – detektor in prtljago z rentgenom. Če obstaja utemeljen sum, da obiskovalec vnaša drogo v zapor, potem ima paznik pooblastila, da osebo zadrži do prihoda policije, ki prevzame postopek (prav tam).

Majcen (2001) opiše, kakšna je splošna problematika na konkretnem primeru, v zaporu na Dobu:

- velik 'pretok' ljudi,
- zunanji delavci, ki delajo v gospodarski enoti (GE),
- uvoz in izvoz potreben za GE,
- prehajanje zapornikov iz enega oddelka na drugega – zunajzavodske ugodnosti ...

Vsaka od teh alinej predstavlja dejavnik tveganja za vnos droge. Ker se omenjenim tveganjem ne da izogniti, bo dotok droge še vedno mogoč prek teh kanalov. Kadar pazniki v zaporu na Dobu najdejo drogo, pri zasegu le-te sodelujejo s policijo (prav tam). Zaseženo drogo je namreč potrebno preliminarno testirati, da test potrdi oz. ovrže, ali gre sploh za drogo. Po potrebi se naredi tudi analizo na CKTP (Center za kriminalistično tehnične preiskave) v Ljubljani. Če ugotovijo, da gre za kaznivo dejanje, potem primer prevzame policija, če pa ne zberejo dovolj dokazov, se primer disciplinsko obravnava znotraj zavoda. Najhujša sankcija je do 30 dni samice. Izkušnje kažejo, da disciplinski postopki niso preveč učinkoviti, zato pa so tretmanski ukrepi toliko bolj (ukinitev zunanjih ugodnosti – če jih obsojenec ima; ukinitev notranjih ugodnosti, npr. krajši obiski, oblika obiska – z ali brez nadzora). Do problema pa pride, ko imamo pred sabo obsojenca, ki nima nobenih od omenjenih ugodnosti (prav tam).

Poglejmo si podrobneje najpogostejše načine vnosa droge v zapor (Majcen, 2001):

Vnos droge v paketih – dovoljeno je neomejeno prejemanje paketov (od dovoljenih oseb), vnos hrane pa je od leta 2001 dovoljen le enkrat mesečno. Dostikrat se namreč v embalaži ni nahajala hrana, zato so te pošiljke omejili. Problem so tudi odškodninske odgovornosti, saj so pazniki za temeljit pregled morali poškodovati vsebino. Paketi se pregledajo v navzočnosti obsojenca, kot to določa zakon.

Vnos droge preko pisemskih pošiljk – pismo se lahko odpre le, če obstaja utemeljen sum, da se v njem nahaja droga ali nedovoljen predmet; odpre ga obsojenec vpričo paznika.

Vnos droge na obiskih – obstajajo različni načini obiskov. Najpogostejši je vnos droge v obuvalih in telesni odprtini; avtor domneva, da se tega obiski največ poslužujejo, saj obstaja majhna verjetnost, da bodo odkriti.

Vnos droge pri vračanju iz ugodnosti – koriščenje zunajzavodskih ugodnosti, kot so izhodi in koriščenje letnega dopusta zunaj zavoda. Pojavi se problem pritiska in izsiljevanja ostalih obsojencev, ki pričakujejo, da bodo ti iz izhoda vnesli drogo v zavod. Kljub pregledom ob vrnitvi iz izhoda obstaja možnost vnosa droge v telesni odprtini.

Ostali načini vnosa droge – metanje droge preko zidu, vnos s tovorom ...

Kot posledica trgovanja z drogo znotraj zapora (najbolj razširjena na črnem trgu sta kanabis in heroin) se pojavljajo konflikti med obsojenci zaradi zadolževanja (Uršič Perhavec, 2004). Podatki na podlagi povprečnega stanja zaprtih oseb v letu 2001 in 2002 so pokazali, da ima težave zaradi uporabe prepovedanih drog kar 25 % zaprtih oseb (prav tam). Zaradi učinkov, ki jih imajo droge, omogočanja bega iz realnosti, ki lajša bivanje v zaporu, je težko preprečiti

vnos drog v zapor, saj zaprte osebe zaradi pozitivnih učinkov droge radi posežejo po njej (Černelč, Potočki-Vozny, Požrl, 2004). Ne smemo pozabiti, da nekateri obsojenci v želji po sprostivni, umiku itd. začnejo z uporabo drog šele v zaporu (Kanduč, 2006). Tisti redni uživalci drog morajo svojo rabo omejiti, saj je dotok droge bolj omejen kot na prostosti, nekateri pa se odločijo tudi, da s prihodom v zapor zamenjajo drogo, npr. kokain za marihuano, ki je med pazniki zaradi manjšega števila negativnih učinkov bolj tolerirana (prav tam). Poleg tega pa imajo obsojenci, ki posegajo po psihoaktivnih substancah, pogosto pretrgane stike s sorodniki in nimajo izoblikovanih ciljev za prihodnost (Uršič Perhavec, 2004). Majcen (2001) izpostavi še težave, ki se pojavljajo v zaporih kot posledica odvisnosti, npr. nepredvidljivost do zaposlenih/soobsojencev, fizični obračuni zaradi nezmožnosti odplačevanja dolgov, aktivnost preprodajalcev tudi znotraj zapora in velika nevarnost okužb (predvsem pri intevenoznih uživalcih drog).

Zapori so dandanes prenatrpani, kar dokazuje podatek, da zmogljivost zasedenosti vseh slovenskih zaporov znaša 1.115 oseb, v letu 2010 pa je bilo povprečno zaprtih 1.373,7 oseb (URSIKS, 2011). Najbolj je zaseden naš največji zapor, Dob, v katerem je delež zasedenosti v lanskem letu znašal 177 % (prav tam). Kandučevo (2006) mnenje je, da naj bi boj proti drogi iz uživalcev, ki so običajno žrtve zlorab, člani disfunkcionalnih družin, imajo osebne težave ipd., preusmerili v boj proti organiziranemu kriminalu. Zapori pa se polnijo ravno z uživalci. Černelč, Potočki-Vozny in Požrl (2004) tako izpostavijo, da je velika povezanost med težavami z odvisnostjo in povratništvom, zato je obravnava odvisnosti v zaporih zelo pomembna. Omenjena vidika nam torej podata smernice za delo v praksi, za preventivo, za drugačen pristop do že odvisnih in tudi tistih, ki zaradi zlorabe drog izvršujejo manjša kazniva dejanja in jim zapor ne bo pomagal, temveč neka druga, zanje bolj funkcionalna rešitev.

2. 4 OBRAVNAVA ODVISNOSTI V ZAPORIH

Odvisnost je problem, ki jo posameznik največkrat prinese v zapor, obstaja pa tudi nevarnost, da odvisnost postane težava po sprejemu vanj. Nekateri odvisniki so se poskusili zdraviti že zunaj zapora, so vključeni v metadonsko terapijo, spet drugi so prvič prisiljeni abstimirati ob sprejemu. Situacije, v katerih so posamezniki, se med seboj zelo razlikujejo in temu primerna mora biti tudi obravnava. S problemom abstinence krize se ob opustitvi drog sooča praktično vsak odvisnik. Kastelic in Kostnapfel Rihtar (2000) pravita, da se abstinenci sindrom pojavi takrat, »ko je substanca tako vključena v telesni metabolizem uživalca, običajno po kronični uporabi, da se včasih pojavi nevarna vegetativna reakcija, ko se droga ne uporablja več« (str. 36). Pravita tudi, da je abstinenci kriza pri nekaterih psihoaktivnih snoveh lahko smrtno nevarna, kriza pa se lahko pojavi na telesni ali pa zgolj psihični ravni. Pri zdravljenju odvisnosti je ravno uspešno premagana abstinenci kriza začetek zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog. Zavedati pa se je potrebno, da včasih lahko zdravimo odvisnost od več snovi, o čemer govorimo v primerih, ko je odvisnik v zadnjih šestih mesecih užival najmanj tri vrste različnih psihoaktivnih snovi, a nobena od njih ni prevladovala. Zdaj razumemo, kakšne posledice ima odvzem droge. O tem, kakšne narave je sam problem odvisnosti, bom govorila v naslednjem odstavku, nato pa bom problem odvisnosti prenesla še na zaporniško populacijo.

Da bi razumeli, kaj preživlja odvisnik, bom opisala obdobja razvoja odvisnosti po Auerju (2001):

1. V prvi fazi se posameznik še ne srečuje s težavami zaradi uporabe drog, saj je še vedno pod vplivom ugodnih učinkov.
2. V tem obdobju so že vidne prve negativne strani rabe drog, vendar posameznik uporabe ne omeji. Želja bližnje okolice (prijateljev, družine) po omejitvi droge, lahko odvisnika iz kljubovanja še spodbudi k nadaljnji uporabi droge ali celo poveča njeno rabo in s tem »rešuje« svoje težave, kot jih je v prvi fazi, z drogo.
3. Na tretji stopnji nastopi obrat, odvisnik se zave, da so njegove težave produkt odvisnosti. S tem postane nad uporabo drog razočaran, postane razdvojen v smislu, da se boji prenehati z drogo, hkrati pa se zaveda, da zaradi nje izgublja njemu pomembne odnose, službo ipd. Odvisnik poišče pomoč. Terapevt skuša pri odvisniku doseči, da

se zave te razdvojenosti in mu pomaga pri ponovni vzpostavitvi odnosov z njemu pomembnimi ljudmi.

4. »V četrtem obdobju si prične odvisnik aktivno prizadevati, da bi droge opustil in zaradi tega išče tudi podporo okolja. V tem obdobju mu je potrebno predvsem odpirati perspektive zdravljenja in spodbujati upanje, da bo zmožan živeti brez drog« (Auer, 2001, str. 106).
5. V zadnjem obdobju posameznik vzdržuje treznost in skuša s pomočjo okolja preprečiti ponovno rabo drog.

Naj opozorim, da obdobja, kot jih našteva Auer, niso nujno prisotna v življenju vsakega odvisnika. Z odvisnostjo se vsak posameznik sooča drugače, morda je razvoj odvisnosti po Auerju le najpogostejša pot odvisnikov. Zdaj pa se bom osredotočila na problem odvisnosti v zaporu.

Zapor je bil sprva kaznovalna institucija, v začetku 20. stoletja pa se je kot namen kazni uveljavila tudi rehabilitacija s prisilno (pre)vzgojo obsojencev (Brinc, 2000). Pred tem je bil namen kazni viden zgolj v povračilu, onesposobitvi in zastraševanju, kasneje pa se jim je pridružil še vidik rehabilitacije (prav tam). Rehabilitacije oziroma tretmana je deležna večina zapornikov, še posebno pozornost pa je namenjena odvisnikom, kot bomo videli v nadaljevanju, saj »rehabilitacijski model zaporu temelji na domnevi, da je kriminaliteta povzročena z dejavniki, ki jih je mogoče spoznati in odpraviti s tretmanom, da so na razpolago sredstva, metode in postopki za spreminjanje obsojenčeve osebnosti in okolja ter da obstaja znanje, kako izmeriti obseg tretmaja« (prav tam, str. 559).

Petrovec (1995) opredeli pojma penološke in postpenalne obravnave odvisnosti, in sicer kot obravnavo, ki poteka od sprejema odvisnika v zapor in se nadaljuje tudi po prestani kazni, pri čemer opozarja, da se tudi postpenalna obravnava v resnici začne že prvega dne prestajanja kazni. Natančneje o načinih obravnave, s katerimi v zaporu pristopijo k odvisnemu posamezniku, spregovori Uršič-Perhavec (2001) v svojem članku *Strategija obravnave zaprtih oseb, ki imajo težave z nedovoljeno drogo*. Avtorica izpostavi tudi problem oseb, ki so v zaporu začele eksperimentirati z drogo. Poleg njih pa se znajdejo v zaporu tudi osebe, ki že vrsto let uživajo droge, in osebe, ki droge le občasno zlorabljajo. Prve informacije o prihodu osebe, ki ima težave z drogo, v zapor zaposleni dobijo »na osnovi dokumentacije, ki spremlja osebo na poti v zapor (npr. sodba, izrečen ukrep obveznega zdravljenja odvisnosti, poročila centrov za socialno delo ...)« (Uršič-Perhavec, 2001, str. 1016). V večini primerov odvisnik

sam izpostavi svojo težavo, saj si želi olajšati abstinenčno krizo in računa na pomoč osebja ali pa želi nadaljevati z metadonsko terapijo, ki jo je prejemal zunaj zapora. Uršič-Perhavec izpostavi različne probleme, s katerimi se srečujejo v zaporih, ti so npr. »ilegalni vnosi drog v zapore, trgovanje z drogo na črnem trgu, uživanje drog in nevarnost okužb zaradi souporabe igel, eksperimentiranje z drogo« (Uršič-Perhavec, 2001, str. 1016). Ravno zato je v zaporih izoblikovana strategija obvladovanja težav s področja drog, ki je razdeljena na preprečevanje vnosa drog v zapore in njihovo odkrivanje ter na pomoč zaprtim osebam, ki imajo težave z drogo. »Slednja obsega več faz in vsebuje več različnih programov. Faze obravnave se nanašajo na status zaprte osebe, in sicer od sprejema na prestajanje kazni ali v pripor, na obdobje prestajanja kazni ter na pripravo na odpust« (Uršič-Perhavec, 2001, str. 1016).

Auer (2001) pravi, da smo si ljudje med seboj različni, kar pomeni, da zato potrebujemo več različnih pristopov obravnave odvisnosti od prepovedanih drog za posameznike, ki se srečujejo s tovrstnimi težavami. To pomeni, da si lahko odvisnik sam izbere pristop, ki se mu zanj zdi najprimernejši. Žal pa tovrstna svobodna izbira vrst pomoči ni vedno na voljo za nekatere skupine, kot so na primer obsojenci, ki so jim omogočene le nekatere od oblik obravnave odvisnosti. V poročilu za leto 2009 Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij sicer predvideva dostopnost zdravljenja v zunanjih zdravstvenih ustanovah in v nevladnih organizacijah, vendar le pod pogojem, da obsojenec v zavodu uspešno abstiniira in sam izrazi željo po nadgradnji obravnave.

Da bi si lažje predstavljali, kolikšen je problem odvisnosti v slovenskih zaporih, je tu tabela, ki ponazarja število in delež odvisnih po posameznih kategorijah.

Tabela 5: Število in delež zaprtih oseb s težavami zaradi drog po kategorijah zaprtih oseb v letu 2010 (URSIKS, 2011, str. 58)

Zaprte osebe	Skupno št. oseb v letu	Št. oseb s težavami zaradi odvisnosti od nedovoljenih drog	Delež v %
Obsojenci	1967	745	37,9
Uklonilno zaprti	1293	103	8
Priporniki	1292	346	26,8
Mladoletniki	40	21	52,5
Skupaj	4592	1215	26,5

Med skupno 1215 osebami, ki imajo težave zaradi odvisnosti od nedovoljenih drog, je bilo v letu 2010 (URSIKS, 2011) 30 oseb, ki jim je bil izrečen ukrep obveznega zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog.

Iz danih podatkov razberemo, da je kar precejšnji delež obsojencev, ki potrebujejo pomoč oz. obravnavo odvisnosti. Programe pomoči odvisnikom in postopke, ki se izvajajo v zaporih, predstavi Uršič-Perhavec (2001):

2. 4. 1 PROGRAMI POMOČI ODVISNIKOM IN POSTOPKI, KI JIH IZVAJAJO V ZAPORIH

2. 4. 1. 1 Obdobje sprejema (v pripor ali na prestajanje kazni)

Nizkopražni programi pomoči

Osebo, ki ima težave z drogo ob sprejemu v zapor, najprej obravnava zdravstvena služba. Zdravnik presodi, ali je potrebna medikamentna terapija za lajšanje abstinence in predpiše nadaljevanje metadonske terapije tistim uporabnikom, ki so prejeli metadon že zunaj zapora. Pri metadonski terapiji se običajno metadon sčasoma znižuje do stopnje abstinence, razen če drugače presodi zdravnik specialist za zdravljenje odvisnosti. Medicinsko osebje ima tudi nalogo osveščanja zaprtih oseb o raznih nalezljivih boleznih, spodbujanja k testiranju, cepljenju proti hepatitisu B in obravnave okuženih s hepatitisom C pri specialistu. »Cilj medicinske obravnave odvisnika je vzpostavitev abstinence in krepitev psihofizičnih sposobnosti posameznika« (Uršič-Perhavec, 2001, str. 1017).

Na tem mestu bom dopolnila Uršič-Perhavčevo z Auerjevim (2001) opisom zdravljenj, ki se predpisujejo pri zdravljenju odvisnosti:

1. Zdravila za lajšanje odtegnitvene krize:
 - metadon – odmerek postopno znižujemo,
 - zdravila za lajšanje nevrovegetativne simptomatike (znojenja, razbijanja srca...) – benzodiazepini, klonidin, propanol ...,
 - zdravila proti bolečinam in proti krčem – tramadol, spazmolitiki.
2. Zdravila za pomoč pri vzdrževanju treznosti:

»So delni (metadon, buprenorfin) in popolni antagonisti opiatov (naltrekson). Gre za snovi, ki zasedejo opijate (mu) receptorje, zaradi česar heroin ne učinkuje več in odvisni po njem nima poželenja. Najbolj znan in razširjen je metadon« (Auer, 2001, str. 111). V metadonski program so ponavadi vključeni največji odvisniki, ki imajo običajno nevzdržne družinske razmere ter imajo tudi psihiatrične težave. Metadon prav tako povzroči odtegnitveno krizo, ki ima največjo intenziteto med 4 in 6 dnevom po zadnjem zaužitju, traja pa lahko tudi do 14 dni in več.

3. Zdravila za sobolezni oz. primarne duševne motnje:

Depresivnost in anksioznost sta pogosta vzroka zlorabe drog, zato ju je potrebno zdraviti. Pri benzodiazepinih moramo biti previdni, saj je možna odvisnost.

Podatki URSIKS (2011, str. 54) kažejo, da je »med 1.215 zaprtimi osebami, ki so bile odvisne od nedovoljenih drog ali so imele težave zaradi uživanja drog, prejemale metadonsko terapijo 538 ali 44,2 % zaprtih oseb«. 969 novosprejetih oseb je imelo težave z drogo, od tega jih je imelo 418 (43,1 %) že predpisano metadonsko terapijo. Največ oseb se je vključilo v vzdrževalno terapijo.

O'Dwyer in Carlen sta že leta 1985 (Carlen in Worrall, 2004) izpostavila problem tovrstnega predpisovanja t.i. zdravil. Na eni strani je lahko zdravnik zapora obtožen, da kaznuje, in sicer v primeru, ko zapornicam ne predpiše zdravil, ki so jih legalno dobivale zunaj zavoda. Na drugi strani pa je lahko obtožen, če nadaljuje predpisovanje velikih odmerkov zdravil, omamljanja žensk izključno z namenom lažjega nadzorovanja obsojenk.

2. 4. 1. 2 Obdobje prestajanja kazni

Višjepražni programi

Višjepražni programi se delijo na edukacijske programe in motivacijske programe.

Preko zdravstvene vzgoje skuša posamezen zavod s pomočjo raznih predavanj in razgovorov z zaprtimi osebami kot tudi delavci zavoda osveščati le-te o možnosti okužb z virusi HIV in hepatitisa. S tem skuša zavod zmanjšati škodo in naučiti ljudi preventivnega vedenja, zmanjšati ali celo odpraviti stigmo okuženih in podučiti ljudi, da je odveč strah pred prej omenjenimi boleznimi, če se pravilno, torej preventivno vedemo.

Za edukacijo sledi še motivacija (motivacija obsojencev), ki imajo težave s prepovedanimi drogami, da se drogi odrečejo, da spremenijo svoje življenje, da postanejo aktivni del družbe po izpustu, če ne že prej.

»Motivacijski program ali pot do lastne spremembe poteka v petih fazah:

- prepoznavanje motnje,
- razmišljanje o spremembi,
- odločitev za spremembo,
- faza izvedene spremembe,
- vzdrževanje spremembe« (Uršič-Perhavec, 2001, str. 1017).

Visokopražni programi

»Internalizirana odločitev posameznika, da poskuša živeti brez drog, pomeni korak v visokopražne programe obravnave, ki ponujajo:

- redno preverjanje zdravstvenega stanja in »čistosti« z urinskimi testi,
- zaposlitev v okviru delavnic ali zaposlitev v okviru delovne terapije,
- aktivno preživljanje prostega časa glede na interes odvisnika (šport, glasba ...),
- vključitev v izobraževane programe (v zaporu ali izven njega),
- obnavljanje in vzdrževanje stikov s svojci,
- prosti izhodi izven zapora po principu postopnosti,
- spoznavanje programov nevladnih organizacij in vključevanje vanje med prestajanjem kazni (AIDS Fundacija Robert, Društvo Projekt Človek, Skupnost Srečanje, Društvo Up ...),
- načrtovanje odpusta« (Uršič-Perhavec, 2001, str. 1018).

V programih pomoči sodeluje praktično vse zavodsko osebje. Strokovni delavci, med katere spadamo tudi socialni pedagogi, moramo biti za delo z odvisniki dodatno usposobljeni, pri strokovnem delu pa pomagajo tudi pazniki in inštruktorji ter organizatorji izobraževanja in prostočasnih aktivnosti. Terapevtski dogovor med obsojencem in strokovnim delavcem je pogoj za vključitev obsojenca v visokopražni program. S podpisom tega dogovora se morata z opredeljenimi pravili in obveznostmi strinjati tako obsojenec kot tudi strokovni delavec. »Višjepražni in visokopražni programi obravnave se izvajajo v individualnih in skupinskih oblikah. Temelj obeh oblik dela pa je t.i. socioterapevtska metoda (socialno pedagoška orientacija) ravnanja z zaprtimi osebami, katere bistvo je odnos z zaprto osebo kot aktivnim

subjektom« (Uršič-Perhavec, 2001, str. 1018). Cilji obravnave so abstinenca, preprečevanje recidiva (naučiti se prepoznavati rizične situacije) in naučiti se reševati težave in konflikte.

Uršič-Perhavčeva (2004) meni, da so osebe, ki imajo težave z odvisnostjo, brez vključitve v program obravnave in brez izkušenj postopnega vračanja v družbo, praktično takoj po odpustu iz zapora v veliki nevarnosti za recidiv, kar običajno prinese za sabo tudi veliko verjetnost ponovitve kaznivega dejanja. Če je oseba vključena v obravnavo odvisnosti, je verjetnost takšnega scenarija manjša.

Poglejmo si še, katere oblike pomoči se dejansko izvajajo v zaporih, vsaj po poročanju Uprave RS za izvrševanje kazenskih sankcij. URSIKS (2011) navaja, da je zdravstveno osebje zaprtim odvisnikom v letu 2010 nudilo pomoč na naslednjih področjih: abstinenčne krize, substitucijske terapije, urinski testi, svetovanja in izobraževanja o HIV in hepatitisih ter spodbujanje k testiranju, cepljenju in zdravljenju (če je potrebno). Strokovno osebje je izvajalo psihosocialne programe pomoči (prav tam). V zaporih torej izvajajo vse tri programe pomoči, kot jih opisuje Uršič-Perhavčeva.

2. 4. 2 PSIHOTERAPIJA ODVISIH OD NEDOVOLJENIH DROG

Auer (2001) opisuje različne oblike psihoterapije odvisnih od nedovoljenih drog zunaj zaporov, vendar lahko določene točke prenesemo tudi za zapahe. Najpogostejše tehnike so: vedenjska, vedenjsko-kognitivna, partnerska in družinska terapija, sproščanje in trening socialnih veščin. »Psihoterapija ima pomembno vlogo pri analiziranju in razumevanju vzrokov odvisnosti, postopnem spreminjanju bolečih občutij in razpoloženj, sprejemanju realnosti, učenju veščin za premagovanje stresov ipd.«(Auer, 2001, str. 126).

Poznamo **individualno psihoterapijo** (Auer, 2001), katere prednosti so ohranjanje zasebnosti, več prožnosti posvečene pacientovim globljim potrebam in vzpostavitev globljih odnosov terapevt-pacient. Slabosti individualne psihoterapije pa so, prvič, da ne prispeva k socializaciji, in drugič, da vzbuja lažno upanje, da bo že uvid v psihodinamske procese prinesel izboljšanje (pogosto se zgodi, da ravno uvid okrepi opravičila za uporabo drog).

Druga oblika psihoterapije je **skupinska psihoterapija** (prav tam), ki ima prednosti v uvidu, da imajo težave tudi drugi in da se lahko z njimi pogovorijo ter težave premagujejo skupaj, in sicer v zmanjšanju občutka krivde zaradi izgube nadzora nad svojim obnašanjem in socialne zaznamovanosti, v nujenju medsebojne podpore in opogumljanju, v tem, da so novi člani priča uspehu starejših in da skupina predstavlja tudi trening socialnih veščin. Poznamo odprte in zaprte skupine; prednost prvih pa je, da je mogoč vnos novih stališč, problemov, idej, izkušenj itd.

Obe obliki psihoterapije imata svoje prednosti in slabosti. Kot sem omenila že zgoraj, tudi v zaporih izvajajo tako individualno kot tudi skupinsko strokovno delo. Auer (prav tam) pravi, da poleg odvisnika ne smemo pozabiti na njegovo družino in vlogo v njej. Terapevt se mora osredotočiti na prihodnost, torej na izboljšavo družinskih odnosov, na ponovno vključitev odvisnika v družino, na pomoč odvisniku pri spremembi življenja ipd. K poti do popolne treznosti je potrebno tudi delo s starši, ki morajo svojemu otroku stati ob strani in pri tem ostati močni. Starši se običajno zbirajo v obliki samopomočnih skupin, kjer imajo strokovno vodjo. Tovrstno delo se v zaporih ne izvaja tako intenzivno, kot je opisano, še vedno pa delo z družino spada med naloge socialnega dela ob sprejemu v zapor in v času prestajanja kazni, ki ga izvajajo tudi na terenu (URSIKS, 2011).

2. 4. 3 KAKO ŠE LAHKO POMAGAMO ODVISNIM?

K rehabilitaciji poleg ustrezne terapije pripomore tudi okolje, v katerem se posameznik nahaja. »Po dosedanjih izkušnjah ugotavljamo, da je napredovanje zaprtih oseb na poti lastne rehabilitacije uspešno le v okolju brez drog, zato posamezni centralni zapori v okviru svojih možnosti vzpostavljajo pogoje za t.i. »drug free« oddelke« (Uršič-Perhavec, 2001, str. 1018). Pravilnik o izvrševanju kazni zapora (Ur. list RS, št. 102/2000, z dne 10. 11. 2000) v 53. členu pravi: »Obsojencem, odvisnim od prepovedanih drog, je treba zagotoviti možnost vključitve v program obravnave odvisnosti, ki omogoča obiskovanje programov edukacije in motivacije, ter nadaljnjo rehabilitacijo v oddelkih brez drog. Obsojencem, ki niso odvisni od drog in ne želijo priti v stik z drogo, je treba zagotoviti bivanje v oddelkih brez drog.« Na tem mestu vidimo, da se zakon in praksa ne pokrivata najbolje. Uršič-Perhavec namreč govori o vzpostavitvi oddelkov brez drog, če razmere to omogočajo, zakon pa te oddelke zahteva in jih

predvideva kot del obravnave oz. kot pravico tistim obsojencem, ki z drogo nikoli niso imeli težav.

Poznamo še posameznike, ki odklanjajo obravnavo odvisnosti. Njim lahko pomagamo vsaj s programi zmanjševanja škode zaradi nadaljevanja škodljive rabe drog, kot tudi predvideva Pravilnik o izvrševanju kazni zapora (Ur. list RS, št. 102/2000, z dne 10. 11. 2000) v 53. členu. Uršič-Perhavec (2001) je na tem mestu poudarila pomen programa zamenjave igel, ki se trenutno še ne izvaja. Zato pa bom v nadaljevanju predstavila pilotski projekt društva Stigma, ki se zavzema, da bi bil program dostopen vsem odvisnim obsojencem.

V empiričnem delu bo govora o obsojenkah, zato je primerno, da si na tem mestu pogledamo še program za zdravljenje žensk. Auer (2001) pravi, da je žensk med odvisniki približno tretjina. Govori o tem, da so te ženske pogosto žrtve nasilja in raznih zlorab, posledično pa se soočajo z depresijo, osamljenostjo in nizkim samospoštovanjem, kar pomeni, da je potrebno temu primerno prilagoditi programe pomoči. Ker so teme zlorab (še posebno spolnih) in nasilja za ženske še posebno občutljive, Auer (2001) predlaga, da je v programih zaposleno samo žensko osebje, saj se s tem zagotovi večja stopnja zaupnosti.

Kastelic in Kostnapfel Rihtar (2000) sta po NIDA (National Institute on Drug Abuse) povzela načela učinkovitega zdravljenja odvisnosti, ki bi se jih morali držati tako zunaj kot tudi znotraj zaporov. Prvo načelo govori o tem, da ima vsak posameznik svoje potrebe, zato ni univerzalnega zdravljenja, ki bi bilo enako primerno za vse posameznike. Poleg tega mora biti zdravljenje dostopno takoj, saj se posameznik lahko premisli, če mu zdravljenje ni razpoložljivo v trenutku, ko se zanj odloči. Zdravljenje naj obsega skrb za vse posameznikove potrebe, ne le z vidika uporabe drog, torej mora biti poskrbljeno tudi za posameznikove morebitne medicinske, psihološke, socialne, poklicne in pravne probleme. Potek zdravljenja mora biti vrednoten sproti in se spreminjati glede na posameznikove trenutne potrebe, zato naj ima na voljo različne vrste pomoči, ki so prilagojene njegovi starosti, spolu in kulturni pripadnosti. Da je program lahko uspešen, mora posameznik vztrajati v njem čim dlje, saj v nasprotnem primeru obstaja verjetnost, da se vrne na stara pota. Pomembna elementa uspešnega zdravljenja sta svetovanje (individualno in/ali skupinsko) in druge vedenjske terapije. Terapija namreč pomaga posamezniku pri reševanju raznih vprašanj, ki se mu med zdravljenjem postavljajo, prav tako pa ima poudarek na izboljšavi medsebojnih odnosov, ki jih je morda posameznik med uporabo drog zanemarjal. Poleg terapije so za nekatere uporabnike zdravila, kot so metadon in druga substitucijska zdravila, pomemben element

zdravljenja. Odvisniki, ki imajo duševne motnje, potrebujejo celovito zdravljenje prilagojeno motnjam, ki se pogosto prepletajo. Prva stopnja zdravljenja odvisnosti je medicinska detoksifikacija. Če posameznik uspešno preane detoksifikacijo, je to dokaj zanesljiv pokazatelj uspešnega nadaljnjega zdravljenja odvisnosti. Včasih posameznika okolje prisili k zdravljenju in tudi k vztrajanju pri abstinenci (npr. kazenski sistem, delovno okolje ipd.), zato uspešno zdravljenje ni nujno le prostovoljno. Med zdravljenjem mora biti spremljana morebitna uporaba drog. Redni urinski testi lahko posameznika odvrnejo od recidiva. Če je posameznik imel recidiv, moramo temu primerno prilagoditi zdravljenje. V okviru zdravljenja naj bi se odvisniki testirali za nalezljive bolezni (HIV/AIDS, hepatitis, tuberkuloza ...) in se udeležili svetovanja o rizičnih oblikah vedenja, s katerimi lahko okužijo sebe ali druge. Zadnje načelo pa govori o tem, da je ozdravitev od odvisnosti dolgotrajen proces, ki pogosto zahteva večkratno zdravljenje. Programi samopomoči in vračanje k zdravljenju okrepijo zmožnost abstinence.

Tretman kljub temu ne poteka le uro ali dve na teden, ko je obsojenec na pogovoru pri terapevtu. Tretman se izvaja cel dan, le da ni tako direkten. Če smo med varovalne dejavnike za uporabo drog uvrščali šolanje in kvalitetno preživljanje prostega časa, to pomeni, da te dejavnosti pozitivno vplivajo tudi na samopodobo obsojencev in na njihovo življenje med prestajanjem kazni, prav tako pa tudi po odpustu iz zavora. Izobraževanje »nam omogoča osebnostni razvoj, izboljšuje kakovost življenja, spodbudi našo ustvarjalnost, poveča naše zaposlitvene možnosti in mobilnost pri delu in v življenju« (Zupančič, 2004, str. 415). Izobraževanje obsojencev je pomembno zato, ker vsebuje vidik normalizacije, preko njega dobijo obsojenci novo priložnost za boljši jutri in kot zadnje, vsebuje vidik pravičnosti, saj imajo zaporniki pogosto negativne izkušnje z izobraževanjem, tu pa dobijo drugo možnost, da izobrazbeni primanjkljaj nadoknadijo (Zupančič, 2004). Zavodi so v skladu z 102. členom Zakona o izvrševanju kazenskih sankcij dolžni skrbeti za izobraževanje in poklicno usposabljanje zaprtih oseb. Zelo pomemben pa je tudi 104. člen, ki pravi, da se obsojencu, ki je dokončal šolo ali pridobil poklic v zavodu, izda spričevalo, iz katerega ne sme biti razvidno, da ga je pridobil v zavodu. S tem členom je zakon poskrbel za normalizacijo oz. destigmatizacijo izobraževanj znotraj zavodov.

Poleg formalnih oblik izobraževanj je pomemben del preživljanja časa v zaporu namenjen neformalnemu izobraževanju oz. kvalitetnemu preživljanju prostega časa. Pod neformalno učenje štejemo socialno učenje, ustvarjalne in kulturne dejavnosti, knjižnice ter športne in

rekreativne dejavnosti (Zupančič, 2004). To spodbuja obsojence k aktivnosti, razvijanju ustvarjalnosti, sproščanju napetosti na nedestruktiven način ipd. in če bo posameznik ta znanja prenesel v življenje po odpustu iz zavoda, ga bo družba bolje sprejela, njegova ponovna vključitev v družbo pa bo s tem občutno lažja.

2. 4. 4 NEKATERI PENOLOŠKI PRISTOPI V TUJINI

Kazniva dejanja pogosto povzročijo odvisniki, zato se v svetu pojavlja program terapije namesto kazni. Program pride v poštev za tiste, ki jih na zdravljenje napotijo sodišča. Poleg odvisnosti imajo ti posamezniki običajno še veliko osebnih, socialnih in zdravstvenih težav, ki jih ne smemo zanemariti na obravnavi. Pri posameznikih z disocialnimi osebnostnimi motnjami pa se soočamo socialni pedagogi. V primeru, da odvisnik odstopi iz programa, je to potrebno sporočiti tožilstvu, ki lahko odvisnika pošlje v zapor. Odvisniki so zelo motivirani, da ostanejo v programu, ravno zaradi tega, ker jim v ozadju grozi kazen zapora (Auer, 2001).

Gartner (1976; v Petrovec, 1995) v svojem poročilu v okviru OZN o rehabilitaciji zasvojenih z drogo v zaporih našteva glavne elemente rehabilitacije: prepričevanje, razumevanje, motivacijo in krepitev občutka odgovornosti za svoje odločitve. Avtor predlaga tudi postpenalno obravnavo, ki se začne že v zaporu in nadaljuje še eno leto po izpustu v obliki pomoči iskanja zaposlitve in usmerjanja v kvalitetno življenje.

Anglin je na podlagi raziskave o ameriških izkušnjah iz leta 1990 predlagal naslednji pristop obravnave odvisnih zapornikov (Anglin, 1990; Petrovec, 1995). Pred prestajanjem kazni naj bi vsakega posameznika testirali za prisotnost droge in tisti, ki bi bili pozitivni, bi morali iti na zdravljenje zunaj zapora. Tam bi bila alternativna sankcija koristno delo. V zaporih pa bi morali odvisne od heroina ali kokaina prostovoljno ali pa prisilno zdraviti vsaj 9 do 12 mesecev pred odpustom. Zaporniki, ki so uspešno prestali zdravljenje, bi dobili pomembnejše položaje v zaporu, kar bi pripomoglo k višji samozavesti in dobremu zgledu. Pogoji za izpust bi morali biti zdravljenje, ki bi se nadaljevalo tudi zunaj zapora. Nadzor nad izpuščenimi osebami pa naj bi trajal še vsaj 5 let (za razliko od Gartnerja, ki predlaga le 1 leto). Urinski testi bi bili obvezni za vse, ki so dobili pogojni odpust.

Skandinavske države imajo malce drugačen pristop do odvisnikov, o čemer poročata Edholmova in Bishop (1983; v Petrovec, 1995). Prisilnega zdravljenja odvisnosti se v skandinavskih državah ne poslužujejo. Tako kot pri nas mora obsojenec privoliti v preverjanje abstinence z urinskimi testi in se držati popolne abstinence. Zdravljenje poteka v posebnih oddelkih zaporov. Srečujejo se s pomanjkanjem kadra, usposobljenega za delo z odvisniki. Obsojencem na pogojnem odpustu lahko zdravljenje svetujejo ali pa ga zahtevajo. Pri slednjem nastopijo težave, saj na zdravljenje sprejemajo le paciente, ki prostovoljno pristopijo do njih, saj zagovarjajo stališče, da je zdravljenje mogoče le, če se oseba sama odloči za ta korak. Ne smemo pa pozabiti, da odvisnik izgublja svojo voljo v substanci in da je njegovo odločanje pod vplivom droge, kar pomeni, da bi mu včasih prisila koristila. Zaradi načela, da morajo odvisniki trpeti, da abstinirajo, se v skandinavskih zaporih ne poslužujejo metadonske terapije. Njihova metoda je uspešna, saj je študija pokazala, da se je v času dveh let po odpustu 60–70 % obsojencev, ki so se udeležili zdravljenja, vzdržalo uporabe drog.

Poseben primer pa je Norveška, ki posveča posebno pozornost odvisnim prestopnikom z izgradnjo desetih posebnih zaporov (Contract prisons). Ti zapori temeljijo na pogodbi, ki ureja obveznosti med odvisnikom in zaporom. Obsojenec mora privoliti v redne preglede urina, zavod pa mu omogoča ugodnejši režim, kot bi ga bil deležen v običajnem zaporu. Če ima obsojenec pozitiven urinski test, je avtomatsko premeščen v navaden zapor (Weisath, 1995).

V začetku 90-ih let so mnoge evropske države v zaporih uvedle program zmanjševanja škode (WHO, 2005). Svetovna zdravstvena organizacija (prav tam) opredeli zmanjševanje škode kot koncept, katerega cilj je preprečiti ali zmanjšati negativne zdravstvene posledice, ki so povezane z določenimi oblikami vedenja (npr. injiciranje drog), z zaporništvom in s tem povezano prenatrpanostjo kot tudi z negativnimi posledicami na duševno zdravje. Program običajno vsebuje:

- izobraževanje o HIV/AIDS,
- prostovoljno testiranje in svetovanje,
- razdeljevanje kondomov,
- razdeljevanje razkužil,
- zamenjavo igel in brizg ter
- substitucijsko terapijo.

Dodatni obliki zmanjševanja škode sta zdravljenje in nega okužb s HIV/AIDS, hepatitis in tuberkulozo (prav tam). Evropski zapori so pogosto zadržani do uvedbe programa zamenjave igel in brizg, ker mislijo, da bi to lahko pripeljalo do povečanja injiciranja drog, vbodov z iglo, sporov med obsojenci ali med obsojenci in osebjem ter zaradi nevarnosti, da bi bile igle in brizge uporabljene kot orožje (Directorate – General for Health and Consumers, 2008). Program so uvedli v Španiji in v petih drugih evropskih državah, vendar nikjer ni bilo zaznati naraščanja teh problemov (Stöver and Nelles 2003; Lines et al. 2004b; v prav tam).

Tabela 6: Razširjenost programa zamenjave igel (WHO et. al., 2007a, v Directorate – General for Health and Consumers, 2008)

Država	Začetek izvajanja programa	Število zaporov s programom zamenjave igel	Opombe
Armenija	2004	3	
Belorusija	2003	1	V letu 2004
Nemčija	1996	1	6 drugih je bilo ukinjenih zaradi političnih razlogov
Iran	2005	?	Program naj bi se začel izvajati leta 2006
Kirgizija	2002	11	
Luksemburg	2005	1	
Moldavija	1999	7	
Portugalska	2008		Izvedba načrtovana do leta 2008
Škotska	2007		Študija načrtovana za leto 2007
Španija	1997	38	
Švica	1992	7	
Ukrajina	2007	2	Izvajanja naj bi se začela leta 2007

Zgornja tabela prikazuje razširjenost programa zamenjave igel v Evropi. Program je le ena od oblik zmanjševanja škode, ki pa vseeno pomembno pripomore k zmanjšanju okužb z virusi.

2. 4. 5 OBRAVNAVA ODVISNOSTI IN S TEM POVEZANO PODELJEVANJE UGODNOSTI

Podeljevanje ugodnosti poteka skladno s Pravilnikom o izvrševanju kazni zapora (Ur. list RS, št. 102/2000, z dne 10. 11. 2000), ki v 23. členu pravi: »Če obsojenec ne podpiše pisnega dogovora o tretmaju, ne sme biti prikrajšan glede pravic med prestajanjem kazni zapora. To praviloma velja tudi za ugodnosti, razen v primeru, če so v dogovoru o tretmaju predvidene aktivnosti, s katerimi se poizkuša odpraviti ovire za podeljevanje zunajzavodskih ugodnosti.« Torej je pristop k obravnavi odvisnosti pogoj za podelitev zunajzavodskih ugodnosti.

Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij (Ur. list RS, št. 22/2000, z dne 10. 3. 2000) pa v 77. členu v zvezi s podeljevanjem ugodnosti pravi, da se ugodnosti (podaljšan ali nenadzorovan obisk, nenadzorovan obisk zunaj zavoda, izhodi iz zavoda s spremstvom pooblaščne uradne osebe, prost izhod iz zavoda, razen v okolje, kjer je storil kaznivo dejanje, prost izhod iz zavoda, delna ali popolna izraba letnega počitka zunaj zavoda in do sedem dni brezplačnega letnega počitka na leto) lahko podelijo aktivnim in prizadevnim posameznikom, ki sodelujejo v procesu tretmana. Do prostega izhoda iz zavoda je lahko posameznik upravičen do štirikrat na mesec po največ 48 ur. Vrsta ugodnosti se podeli glede na obsojenčeve osebne lastnosti, vrsto in način storitve kaznivega dejanja, nevarnost pobega in druge pomembne dejavnike (npr. oškodovančev odziv). Ugodnosti se lahko odvzamejo ali nadomestijo z drugo obliko ugodnosti v primeru hujših disciplinskih prekrškov ali kršenja tretmanskega dogovora. O ugodnostih odloča upravnik zapora ob posvetu s strokovnimi delavci.

ZIKS jasno opredeli, kakšna so pravila glede podeljevanja ugodnosti. Vse je v rokah obsojenca, koliko je pripravljen sodelovati, kako napreduje v programu, če upošteva pravila zavoda itd., od vsega tega je odvisno, ali mu bo upravnik podelil določeno ugodnost. V nekaterih pogledih imajo odvisni obsojenci slabšo predispozicijo od ostalih obsojencev, saj se morajo resnično potruditi in delati na sebi, da si zaslužijo izhode, ne glede na to, ali je bilo storjeno kaznivo dejanje v povezavi z drogo ali ne. Smatram, da je pridobljen izhod, ki nosi v svoji senci trud in pot, ki je bila vložena v pridobitev ugodnosti, toliko slajši.

Zakon opredeljuje pravila podeljevanja ugodnosti, v poročilu URSIKS-a (2011) pa lahko razberemo podatke, ki govorijo o tem, kako poteka podeljevanje ugodnosti odvisnikom v praksi. Za nekatere rizične skupine obsojencev, kot so npr. odvisniki od prepovedanih drog ali

alkohola, spolni delikventi, osebe obtožene prometa z mamili in podobno, praviloma poteka še bolj poglobljena priprava na prvo zunajzavodsko ugodnost. Ko gre za obsojence s težavami s prepovedanimi drogami, poteka podeljevanje ugodnosti skladno z njegovo pripravljenostjo reševanja teh problemov po tem, ko ima določeno obdobje stalno negativne urinske teste. Tisti, ki imajo izrečen varnostni ukrep obveznega zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog in pri tem ne sodelujejo, praviloma ne dobijo zunajzavodskih ugodnosti. Zaradi naraščanja števila zlorab zunajzavodskih ugodnosti zaradi odvisnosti od prepovedanih drog, so se poostriili tudi kriteriji za podelitev teh ugodnosti. Če ima obsojenec podano nevarnost zlorabe ugodnosti, mora doseči opazen napredek, da lahko ponovno pridobi ugodnosti. V zavodih se srečujejo z odporom obsojencev do vključitve v obravnavo odvisnosti od prepovedanih drog. Zavodi naj bi jih namreč na nek način prisili v obravnavo, saj v nasprotnem primeru ne bi dobili zunajzavodskih ugodnosti. Ob sprejemu v zapor so obsojenci s to problematiko seznanjeni s posledicami, če ne pristopijo k obravnavi, vendar se kljub temu pritožujejo na razne institucije, kot je varuh človekovih pravic, nekateri pa želijo priti do ugodnosti tudi z grožnjami, izsiljevanjem in prekinitvam dela, kar jih seveda na koncu ne pripelje do želenega cilja.

2. 4. 6 VZDRŽEVANJE ABSTINENCE (med prestajanjem kazni in po odpustu iz zapora) IN (POST)PENALNA POMOČ

Obsojenec, ki ima težave s prepovedanimi drogami, je vključen v obravnavo odvisnosti (če podpiše terapevtski dogovor) cel čas prestajanja kazni. Med prestajanjem lahko koristi zunajzavodske ugodnosti, če mu jih seveda zavod dodeli. Na izhodih se lahko želja po uporabi drog bolj izrazi, posameznik je morda bolj izpostavljen morebitnemu recidivu. Veliko ljudi po izpustu iz zapora ponovno uporablja drogo in zanje je pomembno, da čim bolj izključijo možnost, da si škodujejo (Cooke, Baldwin in Howison, 1990). Ponavadi ob izpustu najprej pomislijo na zabavo, ki predstavlja prvo nevarnost, saj njihovo telo ni več navajeno konzumirati drogo, zato omenjeno predstavlja tveganje za prevelik odmerek (prav tam). Da bi se izognili enkratnemu recidivu ali morda celo ponovnemu začetku uporabe drog, Miller in Gotski navajata naslednje korake za zmanjševanje tveganja za ponovitev odvisnosti (1994):

- redni *posveti s strokovnjakom*,
- vključitev v *skupino samopomoči*,
- *vsakodnevna inventura* preteklih dogodkov in načrtovanje dneva,

- *preverjanje stvarnosti*; vsakodnevna poročila dogodkov svojim prijateljem in ocenitev ustreznosti slike dneva,
- *zdrava prehrana*,
- *rekreacija*,
- *uravnotežen življenjski slog*; pomeni telesno in duševno zdravje ter zdravi medčloveški odnosi, usmeritev v več dejavnosti,
- *sproščanje*; obvladovanje stresa,
- *sprotno reševanje problemov*,
- *duhovni razvoj*; pomaga pri izgrajevanju pozitivne vere v prihodnost.

Posameznik mora spremeniti svoj življenjski slog, vlagati v svoj razvoj. Na nek način mora ustvariti novo identiteto. Sociološke študije so pokazale, da je ključ do uspešne rehabilitacije od odvisnosti ravno izgraditev nove identitete, ki vsebuje neodvisniške vrednote in perspektive ter neodvisniški življenjski slog (McIntosh & McKeganey, 2002). Biernacki (1986) in Waldorf (1983) sta opisala strategije, s katerimi lahko odvisnik oblikuje novo osebnost (McIntosh & McKeganey, 2002):

- odstraniti se iz scene drog in odvisniške družbe,
- razvijati nov življenjski slog, ki seveda izključuje drogo,
- zapolniti prosti čas na način, ki ne bi ogrožal novega položaja,
- paziti, da se ne nadomešča prejšnja droga z novimi npr. alkoholom,
- poiskati zaposlitev, ki poleg tega, da finančno ohranja nov življenjski slog, tudi zapolni čas in daje potrditev, občutek normalizacije,
- podpora družine in prijateljev.

Če pogledamo pogoje, pri katerih naj bi se odvisnik ozdravil svoje težave brez recidiva ali celo ponovnega uživanja, vidimo, da je to znotraj zapora skoraj nemogoče, saj pogoji tega ne dopuščajo. Težko je razvijati socialno mrežo za štirimi stenami, težko je dobiti službo s policijsko kartoteko, neodvisnih prijateljev praktično nimajo, družina pa tudi ne stoji ob strani vsem obsojencem. Že za odvisnike je ta korak težak, če pa so poleg tega še obsojenci, pa je vse skupaj še težje. Posameznik se mora kar naenkrat naučiti popolnoma drugačnega načina življenja, kot ga je bil vajen prej, in če mu pri tem spodleti, obstaja verjetnost recidiva (McIntosh & McKeganey, 2002).

Že med zdravljenjem obstaja možnost, da ima posameznik recidiv. Enako velja za obdobje po zdravljenju, ko je posameznik prepuščen sam sebi. Iz tega razloga Auer (2001) predlaga

oskrbo po zdravljenju, kar pomeni pomoč pri iskanju zaposlitve, nadaljevanju šolanja, organiziranju časa ipd. Kljub temu da Auer govori na splošno o zdravljenju odvisnosti, lahko vse to prenesemo tudi na odvisnike, ki prestajajo kazen zapora. Menim, da bi morale njim socialne službe še posebej nuditi podporo pri ponovni vključitvi v okolje. Marlatt (Auer, 2001, str. 135) vidi najpogostejše vzroke ponovne uporabe droge v:

- »hudih nihanjih razpoloženja,
- pomanjkanju socialnih spretnosti za premagovanje stresov,
- neobvladljivi impulzivnosti,
- pretiranih občutkih krivde in sramu,
- občutkih praznine oziroma nesmiselnosti življenja,
- nižjem nivoju intelektualno-kognitivnega funkcioniranja,
- izrazitem poželenju po drogah oziroma podaljšanem odtegnitvenem sindromu,
- neurejenih družinskih ali socialnih razmerah, pritiska okolja, nezaposlenosti,
- psihiatričnih soboleznih,
- posledicah nepredelanih seksualnih in drugih travm otroštva (predvsem pri ženskah),
- kroničnih telesnih boleznih ali bolečinah, posledicah neustreznega zdravljenja (posebej pri tistih z dvojno diagnozo) in v nezadostni oskrbi po zdravljenju.«

Nekateri vzroki za ponovno uporabo drog so enaki vzrokom za začetek uporabe drog. Seveda imajo tovrstne težave tudi odvisnice v zaporih, vendar zaradi omejitve gibanja in socialnih stikov nimajo enakih možnosti za uspešno abstiniranje. Socialnih spretnosti se je na primer težko naučiti, če je posameznik odstranjen iz družbe, enako težko je poiskati zaposlitev, urejati družinske razmere, skratka si oblikovati novo identiteto, nov življenjski slog. Zato se zdi oskrba po zdravljenju in hkrati po odpustu iz zapora zelo pomembna. Nuditi jim je potrebno pomoč prilagojeno potrebam vsakega posameznika in v tej vlogi bi se dobro znašli socialni pedagogi.

Pri nujenju pomoči moramo biti pozorni na specifične vzroke za recidiv, ki se razlikujejo glede na vrsto droge, od katere je (bil) posameznik odvisen. Če nudimo pomoč nekemu, ki je odvisen od heroina, moramo biti pozorni na druge znake kot pri nekemu, ki je uporabljal kokain.

Auer (2001) opredeli najpogostejše vzroke za recidiv pri heroinu:

- pomanjkanje komunikativnosti,
- pomanjkanje samozavesti,

- anksioznost,
- depresivnost,
- negativna čustva,
- negativni življenjski dogodki in
- vpletenost v kriminal.

Če torej pomagamo posamezniku, da ne izkusi zgoraj naštetih vzrokov za recidiv, torej, da mu pomagamo pri vzpostavitvi varnega okolja in pridobivanju pozitivnih (treznih) izkušenj, potem ima ta človek dobro izhodišče za življenje brez drog.

Pa si pogledjmo, s kakšnimi programi in aktivnostmi si lahko obsojenec v slovenskih zaporih omogoča kvalitetnejše življenje znotraj zapora in katera znanja bo lahko uporabil tudi po odpustu. Katere možnosti ponuja zapor?

V letnem poročilu za leto 2010 je Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij (URSIKS, 2011) zapisala, da so se kot oblika terciarne prevencije posluževali izobraževalnih programov in spodbujanja obsojencev k vključevanju v te programe. Izobrazba namreč predstavlja kvalitetnejše prestajanje kazni ter lažjo vključitev v družbo oz. življenje po odpustu iz zapora, o čemer je govorila že Zupančičeva (glej poglavje 2.4.3 – str. 36). Od skupno 2150 obsojencev in mladoletnikov je imelo le 33,2 % končano nižjo oz. srednjo poklicno šolo, sledi jim skupina s končano osnovno šolo (26,6 %), nato srednja strokovna šola ali gimnazija (10,7 %) in na zadnjem mestu (z le 2,5 %) se nahajajo tisti, ki imajo zaključeno višjo ali visoko šolo oz. fakulteto. 11,3 % obsojencev in mladoletnikov ima nedokončano srednjo/poklicno/višjo/visoko šolo, gimnazijo ali fakulteto. Preostali delež (15,6 %) nima šolske izobrazbe. Kljub prizadevanju strokovnih služb, da bi se izobraževalo čim več obsojencev, se jih je v letu 2010 izobraževalo le 18,1 %. Odstotek pa je boljši pri mladoletnikih, ki so se izobraževanja udeleževali v veliki večini, in sicer v 97,5 %. Nekaj jih je izobraževanje predčasno prekinilo, razlog za to pa je pomanjkanje motivacije, pogosto zaradi težav z odvisnostjo in specifičnih učnih težav.

Poleg izobraževanja zavodi poskrbijo tudi za prostočasne aktivnosti. Tako so npr. v ženskem zaporu na Igu (URSIKS, 2011) organizirali koncerte, gledališke predstave, predavanja, razstave, modne revije in podobno.

Zavodi pa so v letu 2010 (URSIKS, 2011) dali poudarek tudi na socialno delo, ki predstavlja pomemben segment dela z obsojenci. Strokovni delavci zavodov pomagajo obsojencem pri razreševanju socialne problematike, delu z družino, iskanju zaposlitve med prestajanjem kazni in po odpustu, stanovanjske problematike, obravnavi odvisnosti itd.

Omenjene oblike pomoči pomembno vplivajo na obsojence. Če gre za odvisnika, je dobro opravljeno delo toliko pomembnejše, saj je nevarnost za recidiv po odpustu ali že na izhodih velika. Posameznik je v velikih primerih po odpustu iz zaporu prepuščen samemu sebi. Postpenalna obravnava se sicer izvaja v nekaterih Centrih za socialno delo ali pa to delo opravljajo prostovoljci oz. študentje prek nevladnih organizacij in verskih skupin. Po mojem mnenju je postpenalna pomoč premalo organizirana in bi morala biti obvezna za vsakega obsojenca takoj po odpustu za dobo vsaj 6-ih mesecev oz. odvisno od posameznega primera. Veliko je namreč povratništva in ponovnih odvisnosti, ravno zaradi neznanja o tem, kako si sestaviti življenje na nov, konstruktiven način. Tistim, ki imajo podporo družine in prijateljev, je lažje, veliko pa je takih, ki podpore po odpustu nimajo ali pa je celo nikoli niso imeli. V teh primerih je vzpostavitev socialne mreže še posebej pomembna. Tako v zaporu kot tudi po odpustu bi morali veliko strokovnega dela namenjati prihodnosti posameznikov, iskanju najboljših rešitev zanje in na ta način skušati posameznika 'postaviti na noge'.

2. 5 »NEPRIZNAVANJE« PROBLEMATIKE DROG V SLOVENSКИH ZAPORIH – predstavitev pilotskega projekta zamenjave sterilnega pribora za injiciranje drog v slovenskih zaporih društva Stigma in Kruharjeve raziskave: Tvegane oblike vedenja v slovenskih priporih

V tem poglavju bom najprej predstavila projekt Društva za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma, pod vodstvom Boruta Baha, z naslovom Pilotski projekt zamenjave sterilnega pribora za injiciranje drog v slovenskih zaporih (2010). Preko projekta so hoteli raziskati tvegana vedenja, povezana z uporabo drog v zaporih na Igu, v Ljubljani in na Dobu ter izvesti pilotski projekt zamenjave sterilnega pribora za injiciranje drog, s čimer bi zagotovili enakovredno obravnavo obsojencem in zmanjšali tvegana vedenja v slovenskih zaporih. V nadaljevanju bom na kratko predstavila tudi raziskavo Bojana Kruharja o tveganih oblikah vedenja v priporih, ki jo je izvedel leta 2004.

2. 5. 1 PILOTSKI PROJEKT ZAMENJAVE STERILNEGA PRIBORA ZA INJICIRANJE DROG V SLOVENSКИH ZAPORIH

»Program zamenjave igel je prepoznan kot izhodiščni pristop zmanjševanja škode pri obravnavi uporabnikov/ic drog, saj zagotavlja izboljšanje zdravstvenega stanja tako uporabnikov/ic kot tudi njihovih bližnjih ter širše družbe, ker se omeji širjenje nalezljivih bolezni« (Pilotski projekt zamenjave sterilnega pribora za injiciranje drog v slovenskih zaporih, 2010, str. 5). Program pomaga pri preprečevanju širjenja bolezni, kot so HIV, hepatitis B in C itd. Podatki kažejo, da so programi zmanjševanja škode v skupnosti učinkoviti, vendar je le nekaj držav ta pristop uvedla tudi v zaporih. Tam se namreč tradicionalno borijo proti drogam s poskusom preprečevanja vnosa drog v zapore in s terapevtskimi programi.

Mednarodne organizacije, kot so WHO, OZN in Svet Evrope, izražajo zahtevo po enakih standardih zdravstvenega varstva zapornikov, kot je na voljo preostali družbi. Tako na primer Svetovna zdravstvena organizacija v 1. členu smernic o HIV in AIDS okužbah v zaporih (WHO, 1993; v prav tam, str. 7) izpostavi, da imajo: »Vsi zaporniki pravico do prejemanja zdravstvenih storitev in preventivnih ukrepov ekvivalentnim tistim, ki so dostopni v družbi,

brez diskriminacije, še posebej pa s spoštovanjem njihovega pravnega statusa in nacionalnosti.« Enako je navedeno tudi v Resoluciji o nacionalnem programu na področju drog v RS, vendar se program zamenjave sterilnega pribora za injiciranje drog v Sloveniji še ne izvaja. Na drugi strani pa O Brian in Stevens (1997; v prav tam) razlagata, zakaj večina zaporov programov prevencije ne vpelje v svoj vsakdan. Razlog vidita v tem, da se ti programi nanašajo na dejanja, ki so sicer v zaporih prepovedana (uporaba drog, spolni odnosi), zato so se zavori upirali programom, ker bi si mogli priznati, da se ta dejanja vseeno dogajajo in so kaznovana kot disciplinski prekršek.

V Društvu za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma na podlagi poročanj uporabnikov ugotavljajo, da je v zaporu injiciranja več, saj je na voljo manj droge, učinek pa je z injiciranjem večji. Ker sterilni pribor v zaporu ni na voljo, se seveda poveča souporaba le-tega, kar posledično pomeni večjo verjetnost širjenja virusov in drugih zdravstvenih poškodb.

2. 5. 1. 1 Programi zamenjave pribora v tujini

Na svetu obstaja le 60 zaporov (Švica, Nemčija, Španija, Moldavija, Kirgizija, Belorusija, Luksemburg, Iran, Armenija, Romunija, Portugalska, Velika Britanija in Ukrajina), kjer izvajajo program zamenjave pribora za uživanje drog, in sicer na naslednje načine preprečujejo širjenje virusa HIV in hepatitisov:

- preko zdravstvenega osebja zapora osebno uporabnikom,
- preko iglomatov,
- preko usposobljenih soobsojencev in
- preko zunanjih nevladnih organizacij (Wolff, 2009; v prav tam).

1. Zapor Vechta (Nemčija) – vir: Jacob, Meyenberg in Stover, 1999; v prav tam

To je ženski zapor z okoli 170 zapornicami, med katerimi se je občutno povečalo število uživalk prepovedanih drog kot tudi okuženih s HIV in hepatitisom. Svetovanje, ki ga pretežno izvaja zunajzavodsko osebje, je usmerjeno predvsem v abstinenco. V substitucijske programe in programe usmerjene v abstinenco se je vključilo le 40–50 % uživalk drog, zato so skušali s projektom zamenjave igel zajeti večjo populacijo. Za metodo zamenjave pribora so izbrali iglomite, prvo iglo pa so dobile pri zdravniku. Veljajo pa naslednja pravila: igel se ne sme posojati in prodajati, spravljene morajo biti na določenem mestu, da osebje pri sobnih preiskavah ne pride v kontakt z njimi.

Projekt je bil dobro sprejet, večjih negativnih posledic, ki so jih predvidevali skeptiki projekta (npr. napadi z iglam, povečan zaseg droge in posledično večja raba ipd.), ni bilo. Projekt še vedno izvajajo.

2. **Zapor Gross Hesepe (Nemčija)** - vir: Jacob, Meyenberg in Stover, 1999; v prav tam
Gre za moški zapor, malce večji, kot je Vechta. Situacija v njem je podobna prvemu primeru, s to razliko, da zamenjavo pribora tu izvajajo zaposleni.

V primerjavi z ženskim zaporom je bil tu projekt manj sprejet, morda zaradi načina zamenjave igel, ki v prvem primeru poteka bolj diskretno. Na splošno je projekt spoznan kot uspešen in ga še vedno izvajajo.

3. **Zapor Basauri (Baskija – Španija)** – vir: Ambrosini, 2000; v prav tam

To je moški zapor s kapaciteto za 250 zapornikov, od katerih je bilo leta 1995 50 % uživalcev drog, od tega 75 % intravenoznih, 33 % pa jih je menjavalo pribor z ostalimi. 16 % jih je bilo okuženih s HIV in 40 % s hepatitisom. Ker je bil program uspešen v skupnosti, so ga želeli preizkusiti še v zaporu. Projekt se začne izvajati takoj, saj vsak zapornik ob prihodu v zapor dobi pribor za injiciranje, v nadaljevanju pa pribor menjajo preko zaposlenih.

Projekt se je izkazal za zelo uspešnega (tako kot zunaj zapora) in ga še vedno izvajajo.

2. 5. 1. 2 Raziskava o tveganih vedenjih v zaporih Ljubljana, Ig in Dob

Društvo Stigma je s pomočjo vprašalnika skušalo raziskati tvegana vedenja v zaporih. Tako so npr. raziskovali prisotnost oz. razsežnost rabe drog, spolnosti in tetoviranja znotraj zaporov ter preverili informiranost o načinih širjenja virusa HIV in hepatitisa C; na podlagi ugotovitev so nato lahko podali priporočila in ukrepe ter ugotovili potrebe in najbolj primeren način zamenjave sterilnega pribora za injiciranje drog.

Glavne ugotovitve raziskave so, da so obsojenci dobro informirani o načinih prenosa, ki predstavljajo največje tveganje za širjenje z virusom HIV in hepatitisom C (souporaba pribora za injiciranje drog, nezaščiteni spolni odnosi), slabše pa so informirani o drugih načinih, pri katerih sploh ne pride do prenosa teh bolezni, npr. preko kašljanja, souporabi tuša ipd. Raziskava kaže tudi, da v ZPKZ Ljubljana 33 % anketiranih obsojencev uporablja heroin, 17,5 % kokain, 45,6 % uspavala in pomirjevala, marihuano ali hašiš pa 20 od skupno 57

anketiranih. V ZPKZ Ig je odstotek manjši glede uporabe heroina in kokaina, saj ju uporablja 11,7 % anketiranih obsojenk, 47 % pa jih uporablja uspavala in pomirjevala (dvom, če je podatek pravilen...da gre tu res za zlorabo in ne predpisano rabo tablet). V ZPKZ Dob je odstotek uporabnikov heroina (7 %) in kokaina (3 %) še manjši, 28 % pa jih uporablja različne tablete in uspavala. V ZPKZ Ljubljana injicira droge 14 % obsojencev, na Igu 11,7 % in na Dobu 7 %. Ugotovili so, da v zaporu injicira droge manj oseb kot pred nastopom kazni. Rezultati pa žal niso prikazali razloga za ta pojav; je to morda osveščenost o tveganjih ali v pomanjkanju sterilnega pribora? Raziskovalci so potrdili hipotezo o tem, da obsojenci, ki z injiciranjem drog nadaljujejo med prestajanjem kazni, to počnejo na tvegan način, torej s souporabo pribora oz. z nesterilnim priborom za injiciranje. V Ljubljani in na Igu je večina obsojencev, ki injicirajo drogo na tvegan način, priznala, da so že okuženi s hepatitisom C. Na Dobu tovrstno tveganje ni tako izrazito, je pa problem v tem, da čistijo star pribor, pri čemer kljub čiščenju ostaja nevarnost bakterijskih okužb. Tvegano vedenje se kaže tudi pri spolnih odnosih, saj velika večina obsojencev iz vseh treh zaporov, ki priznava spolne odnose znotraj zapora, pri tem ne uporablja zaščite pred spolno prenosljivimi boleznimi. Večina tetoviranih obsojencev je tetoviranih zunaj zapora z uporabo sterilnega pribora. Od 121 tetoviranih obsojencev v vseh treh zaporih, jih je 51 tetoviranih znotraj zaporov. Zadnja ugotovitev je, da večina obsojencev, ki so kadarkoli v življenju injicirali droge, podpira projekt zamenjave sterilnega pribora za injiciranje. Projekt v večini podpirajo tudi obsojenci, ki nikoli v življenju niso injicirali drog.

Na podlagi ugotovitev so oblikovali naslednje predloge:

- Uvedba projekta v ZPKZ Ljubljana in Ig – zamenjava preko Stigme, čeprav so obsojenci na prvo mesto uvrstili iglomite. Na ta način bi imeli večji pregled nad uspešnostjo projekta.
- Obsojenci so izrazili strah pred povečanim nadzorom ob uvedbi projekta, zato je nujno, da stopnja nadzora ostane na enaki ravni kot doslej, če želimo, da se bodo obsojenci vključevali v projekt. Z zaposlenimi je potrebno doreči dogovor o sodelovanju in določiti pravila glede poteka projekta in samega izvajanja.
- Ob prihodu v zapor precej obsojencev začne droge uporabljati na manj tvegan način ali celo preneha z uporabo. Potrebno je ugotoviti, čemu, nato pa pripraviti načrt dela projekta, pri izvedbi katerega ne bi prišlo do povečanja števila oseb, ki drogo injicirajo, s tem pa bi zmanjšali tudi tveganje za predoziranje. (*Op.: Rezultati se ne skladajo s poročanji uporabnikov Društva Stigma: »Glavni razlog za injiciranje v*

zaporu, ki ga navajajo uporabniki drog, je ta, da je v zaporu na voljo manj droge, pri injiciranju pa je učinek droge največji» (prav tam, str. 11).)

- Predstavitev pozitivnih vidikov projekta obsojencem, ki nasprotujejo uvajanju projekta, seznaniti jih s tem, da je glavni namen preprečitev tveganih vedenj in ne spodbujanje uporabe ter destigmatizacija uporabnikov drog.
- Redna informativna predavanja o hepatitisu C in HIV, o njunem širjenju ter o varni spolnosti.
- Uvedba »drug free« oddelkov oz. oddelkov brez drog.
- Dostopnost do anonimnega prostovoljnega testiranja za HIV in hepatitis C.

Program zamenjave sterilnega pribora za injiciranje drog bi bil na podlagi ugotovitev projekta dobro sprejet in tudi koristen za obsojence, ki uporabljajo droge. Preden bi se program začel izvajati, bi bilo potrebno dobro načrtovati, kako bi se izvajal, da ne bi prihajalo do uporabe pribora na neustrezne načine ali povečanja števila uporabnikov, ki bi si droge injicirali. Glede na to, da se program uspešno izvaja v 60-ih zaporih po svetu, bi lahko z izvajanjem začeli tudi pri nas. Priznati si je potrebno, da imamo drogo v zaporu, da se jo injicira in da bo droga vedno prisotna, zato je bolje, da s pomočjo programa poskušamo omejiti širjenje hepatitisov in virusa HIV ter zmanjšamo tvegane oblike vedenja.

2. 5. 2 RAZISKAVA: TVEGANE OBLIKE VEDENJA V SLOVENSКИH PRIPORIH

Kruhar (2006) navaja, da v tujini predstavljata velik problem uporaba drog v zaporu in okužbe s prenosljivimi boleznimi (hepatitis, HIV, tudi tuberkuloza) predvsem v skupini intravenoznih uporabnikov drog. Kot posledica trgovanja z drogami je tudi naraščanje nasilja med obsojenci. Evropski center za droge in odvisnost (EMCCDA, 2004; v Kruhar, 2006, str. 289) je objavil podatek, da »odstotek zaprtih oseb, ki uporabljajo droge v zaporu, niha od 22 do 86,« kar pomeni, da je »razširjenost uporabe drog med zaprtimi osebami v državah članicah EU precej različna.« Za Slovenijo velja, da je uporaba drog in tvegana vedenja v zvezi s tem razmeroma nov pojav, kar pomeni, da še ni dobro raziskan. Vseeno pa se lahko pohvalimo s kar obsežno raziskavo Hrena in sodelavcev iz leta 2004 z naslovom Tvegana vedenja v slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora. Kruhar je podobno raziskavo izvedel v slovenskih priporih, katere glavne točke bom predstavila v nadaljevanju.

Rezultati raziskave so naslednji (prav tam):

- v slovenskih priporih je med 47,8 in 64,6 % uporabnikov nedovoljenih drog (ob 5 % tveganju ocene intervala);
- 33,3 % pripornikov je priznalo, da so storili kaznivo dejanje, da so si lahko z na ta način pridobljenim denarjem kupili drogo;
- vsaj 60 % pripornikov ima institucionalno kariero (ob 5 % tveganju);
- le 12,3 % pripornikov, ki uporabljajo drogo, pride do denarja za nakup le-te z nasiljem;
- nasilje pogosteje uporabljajo priporniki z institucionalno kariero;
- vsaj 20 % pripornikov, ki uporabljajo nedovoljene droge, prične z uporabo vsaj ene od drog v priporu;
- vdihavanje si je kot način uporabe heroina v priporu izbralo 51,9 % uporabnikov, 25,9 % si ga injicira, 22,2 % pa ga uporablja na druge načine;
- uporabniki kokaina v priporu se v enaki meri poslužujejo vdihavanja (46,2 %) in injiciranja (46,2 %), preostanek, 7,1 %, pa ga uporablja na druge načine;
- večina pripornikov, ki so uporabniki nedovoljenih drog, je starih do 30 let;
- nad priporniki, ki so uporabniki drog, je izvršeno več nasilja s strani sopripornikov in tudi zaposlenih kot nad tistimi, ki drog ne uporabljajo;
- priporniki, ki imajo institucionalno kariero, uporabljajo več drog kot tisti priporniki, ki so prvič v priporu.

Tovrstne podatke, ki jih je pridobilo tako društvo Stigma kot tudi Kruhar, bi lahko slovenska vlada uporabila pri spreminjanju zakonov v smeri zmanjševanja tveganja v zaporih in kot pomoč pri reševanju tovrstne problematike. Na tem mestu sem zbrala dovolj podatkov, ki pričajo o problemu uporabe drog v zaporu kot tudi v priporu in s tem povezanimi težavami, s katerimi se soočajo uporabniki drog. Menim, da bi lahko z uvedbo novih načinov dela, kot jih predlaga društvo Stigma oz. s pogostejšo rabo alternativ zaporu, ki jih že poznamo (hišni pripor z napotitvijo na zdravljenje), dosegli boljši dolgoročni učinek v obliki manjšega števila okuženih zaradi tvegane uporabe droge, zmanjšanja kriminalitete povezane z uporabo drog, usmerjanja odvisnih na zdravo življenjsko pot ipd.

Glede specifik žensk in njihove uporabe drog lahko zaključim, da se nad ženskami izvaja večji družbeni nadzor, da so uporabnice drog marginalizirane in da je njihova uporaba drog

pogosto posledica notranjih dejavnikov (nizka samozavest, avtoagresivnost ipd.). Veliko žensk je bilo v otroštvu spolno ali/in fizično zlorabljenih in se lahko soočajo z depresijo. Pri prvi uporabi drog ima pomembno vlogo partner. Probleme ne rešujejo na konstruktiven način, temveč z uporabo drog. Droga je v zaporu eden izmed glavnih problemov žensk. V ZDA je zaradi vojne proti drogi vse več uporabnic drog zaprtih. Zapori se polnijo z uporabniki drog, namesto s posamezniki, ki se ukvarjajo z organiziranim kriminalom. Peršakova (2006) pravi, da ženskam zapor škodi, ker vpliva na njihovo družino, so ločene od otrok, zato nadaljujejo z uporabo drog v zaporu, saj v drogi iščejo uteho. Injiciranje drog v zaporih predstavlja tvegano obliko vedenja, saj v zaporih primanjkuje sterilnega pribora. V ZPKZ Ig je v času raziskave uporabljalo 11,7 % obsojenk (Kruhar, 2006) heroin in kokain, enak odstotek si drogo injicira (vendar še vedno manj kot pred nastopom kazni). Večina tistih, ki si droge injicira, je okuženih s hepatitisom C. S programom zmanjševanjem škode lahko omejimo tvegane oblike vedenja.

Populaciji, ki jo izpostavljam v diplomskem delu, lahko pomagamo, jo vodimo in usmerjamo tudi socialni pedagogi. Ena oblika možne intervencije je zmanjševanje škode, kot jo omenja društvo Stigma. V prvi vrsti bi mogli pomagati pri uvedbi programa in nato še pri izvajanju. Socialni pedagogi lahko delujemo tudi kot zavodski delavci, torej po ustrezni dodatni usposobljenosti pomagamo odvisnim pri vzdrževanju abstinence, iskanju ustreznih virov pomoči, sodelovanju z zunanjimi institucijami, sodelovanju z družino in razreševanju morebitnih težav, ki se lahko pojavijo kot posledica odvisnosti družinskega člana, ali težav, ki jih je morda imela družina že prej in so dejavnik tveganja za uporabo drog pri konkretnem obsojencu/ki. Razrešujemo situacije, ki so v tistem trenutku kritične, potrebne pomoči. Obsojenca vodimo skozi program preko skupinskega in individualnega dela. Obravnava odvisnosti bi morala postati enako pomembna kot samo prestajanje kazni (penalni vidik), saj je pogosto odvisnost vzrok za storitev kaznivega dejanja. To pa bi pomenilo večje število strokovnih delavcev in posledično večji strošek državi. Menim, da bi se dolgoročno to bolj izplačalo, saj bi z intenzivno obravnavo odvisnosti lahko znižali odstotek povratništva. Socialni pedagogi pa bi se izkazali tudi pri postpenalni pomoči. Odvisni obsojenci so populacija, ki potrebuje socialne pedagoge, saj lahko nudimo pomoč pri vključevanju v družbo, iskanju zaposlitve, reševanju stanovanjske problematike, družinskih razmer itd. na terenu. Naša pomoč pa je nesmiselna, če uporabnik ni pripravljen sodelovati, zato mora biti interes obojestranski.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 CILJ/NAMEN RAZISKOVANJA

V času pedagoške prakse v ZPKZ Ig, ki poteka v okviru študija socialne pedagogike, sem spoznala, da je področje obravnave odvisnosti od prepovedanih drog v konkretnem zaporu neurejeno. Izkušnja mi je služila kot izhodišče za pisanje diplomskega dela, v katerem sem podrobneje proučila omenjeno problematiko tudi v nekaterih drugih slovenskih in tujih zaporih. Ob prebiranju literature sem spoznala, da imajo odvisniki strožje zahteve glede tretmana in podeljevanja ugodnosti kot ostali obsojenci. Poleg tega jim v zaporih niso na voljo programi zmanjševanja škode, kljub temu da se ve, da nekateri posamezniki v zaporih ne prekinejo z uporabo drog in da bi jim za manj tvegano uporabo in s tem omejevanjem širjenja okužb lahko zagotovili program zamenjave sterilnega pribora. V letnih poročilih Uprave RS za izvrševanje kazenskih sankcij (v nadaljevanju: URSIKS) je opredeljeno, da naj bi obravnava odvisnosti potekala skladno z izdelano strategijo (medicinska pomoč, edukacijski in motivacijski programi, visokoprazni programi). V raziskovalnem delu sem zato želela spoznati še vidik obsojenk o tovrstni problematiki, kakšna pomoč jim je v resnici nudena. Za raziskovanje problema v ženskem zaporu sem se odločila, ker se ženski razlogi za začetek uporabe drog lahko razlikujejo od moških in ker se zdi, da je raziskovanje področja uporabe drog in obravnave odvisnosti v večini omejeno na moško populacijo.

Glavni namen raziskovalnega dela je torej raziskati značilnosti uporabe prepovedanih drog in obravnave uporabnic prepovedanih drog v ženskem zaporu na Igu. Osrednja tema je pogled obsojenk na obravnavo odvisnosti, kakšna so njihova doživljanja, s kakšnimi problemi se spopadajo kot (bivše) odvisnice. Zanima me tudi, kaj v življenju jih je pripeljalo do odvisnosti, saj je ozadje pomembno za razumevanje sedanje problematike. Poleg preteklosti je pomembno tudi načrtovanje prihodnosti po odpustu iz zapora, zato bom obsojenke spraševala po njihovih načrtih glede obravnave odvisnosti, uporabe drog in načina življenja. Zanima me tudi, kako se obsojenke vsakodnevno spopadajo z morebitno krizo, željo po drogi, ali imajo željo po recidivu na izhodih (za tiste, ki imajo ugodnost izhoda), kakšno mesto v njihovem življenju ima družina, ali ta pomaga pri premagovanju ovir, stisk ali jim je obrnila hrbet. S pomočjo intervjujev želim izvedeti čim več o sami obravnavi odvisnosti in življenju obsojenk,

ki so odvisne od prepovedanih drog, saj bom z dobljenimi informacijami morda opozorila na morebitne šibke točke sistema in odprla nove teme za diskusijo na tem področju ter seveda sprožila morebitne spremembe na področju obravnave odvisnosti.

3. 2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Kakšen je potek sprejema odvisnic od prepovedanih drog v Zavod za prestajanje kazni zapora Ig, pri katerih se pojavi problem abstinenci krize?
2. Kakšne so izkušnje odvisnic s programom za obravnavo odvisnosti od prepovedanih drog, ki jim je na voljo v Zavodu za prestajanje kazni zapora Ig?
3. Kakšne so osebne strategije spoprijemanja z željo po drogah, s katero se obsojenke, ki so vključene v obravnavo odvisnosti od drog, srečujejo na izhodih, ki jim jih dodeli Zavod za prestajanje kazni zapora Ig?
4. Kakšni so varovalni dejavniki in kakšni dejavniki tveganja za ponovno uporabo drog pri obsojenkah, ki so vključene v obravnavo odvisnosti od drog?
5. Kako obsojenke, ki so vključene v program obravnave odvisnosti od prepovedanih drog, gledajo na svojo prihodnost in kako jo načrtujejo?

Na raziskovalna vprašanja bom odgovorila na koncu posameznih tematskih področij, saj se ti tematsko ujemajo z raziskovalnimi vprašanji.

3. 3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Za kvalitativno raziskovanje sem se odločila zaradi želje izvedeti čim več o življenju obsojenk, o vzrokih za odvisnost, skratka zaradi širšega pogleda na določeno problematiko. Glede na število obsojenk, ki so privolile k sodelovanju, teh je bilo 7, bi bilo tudi nesmiselno izvesti kvantitativno metodo raziskovanja, saj bi bil vzorec občutno premajhen. Prednost kvalitativnega raziskovanja pa je tudi v tem, da lahko s to metodo res dobimo dejansko predstavo o človeku.

3. 3. 1 RAZISKOVALNI INSTRUMENT

Podatke za diplomsko delo sem zbirala s pomočjo polstrukturiranega intervjuja. Na podlagi literature sem zbrala glavne teme in vprašanja, ki sem jih uporabila za izdelavo osnutka za intervju. V pomoč mi je bil tudi pogovor s psihologom iz zapora na Igu, tako da sem dobila vpogled v trenutno stanje, populacijo in na podlagi tega lažje izoblikovala vprašanja. Med izvedbo intervjujev sem vrstni red vprašanj spreminjala glede na potek pogovora, določena vprašanja pa sem dodala oz. postavila podvprašanja z željo po razjasnitvi določenih tem. Pogovori so z izjemo nekaterih manjših odstopanj tekli okrog naslednjih tem: začetki uporabe drog, problemi povezani z uporabo drog, sprejem v ZPKZ Ig, obravnava odvisnosti, izhodi, varovalni dejavniki oz. dejavniki tveganja za recidiv in načrti za prihodnost. Skupaj sem sestavila 46 vprašanj, ki so bili zastavljeni vsaki intervjuvanki, tista ostala, zaradi česar se instrument imenuje polstrukturiran intervju, pa sem prilagajala vsaki posameznici.

3. 3. 2 PRIDOBIVANJE INTERVJUVANK IN IZVEDBA POGOVOROV

Pridobitev privoljenja za izvedbo intervjujev je bilo časovno zelo zamudno. Ko so mi odobrili prošnjo, sem bila povabljen na domsko skupnost. Na tem sestanku sem imela možnost predstaviti namen diplomskega dela in pridobiti k sodelovanju kar največje možno število obsojenk, ki sodelujejo v programu obravnave odvisnosti oz. so podpisale terapevtski dogovor. V tistem času (junij 2010) v zaporu ni bilo veliko obsojenk, ki bi izpolnjevale pogoje za sodelovanje. Končno število sodelujočih je bilo 7, kar je premalo, da bi bil vzorec

lahko reprezentativen. Nekatere so bile sprva skeptične ali pa se sestanka niso udeležile, vendar so ob nekaj spodbudnih besedah ene od obsojenk, ki ima očitno velik vpliv, vseeno privolile k sodelovanju. Omenjena obsojenka se me je namreč spomnila, ko sem v ZPKZ Ig opravljala študijsko prakso in mi je hotela pomagati. Zahvaljujoč njej sem dobila sedem sogovornic. Nato sem psihologu sporočila imena obsojenk ter se dogovorila za datume in vrstni red za izvedbo intervjujev. Intervjuje sem opravila v dveh delih, en dan 4 in drugi dan 3. Menim, da so zaradi prenatrpanosti in proti koncu dneva tudi moje utrujenosti zadnji intervjuji opravljeni malce slabše, vendar nisem imela druge možnosti, če sem želela izvesti raziskavo. Ker so morali intervjuji potekati v času, ko je bil zavodski psiholog v službi in ker je imel še druge obveznosti, sem imela na voljo le dva dni, zato sem imela možnost ponudbo sprejeti ali zavrniti.

Intervjuvankam sem zagotovila anonimnost in jih pred intervjuvanjem opozorila, da bo pogovor zaradi boljšega beleženja sneman z diktafonom, tistim, ki jim ni bilo popolnoma jasno, pa sem odgovorila tudi na vprašanja o namembnosti mojega dela. Intervjuji so bili izvedeni v sobi za obiske dne 3. in 4. 6. 2010 brez nadzorstva paznikov ali prisotnosti drugih oseb.

3. 3. 3 OBDELAVA INTERVJUJEV

Vseh sedem intervjujev sem dobesedno pretipkala, posnetke pa nato zbrisala. Vsak intervju je trajal približno pol ure. Pretipkane intervjuje sem analizirala po postopku kvalitativne analize s pomočjo induktivnega pristopa kodiranja. Na podlagi odgovorov sem oblikovala kode prvega reda, ki sem jih v naslednjem koraku na podlagi podobnosti združevala v kode drugega reda. Kode drugega reda so mi nato služile za oblikovanje naslednjih tematskih področij, ki jih bom na konkretnih primerih predstavila v nadaljevanju:

1. Začetki uporabe drog in raba drog
2. Družina in uporaba drog
3. Problemi povezani z uporabo drog
4. Sprejem v zapor – abstinenca in odnosi
5. Obravnava odvisnosti
6. Ugodnost izhodov
7. Varovalni dejavniki in dejavniki tveganja za recidiv

8. Načrti za prihodnost

Zaradi zagotavljanja anonimnosti sem se odločila, da citatov intervjuvank ne označujem s črkami, številkami ali drugimi oznakami, ker bi se jih v nasprotnem primeru npr. v zavodu lahko prepoznalo. Citati so zato izbrani naključno in brez oznak, ki bi lahko kršile načelo anonimnosti.

3.3.4 ZNAČILNOSTI INTERVJUJUVANK

Kot sem že omenila, je bil pogoj za pristop k raziskavi vključenost obsojenk v program obravnave odvisnosti. Intervjuvanke so na sodelovanje pristale prostovoljno. Povprečna starost intervjuvank je bila 27 let, najmlajša je bila takrat stara 22 let, najstarejša 31. Z uporabo drog so začele povprečno pri 16-ih letih, najprej pri 11 letih in najkasneje pri 23 letih. Večina je sprva posegala po drogah, kot je marihuana in plesnih drogah na zabavah. Kasneje so bile vse razen ene odvisne od heroina, ta posameznica pa od drog, kot so metadon, morfij in tablete. Po drogi so v večini posegale zaradi problemov v življenju, neurejenih družinskih razmer in podobno. Tri obsojenke so obdobje mladostništva preživljale v zavodski oskrbi. V ZPKZ Ig ena intervjuvanka služi kazen zaradi kaznivih dejanj neposredno povezanih z drogo, zaradi preprodaje, ostale pa zaradi sekundarne kriminalitete, torej kraj, tatvin, ropov, ki so bili izvršeni za pridobitev denarja za nakup droge.

Opozarjam še na posebnosti pripovedovanja intervjuvank, na katerega me je opozoril že psiholog v ZPKZ Ig. Obsojenke so se morda bale povedati resnico, ker jih je bilo strah morebitnih posledic, ki bi jih imele, če bi jih zavodsko osebje prepoznalo v določenih spornih izjavah. Drugi vidik je še, da lahko intervjuvanke govorijo proti delavcem zavoda zaradi jeze, ker so jim npr. ravno ukinili režim, ker so bile nenapovedano testirane ali kaj podobnega, zaradi česar se želijo na nek način maščevati in očrniti strokovno osebje. Kdo ima prav, je zato težko preceniti in to tudi ni bil moj namen. Zanimal me je zgolj pogled obsojenk, ne glede na jezo in frustracije, ki so jim jih povzročili drugi, zanimalo me je, kaj doživljajo v tistem trenutku, vendar pri prebiranju citatov v ozadju vseeno upoštevajmo vidik subjektivnosti.

3. 4 REZULTATI POGOVOROV

3. 4. 1 ZAČETKI UPORABE DROG IN RABA DROG

Družina, osebnostne lastnosti, šola, vrstniki itd., vse to so lahko dejavniki tveganja ali pa varovalni dejavniki za začetek uporabe drog kot tudi za nadaljnjo rabo. Isti dejavnik nas lahko sprva povleče v drogo, potem pa se spreobrne in nam pomaga ohranjati abstinenco. Poznamo ljudi, ki imajo težke življenjske razmere, pa ne posežejo po drogi, so dovolj osebnostno močni, odločni. V tej raziskavi so zbrane le intervjuvanke, ki te moči niso imele in so začele z uporabo drog. Še več, zdaj so celo kaznovane posredno ali neposredno zaradi poskusa ohranjanja njihove odvisnosti.

V tematsko področje Začetki uporabe drog in raba drog so združene kode: prva uporaba droge – kdaj in zakaj, pogostost uporabe, način uporabe, vrsta droge.

Vse intervjuvanke sem najprej povprašala o njihovih začetkih uporabe drog, zakaj so začele, kaj jih je pripeljalo do tega, kakšen je bil vpliv vrstnikov, prijateljev na prvi poskus itd. Kot sem že omenila, je povprečna starost, pri kateri so začele uporabljati drogo, 16 let. Ena intervjuvanka je začela zgolj z rekreativno rabo drog (*»Rekreativna uporaba drog pomeni občasno uporabo ponavadi manjše količine drog z namenom zabave«* (Purkat & Sande, 2006, str. 63).), ki se je nato zaradi travmatičnega dogodka stopnjevala do ravni odvisnosti.

Ja recimo s travo sm se srečala prvič pr ene 16-ih letih, v 1. letniku, bl tko družba, sm se počutla bolj sprejeto, ne vem. Tko vplivi družbe no. In smo, takrt ta družba k smo bli, vsi kadil no. Pol smo počas, tm 17 sm bla stara, v 2. letniku začel na partije hodt, tko da so ble bolj te plesne droge: ekstazi, spid, tko. Potem sm mela pa pač eno tako težko stvar v življenu, oče mi je umrl no, sicer sm se takrt že mal nehala drogirat, tut te ekstazije pa to, ampak ta družba k sm z njimi hodila na partije so pa že heroin užíval ne. In takrt k je men oče umrl sm prvič pršla v stik s heroinom. In je bil tak, super blažilc no, tko bom rekla.

Ostale intervjuvanke so posegle po drogi zaradi neurejenih razmer, v katerih so živele. Uporaba drog je bila v nekaterih primerih prisotna tudi v družini oz. pri partnerju. Različni dejavniki tveganja so jih privedli do odvisnosti, ki je skupna vsem intervjuvankam.

Začela sm pred 9 leti. Ne vem zakaj, pr nas je bil prjatu en pa je on pol tam pr nas probu ne, pol smo pa še mi.

Za katere droge pa je šlo?

Za heroin.

Kar prvič že?

Ja. No pred tem smo še travo kadil, sam to je blo itak na isti dan. Zdej bo 9 let pa pol.

Začela sm pred 7 leti, ostala sm brez službe, mož je bil že takrat navlečen in čez čas sm še jaz začela.

In kaj te je zaneslo?

Okolje pač, okolje v kakršnem sem živela.

Kaj pa je bilo v okolju takega?

Bolj kot ne sm živela po domovih.

Si brez staršev?

Ja. Pa tko no nočno življenje, begala sm iz domov pa tko.

S kakšnimi drogami si pa začela?

Prvo sm z marihuano, kasnej sm pa še s trdo drogo, heroin pa kokain.

Pa so te vrstniki v to vpeljali?

Ne, ne, kr sama, ker sm želela poskust oziroma probat kako je če vzameš, kakšen je občutek, kaj doživiš pač ob tem.

Ne vem, mela sm ful probleme doma in tut oče je mel s tem veze in pač tko se je začel.

Spodnji primer v celoti izstopa od ostalih, saj gre za edini primer med intervjuvankami, kjer se je razvila odvisnost od metadona, morfija in ostalih zdravil, ki so bila prvotno namenjena zdravljenju boleznij njene mame. Seveda se tovrstne zlorabe ne bi smele dogajati, vendar jih je težko preprečiti. Poleg tega je imela intervjuvanka tudi težnje samopoškodovanja v obliki spuščanje krvi preko igle.

Kdaj pa si začela z uporabo drog?

Ubistvu je tak, js sm že pr 14-ih letih travo kadila pa kokain začela jemati. Zdaj teče že 13 leto odkar sm na metadonu, ubistvu js sm na metadon prišla, ne ker bi bla odvisna od heroina, ampak ker je mami zbolela za rakom in je dobila metadon proti bolečinam, nato pa je morfij dobivala ne in jaz sem potem probala kaj ona to jemlje in sem predozirala in mi je zdravnik povedal, da je to za odvisnike in to me je pritegnilo in sm tak začela. V teh 13-ih letih mogoče, če sm 10x, malo večkrat heroin probala, ker js sm bolj travo kadila ne.

Če te prav razumem si jemala od mami zdravila?

Ja, ker ona več tega ubistvu ni potrebovala več in mene je to pritegnilo. /.../Pol sm neki časa kupovala metadon, potem pa sm se v redni program vpisala.

Potem si pila ta metadon?

Ja, drgač sm bla pa težka iglomanka leta 2002, ko so me zaprli in to prebolela, mislim, da se nisem igle dotaknila, edino 2007, predno sm sm prišla 3 mesece sm kokain na iglo jemala, drgač sm bla pa taka težka iglomanka, da sm samo kri vn spuščela. Bolj sm bla od igle odvisna kot od česarkoli drugega.

Zgornji primer je zanimiv z vidika legalne podpore odvisnikom in oskrbovanja s substancami, od katerih so odvisni. Metadon, od katerega je bila odvisna, je dobivala legalno v okviru metadonskega programa. Naj dodam, da metadon še vedno dobiva v zaporu, torej je s tega vidika privilegirana, saj lahko legalno nadaljuje z odvisnostjo, medtem ko morajo njene kolegice trgovati z drogo na črnem trgu, če želijo ohranjati odvisnost.

Večini intervjuvank je skupna neka družinska tragedija, dlje časa trajajoča travma, družinske razmere, skratka okolje, v katerem je beg iz realnosti najlažje doseči s pomočjo droge. V dveh primerih je šlo za prvi poskus droge šele v 22. in 23. letu, v vseh ostalih med 11. in 16. letom. V teh dveh primerih je bil prvi poskus droge zaradi izgube zaposlitve in partnerjeve odvisnosti ter zaradi preprostega »firbca«, lahko bi rekla tudi črednega nagona... »*pr nas je bil prijatu en pa je on pol tam pr nas probu ne, pol smo pa še mi.*« Razlog za poskus droge v zgodnji mladosti je popolnoma drugačen kot v obdobju zgodnje odraslosti. Lahko je to zgolj naključje, vendar te teorije na tako majhnem vzorcu nikakor ne moremo posplošiti.

Intenzivnost uporabe drog pri intervjuvankah se je vedno bolj stopnjevala. Sprva so bile to občasne uporabnice, npr. za vikende, potem pa so posegale po drogi vsakodnevno. Nobena od intervjuvank ni imela težav z odvisnostjo od alkohola. Alkoholizem pa je bil v nekaterih primerih prisoten v družini, vendar več o tem v tematskem področju Družina in uporaba drog. Poglejmo si konkretne izjave intervjuvank glede začetkov uporabe drog in pogostosti uporabe:

Ja, js uno k sm prvič probala mi je blo slabo pa to, pol drugič me je pa kr povleklo, kr hotla sm še. Pol pa itak je blo vsak dan. /.../ Najprej sm na folijo, pol čez ene tri leta pa na iglo.

/.../ Mama mi je vedno govorila iz mehke droge prideš na trdo drogo, pa smo se smejali, pa je res.

Takrt sm prvič in pol še parkrat po tistem. Sm se nekak bala, k sm vedla, da heroin ni kul, ampak vedno bolj pa me je vlekl v to.

Na kakšen način pa si uporabljala drogo, samo med vikendi ali tudi med tednom?

Ne, skoz ne.

Tudi na začetku?

Ne, na začetku sm pa tko no, kolkr kdaj, odvisno no, kolkr sm se počutla.

Tko ja, doma sm bla, nisem mela kaj počet, včasih tut čez teden, kak je naneslo, pol pa redno.

Na začetku sm tko sam za vikende, pol je to pač pršlo tut med tednom ane.

Razlogi za uporabo drog so različni: za nekatere je droga tolažba, beg pred realnostjo, za druge preganjanje dolgčasa ...

Ne, ne kot tolažbo, ampak uno, lepo mi je blo. /.../ Ne vem, mene ni nič prisililo, js sm se sama prisilila v drogo.

Ja, sej pravm, je bil tko k blažilc.

Si tudi potem, po smrti očeta še kdaj jemala drogo kot tolažbo?

Ja.

Zaradi očeta ali tudi zaradi drugih stvari?

Zarad očeta.

Delno je družina vplivala na to pa mamina smrt mi je pa tak podrla tla pod nogami, takrat sm ubistvu bolj začela.

Koliko pa si bila stara ko je mama umrla?

17, brat je bil star 4 leta, sestra 7, druga pa 12. Ubistvu sm se na nek način drogirala pa za njih skrbela, očim je dobu delo in je šel v Bosno. Kljub temu da sm mela probleme z drogo sm za njih skrbela, jim dala jesti, vse sm za njih delala, kot da bi jim bla druga mati. In zato me ful prizadane, ker mi ne stojijo ob strani.

To je bilo potem bolj iz dolgčasa?

Ja, ja.

Si se kdaj tolažila z drogo?

Ja fulkrat.

Zaradi nasilja?

Ja.

Na podlagi zgornjih izjav lahko sklepamo, da imajo v zgornjih primerih smrt v družini, družinsko nasilje ali le dolgčas skupno točko – razvoj odvisnosti od drog in posledično zapor. Iz vseh teh dejavnikov tveganja se je v teh konkretnih primerih lahko razvila odvisnost od prepovedanih drog. Naj izpostavim še izjavo spodnje intervjuvanke, ki je z uporabo drog začela najmlajša:

Pa ti je kdo kaj o tem povedal? Kje si izvedela za drogo pr 11-ih?

Ne, vedla sm, takrt sm pač vedla že vse od droge, itak smo se tut v šoli pogovarjal pa pr zdravniku pa zdravnici k sm bla dost bolna pa sm sprašvala, pa tko ane.

Ta izjava potrjuje predpostavko, ki sem jo omenila tudi v teoriji, da včasih informacije o drogi lahko spodbudijo posameznika k eksperimentiranju z njimi, kar se je v tem primeru očitno zgodilo. Samo ona pa je govorila tudi o drogi kot iskanju efekta. Problem se je pojavil, kadar

ni imela denarja za nakup droge, da bi ponovno doživela ta občutek, da te »dvigne«, kot se je izrazila.

*Ja prvo sm bla ful nora na marihuano, na gandō no, pol kasnej se je pa men preobrnl na heroin ane, zarad tega ker je bil efekt, k sm bla dolg zadeta. Tko po heroinu sm bla ful tko, pr gandī pa je bil tak učinek, da si bil zadet neki časa, sčasoma si postal lačen, pol pa že kr zaspan ne in sm mogla it spat.
/.../ S koko sm se prbijala ane, zarad tega k mi je bil efekt. Pr koki je tko ne, te dvigne, pol te pa spusti pa si ful nervozen pa živčen pa tko ne. Sploh pa pol, če nimaš keša za nakup nove robe je pa pol ful tko bedn.*

Vsaka posameznica ima svojo zgodbo, svoje razloge zakaj je začela z uporabo, ki sem jih skušala predstaviti in poiskati morebitne skupne točke med njimi. Z uporabo so začele razmeroma zgodaj, povprečno pri 16-ih letih. Večinoma so z redno uporabo začele zaradi težav, s katerimi se niso znale spopasti na ustrežnejši način. V drogi so iskale pobeg pred realnostjo. Pogosto so omenjale besedo *družina* in težave, ki so jih imele znotraj te celice. Prav o družini in njenih vplivih na odvisnost intervjuvank bo govora v okviru naslednjega tematskega področja.

3. 4. 2 DRUŽINA IN UPORABA DROG

O družini kot varovalnemu dejavniku in tudi dejavniku tveganja sem namenila kar nekaj besed v teoriji. Poglejmo si, kakšno vlogo igra družina pri intervjuvankah.

V tematsko področje Družina in uporaba drog so združene kode: odvisnost v družini (partnerjeva), družinske zlorabe (nasilje), odnosi v družini, otrok in odvisnost, institucionalna vzgoja.

Prisotnost odvisnosti od alkohola ali drog med družinskimi člani/partnerji je zaslediti v kar nekaj primerih:

*Je bil brat.
Brat. Oče mama pa tudi recimo od alkohola nista bila?
Nikoli noben.
/.../ **Je tudi partner poizkusil drogo?**
Isto ja.
Je tudi on zapadel v to?*

Ja.

Kaj pa tvoj polbrat, je v redu?

On se sicer ne drogira, ampak... mislim 17 let bo zdaj star pa dela take stvari, ko ga bo prpeljalo al do Radeč al do zapora. Drgač mam še sestro, zdaj je stara 23 let, ona je tudi na drogi, ubistvu bolj na tabletah, jaz sem tudi bolj na tablete pa na travo kot pa na vse ostale substance, najmlajša sestra pa je stara 19 let, ona pa je zlo pridna res, nič se ne drogira, dela, za njo sm res vesela in z njo sm si edino tak res v kontaktu pa sva si res ful dobre.

No ja, oče je kao pil, sam to k sm bla mlajša.

Pa je potem nehal?

Ma tko no, ubistvu ne no.

Ne poročena, skup živiva že 12 let.

Torej vas je on v to vpeljal?

Ne, mislm, spoznala sm prek njega to drogo, ampak ni me on vpeljal. Jaz sem sama pač. Sam on je bil že leto dve na drogi, ko sem jaz začela in ni on krivec no, tak morem rečt.

Ne vem, mela sm ful probleme doma in tut oče je mel s tem veze in pač tko se je začel.

Oče je tudi odvisnik?

Ja, ja.

Uporablja samo drogo ali tudi alkohol?

Ja on je ubistvu bolj alkohol. Alkohola js ne maram, ga ne pijem.

/.../ Ko si bila majhna te je zelo motilo, da oče jemlje drogo?

Ja me ja motil, itak da me je. Sej sm že kot mala vedla, da kaj to je, da neki ni vredu, da neki je narobe.

Zloraba drog ali alkohola v družini po teoriji povečuje verjetnost, da bo otrok, ki je bil član take družine, tudi sam kasneje začel z uporabo. V teoriji sem predstavila tudi vpliv partnerja na začetek uporabe in zgoraj so zbrani primeri, ki dokazujejo teorijo. Gre torej za žensko potrebo po prilagajanju partnerju, željo po ugajati, in bolj kot sta povezana, večja je verjetnost, da bo ženska opravičevala partnerjeva deviantna vedenja (Peršak, 2006). V spodnjem primeru je bila prisotna uporaba drog pri očetu. Oče je drogo delil tudi s svojo hčerko, mama pa se ni želela soočiti s problemom. Družina je v tem primeru bila glavni dejavnik tveganja, saj ni nudila ustreznega zgleda, opore, temveč je oče po svojih stopinjah peljal še hči.

A oče ti je kdaj dal drogo?

Ja je ja.

Pa je vedel ali si mu jo vzela?

Ne, je vedu.

Kaj pa mama?

Mama je vedla kaj se vse dogaja pa si je bolj zatiskala oči k ne, no.

Poleg zlorab drog in alkohola je bilo v družinah intervjuvank prisotno tudi nasilje. Ena intervjuvanka poroča o zlorabah s strani očeta, vendar ni opredelila, za kakšno vrsto zlorab je šlo. Ostale jasno poročajo o fizičnem nasilju, ki so ga bile deležne s strani očeta, strica ali partnerja. V spodnjih dveh primerih intervjuvanki nasilja nad seboj ne obsojata. Pri drugi intervjuvanki je neobsojanje nasilja bolj nazorno izraženo. Morda obstaja povezava z očetom in njegovim nasiljem, saj ji je oče lahko postavil vzorec moškega, ki je nasilen do žensk, in je to zanjo postal vzorec, ki ji je znan in ki ga pozna, saj je ob takem moškem odraščala. Ker ji je nasilen moški poznan, ga morda išče tudi v partnerjih.

Ne, on (op. partner) je bil 18 let star, ko je bil prvič v priporu, sam takrat še ni blo droge pa tega, je bil zarad nasilja v družini pa tko. Zdej je pa isto dobu kot jst, na Dobu.

Kako to, da ima bivši partner skrbništvo nad otrokom?

Tamav je bil star 2 leti pa pol ko sva šla narazen, pa pol mi ga ni hotu dat, pa kr grožnje pa to.

On je bil kdaj nasilen do vas?

Ni, da bi rekla, da je bil uno nasilen, nisva se razumela, nisva bla za skupaj.

Ne, sej to je. Js te fante k sm mela so bli čisti in normalni in sm bla pol doskrat zarad tega od njih tut tepena pa tko. Ampak ubistvu razumem to dans, k sm ubistvu šla po svoje pa tko. Tedva, k sm mela mal bolj resno, sta mi hotla pomagat, da ne bi hodila tko vn, da bi staro družbo menjala, telefone, tko pač in sm bla doskrat tut tepena zarad tega.

So bili kakšni problemi? Zakaj sta te tepla?

Zarad tega k sm šla, da se ne bi drogirala. Hotla sta pomagat.

Se ti zdi, da imaš danes kakšne posledice, glede na to, da sta izvajala nasilje nad tabo?

Ne vem, ne to ne, ne, kje.

Se bojiš mogoče moških sedaj?

Ne, pa nekak so mi še všeč taki k so mal bolj strogi moški.

Pa si bila kdaj tudi s strani očeta tepena?

Tko, ja.

Tudi brez razloga?

Mislm tko, on je bil tut bolj strog pa tak. Ne ubistvu, pač k sm ga lomila al pa tko k je kej, ne vem no.

Spodnja intervjuvanka je edina, ki povezuje alkoholizem z nasiljem in je bila zaradi tega tudi napotena v vzgojni dom.

Ja no, sam bolj kot ne alkohol povzroča nasilje doma. V šoli so to opazl ne, sploh profesorji pa pedagogi itd. pol so pa pršli iz centra za socialno delo v šolo, so me odpeljal domov s policaji vred ane, in pol so hišno preiskavo nardil in od takrt se spomnem, da sm bla po domovih.

V spodnjem primeru intervjuvanka ni dobila podpore s strani družine in države. Želje po pomoči ni imela, zase pa je poskrbela tako, da je zbežala od doma.

Kakšni pa so bili odnosi v vaši družini pred začetkom uporabe drog?

Ful težki so bli, fotr me je skoz tepu in tko, niso bli dobri.

Pa mama ni nič naredila za to?

Ne ni.

Noben center za socialno delo se ni vpletel?

Ne nč. Dokler nisem zbežala k sm bla stara 14 let, prej mi pa noben ni pomagu no.

Nisem jih sploh prosila.

Odnosi znotraj družin pred uporabo drog so bili v vseh primerih, razen v enem, ko so se odnosi skrhalo zaradi uporabe drog, nefunkcionalni. Morda sta pri nekaterih intervjuvankah vzgoja in okolje, v katerem so odraščale, vplivala na odločitev za začetek uporabe drog. Dejavnikov tveganja, ki vplivajo na odločitev glede uporabe drog, je običajno več, zato se ne moremo osredotočiti le na enega, v tem primeru družino.

Preden sm začela z drogo sm brez besed, tako kot se spodobi ne. Ko pa sm začela z drogo pa so to zvedli je blo pa konc no.

Am, mela sm ful strozga očeta, k je bil res kr mal preveč strog, tko da ja taka vzgoja je bla. /.../ mama je bla pa ful blaga pr vzgoji, k je on umrl ... /.../ ona mi je pa velik svobode dejala in denarja, tko da, če bi bil oče, najbrž do tega ne bi pršlo, ampak k je on umrl je bla to ena travma, k sm si jo s tem tut zdravla.

Ja katastrofa, več smo bli tepeni kot pa siti, sej nismo bli lačni, ampak tak se reče. Ampak to je mene jačalo, mene to ne boli da bi me kdo udaru, mene bolj besede bolijo. /.../ Ma mama, ker je očim tolk na njo vplival, tudi on je njo tepel, ona ga je nazaj tudi, ampak vseeno ne.

Ja tko no, oče je v Črni gori in je hodu pač tja pa nazaj, mami me je hotla mal ustavljat, sam potem k je on šov se mi je odtrgal.

Ne vem, z mamu lih nistva ble ono, tut mama je ful stroga bla pa to, ni me nikamor pustla in js sm mogla it...

Dve intervjuvanki imata za seboj izkušnjo vzgojnih domov, v katere sta bili napoteni zaradi slabih družinskih razmer. Iz vzgojnih domov sta obe begali. Prva je bila celo 4 leta brezdomka. Občutki, da nikamor ne pripadaš, da nimaš zavetja doma, družine, ki bi te podpirala, so le še dodatni obremenilni dejavniki, ki vplivajo na odločitve posameznika.

Ja moja starša sta umrla, že ko sm bla otrok, 2 leti sm bla stara. In pol me je vzel stric, od očeta brat. Doma so ble pač težave, pač on je pil.

/.../ Ne, js sm bla najprej v Malči Belič, provzaprov sm najprej bla v Šentvidu pri Stični. Tm sm bla tolk časa, ker nikjer nisem mogla bit, ker sm bla pač premlada, 7 let sm js takrt mela in nikjer ni blo tazga doma za tolk let. Pol k sm dopolnila 8,5 let so me dal v Malči Belič, tam sm bla 5 let ane al 6 celo. Od tam sm šla v Višnjo goro, sm bla 3,5 let. Pol sm pa ja, iz Višnje gore sm šla na ulico, sm živela provzaprov res na cesti cela 4,5 leta. Čeprov k sm bla na cesti sm mislna da bom prej pršla v zapor, sam če tko pomislš sm le zdržala 4 zime, 4 spomladi, 4 poletja pa 4 jeseni, sm prej mislna da bom tko pršla, pa sm le zdržala tist. K ponavad je tko, k se ti uležeš na cesto prideš takoj v zapor al pa kej tazga.

Ne vem k od 14 leta nimamo stikov (op. z mamo), k sm šla od doma takrt.

Kje pa si bila potem?

Ja prvo sm bla pol leta pr sestrični, pol so me dal pa v te zavode, sm bla v Ljubljani, v Kranju pa v Predvoru, ma nisem nikjer dolg zdržala.

Tri intervjuvanke so pred prestajanjem kazni postale tudi matere. Spraševala sem jih o tem, kaj mislijo o vplivih njihove odvisnosti na otroka, kje je otrok zdaj, če kaj obžalujejo in podobno.

/.../ otrok je pri očetu svojmu, ni z mano bil.

A partner je tudi ozdravljen?

Partner je še na metadonu in zdej niža metadon.

/.../ Pa se vam zdi, da je ta odvisnost vplivala tudi kaj na otroka?

Ne, v to sem pa prepričana, sej prej nisem bla na drogi.

/.../ A obžalujete kdaj, da ste jemala drogo in je bil potem otrok prikrajšan za vaše materinstvo?

Ne sam otrok, vsi so bli prikrajšani tut js zraven.

Veliko, mislim, veliko je pretrpela zraven, razne hišne preiskave, racije nočne in tko, kar veliko je pretrpela.

/.../ Tud ne vem kaj ji moja mama govori. Vozi jo tudi okrog raznih psihologov, namesto, da bi mi hčerko pripeljala pa da bi se jst z njo pogovorila, ker je zdej toliko velka ne. Čutim tisto, da ni več tistega pristnega odnosa med nama.

A veš kako, prej sm bla 24 ur skup, non stop in pol kr na enkrat mami ni, valda da vpliva ne. /.../ Js sm prej rekla, joj, moj otrok ne bo mel nikol tazga otroštva k sm ga mela jst, pa lih tazga ma.

Vse tri se zavedajo svojih napak glede materinstva in posledic, ki jih je njihova odvisnost povzročila pri otrocih. Zavedajo se, da zamujajo otroštvo svojih otrok in da jih niso uspele uspešno vzgajati. Družina oz. v teh primerih matere kot varovalni dejavnik je zatajil. Za te tri otroke so matere postale (zaradi dolgotrajne odsotnosti in še pred tem vzgoje, druženja pod vplivom drog) dejavnik tveganja. V drugem primeru je skrb za otroka prevzela babica, v ostalih dveh primerih pa za otroka skrbita partnerja, ki sta vključena v metadonski program.

Intervjuvanke izpostavljajo težave, ki so se pojavljale znotraj družine. Le ena se ni pritoževala nad družino, ko pa je pričela z uporabo drog, pa so se tudi v njenem primeru začele težave. Nekatere so dobivale podporo s strani družine, druge ne. Tri intervjuvanke so si že ustvarile svojo družino in se zavedajo posledic, ki jih je njihova odvisnost pustila na otrocih. Družina bi v teh primerih lahko bila eden od glavnih dejavnikov tveganja za začetek uporabe drog.

3. 4. 3 PROBLEMI POVEZANI Z UPORABO DROG

To podpoglavje se nanaša na probleme, s katerimi so se intervjuvanke spopadale zaradi uporabe drog. Sem torej štejemo vse, od finančnih do zdravstvenih težav, kaznivih dejanj itd.

Pod to tematsko področje so združene naslednje kode: denar za nakup droge, kazniva dejanja v zvezi z drogo (primarna in sekundarna kriminaliteta), zdravstveni problemi, odnos z družino, zapor, izguba zaposlitve.

Denar za nakup droge sta dve intervjuvanki dobivali od staršev, vse dokler niso zvedeli, kam denar gre. Dve sta denar dobivali s strani države, ena prek socialne podpore, druga je prejemale štipendijo. Slednja je metadon dobivala preko metadonskega programa, kljub temu da ni bila odvisna od heroina, kar se ne bi smelo zgoditi. Nadzor nad vključevanjem uporabnikov v program bi moral biti bolj temeljit. Zaradi pomanjkanja denarja za nakup droge in denarja za preživetje so se vse intervjuvanke posluževale še kaznivih dejanj, kot so tatvine, preprodaje, ropi in goljufije, zaradi katerih so tudi zaprte.

/.../ pršu je kakšen tak prjatu pa je častiu, moj je tut privat delau, pa socialno smo dobivali. Pa tko no...

/.../ tatvine pa goljufije, tut to je blo vmes ja.

Ja na začetku prek mame. /.../ Aja, takrt mi je dajala, pol k je pa zvedla, da je to za drogo šlo, mi pa ni več, tko da sm mela to kar sm sama delala, plačo pa to, pol sm pa k to ni blo več zadost, pa tut kradla.

/.../ Avtoradio si ukradla zaradi droge?

Ja, za preprodajo pol.

Kot kelnarca sm delala, pa v kuhnji, pol ko sm se pa na metadon vpisala, sm pa itak tam zastonj dobivala. Travo pa itak, sej to spet ni tolik drago, pa štipendijo sm mela.

/.../ Moj oče je ful premožen, pa sm nekaj denarja tut od njega dobivala, ampak ko je zvedu, da se drogiram, pa mi nič več ni htel dat.

/.../ Dober, kake tatvine sem izvrševala, ampak da bi pa rop izvedla zaradi tega, da bi si drogo kupila to pa ne bi, pa spet nisem na taki trdi drogi bla da bi mogla to. Men sta metadon pa trava čisto zadostovala ne.

Ja kradla sem pa to ne.

Partner je prodaju drogo, z dilanjem ne.

Delala sem.

/.../ Te smem vprašati, si tukaj zaradi droge?

Ja.

Preprodaja?

Ne, rop.

Ja kradla sem ne.

Spodnja intervjuvanka je edina, ki je zaradi uporabe drog izgubila službo, s tem pa je izgubila vir dohodka za preživetje.

Ja ubistvu, ja no, so me pred sodnikom k so zvedli da sem se takrat drogiral, k sem bla neki časa čista. Pol prvič k sem od tuki pršla sem bla neki časa čista, sem lih rodila punčko sem delala in pol so zvedli, valda sem se drogiral in pol so me odpustili.

Droga pa je v življenje intervjuvank prinesla težave tudi na družinskem področju. Nekaterim starši niso nudili pomoči, drugim pa so pomagali iskati pot iz odvisnosti. Posamezne intervjuvanke so se soočale s stanovanjskim problemom, ker jim starši niso dovolili vstopiti domov ali pa so se morale odseliti.

Ja starši so me zavračali pol.

/.../ takrat sem bila stara ene 20 let, pa sem doma povedla da je to. Sejam neki so vedeli da je, sam za travo mi sploh niso tolik branili, za ekstezije pa to že, neki so vedeli da je neki družga, k sem se odselila k fantu, k je bil tuj od te družbe in tko so pol videli, da vidno propadam, da je neki druga. Šlo sem pustila, k sem prej skozi delala, delala sem preko študenta, pa tko no, videli so da sem se kar dost spremenila. In takrat sem se jst tolik navlekla, k mi je bilo tolik hudo in sem pršla k mami domov in sem ji to povedala, da sem odvisna od heroina ne, in to je bilo tak velik šok. Prvo mi sploh ni vrjela, k tolik se mi spet ni videlo, tko vedno sem bila urejena in mi je pomagala, takrat sem se jst hotela očistiti od tega. Mi je pomagala, sam nisem hotela na metadon al pa kaj tuzga, do bioenergetikov me je vozila, mislim, svašta sva probale ej.

/.../ k je povedla, da sem na igli, me pa včasih tuj niso domov spustili pa tko no.

Sam mela ja doma in pol sem se mogla odseliti, mislim sem pri prijateljih spala. Dobesedno na cesti sem bila, ampak ne da bi zdaj spala na cesti. Pol sem mela pa svoje

stanovanje pa socialno sm si zrihtala pol sm se pa zmenla, da se je cela socialna nakazala na račun od lastnika, tak ne.

Ja mami se je hotla skoz ukvarjat z mano v zvezi z drogo, pa skoz je neki hotla, pa sm se ji tut zlagala ubistvu, sej je vrede, sej je vrede in tko.

Ja starši so čuli, tut mama se je večkrat hotla pogovorit z mano, samo js nisem htela, sm raje se skregala pa umaknla ne. Ker od 18. leta živim sama ne, js sm se odselila od staršev in jaz tut nisem pustla, da bi se vtikali v me.

Med intervjuvankami so kar tri povratnice, ostale štiri pa so v zaporu prvič. Na vprašanje, če so bile že kdaj prej v zaporu, so odgovorile:

Nikoli.

Ja z 22 leti sm prišla v pripor, to sicer zarad enga vloma v avto, tatvina ubistvu, avtoradio sm šla ukradt. Kaznivih dejanj sm mela pa že ful ful ful.

Pa si zdaj že od 22 leta tukaj?

Ne ne, sm šla vn in potem sm spet nazaj pršla.

Jaz sicer sm povratnica, leta 2002 sm storila kaznivo dejanje ropa, pa sm priznala pa tudi nekaj mela od tega ne. Zdaj pa pač vem kdo je to nardil, ker jih pa pač nisem izdala sm pa pokasirala velko kazen.

Ne, drugič. Prvič sm bla ko sm bla stara 18 let.

Večjih zdravstvenih problemov, ki so posledica odvisnosti, injiciranja drog, intervjuvanke ne izpostavljajo. Nobena na primer ni izpostavila, da bi bila okužena s hepatitisom ali virusom HIV, vendar moramo upoštevati, da niso dolžne zaupati teh podatkov. Prva je opazila, da so ji začeli izpadati lasje, druga pa, da ima epileptične napade in pogoste angine. Morda so težave v neki meri tudi psihičnega izvora, saj naj bi se pojavile šele v zaporu.

/.../ pol k sm pršla v zapor so mi lasi začel odpadat ful/.../ mogoče od tega, ker enim na zobe udar, meni pa mogoče bolj na lase.

Zunaj jih nisem mela, zdaj jih pa mam. Recimo epilepsijo mam že od rojstva in sicer prirojeno. Zunaj nisem imela napadov, zdaj pa mam kar pogoste napade. Pred kratkim sm ga mela, sm si arkado razbila, lih včeraj so mi šive vn pobrali. Pa tak, pa angine, 1 leto sm mela non stop jih, so mi mandlje operirali. Vzunaj teh težav nisem mela.

Ne, zaenkrat ne.

Po podatkih URSIKS-a (2011, str. 53) so imele v letu 2010 ženske največ težav z »boleznimi srca in ožilja (85), sledile so bolezni dihal (80), nevrotske težave (77), bolezni lokomotornega sistema (67), bolezni prebavil (56).« Med vsemi obsojenci, ki so bili v letu 2010 testirani, je bil en okužen z virusom HIV, 11 s hepatitisom B in 60 s hepatitisom C. Koliko je bilo med njimi žensk, ni opredeljeno. Za preprečevanje širjenja okužb so v zavodih izvajali preventivne ukrepe, ne opredelijo pa, kakšne. Virusi se najlažje širijo med uporabniki, ki droge injicirajo, zato bi se kot prventivni ukrep lahko izvajal program zamenjave sterilnega pribora.

Intervjuvanke so kot posledico uporabe drog izpostavile naslednje težave: izvrševanje kaznivih dejanj zaradi pomanjkanja denarja (za nakup droge), ena je izpostavila izgubo zaposlitve, težave so imele z družinami in bivanjem doma, nekatere so povratnice, izpostavile pa so tudi nekaj zdravstvenih težav.

3. 4. 4 SPREJEM V ZAPOR – ABSTINENCA IN ODNOSI

Ob prihodu v zapor, ne glede na to, ali je posameznik priveden ali je sam prišel na prestajanje kazni, še vedno obstaja občutek negotovosti, kaj pričakovati, zapor je nekaj neznanega. Povratnicam je s tega vidika lažje, saj vedo, kaj jih čaka. Nekaterim intervjuvankam je poleg vseh teh strahov povzročala probleme še odvisnost, strah pred abstinenco krizo, v nekaterih primerih pa tega strahu ni bilo, saj so vedele, da je droga dostopna tudi znotraj zavoda. Na tem tematskem področju so me poleg občutkov ob sprejemu v zapor zanimali še odnosi med obsojenkami, kako kolegialne so si med seboj.

V tematskem področju Sprejem v zapor – abstinenca in odnosi so združene naslednje kode: »drug free« oddelek, abstinena kriza, abstinenca, recidiv, odnosi med obsojenkami, sprejem obsojenke s strani osebja, stvari, ki so jih intervjuvanke ob odvzemu prostosti najbolj pogrešale.

Glede ločenosti odvisnic od ostalih obsojenk, da bi imele oddelek brez drog, so intervjuvanke različnih mnenj. Na eni strani je večja skupina, ki se boji še dodatne stigmatizacije in diskriminacije ob morebitni vzpostavitvi oddelka, na drugi strani pa prva izjava intervjuvanke lepo utemelji, zakaj bi bil oddelek pozitiven za vzdrževanje abstinence.

To se men zdi dobr ne, ker če bi ble me ločene ne, je dost takih med nami k se nočjo sprement, in dost je takih k abstinirajo brez problema. Čist tko bom povedala, k sm mela dost dolgo kazn. 2 let sm bla čist kul, pol pred pol leta pa me je spet prjel, da bi se zadela, in če bi bla takrt med samimi takimi, k so abstinirale, pol zihra ne bi vzela droge, tko sm bla pa med takimi k so vzemale. Ne bi blo dobr, če bi ble sam me skup, edin če bi naredl ta »drug free«, da res so sami »cleeni«.

Lahko bi bil »drug free« oddelek.

Ne, men ne bi blo kul, da bi ble ločene, sej itak smo isto človk.

Ne, k se že tko mal diskriminira v zavodu.

Na kakšen način?

Ja ne vem, pač odvisnice, drugače nas majo, režimi, vse. Tut odnos paznikov do odvisnic je drugačen, se bojijo za razne bolezni, nas odvisnice krivijo za vse.

A pa se je že kdo od osebja okužil?

Ne, sam že tisti plakati k visijo od hepatitisa pa to. Čuti se drugačen odnos do ene, ki je zaradi tatvine tu, pa ene odvisnice.

Zanimiva je bila izjava spodnje intervjuvanke, ki kaže nestrpnost do obsojenk, ki prestajajo kazni zaradi umorov in poskusov umora, in bi želela biti ločena od njih.

Po mojem mnenju bi mogle bit ločene od morilk pa poskusov umora, od teh. Odvisnic nas je ful, pa veš kako ne, odvisnice pa morilke se mi zdi, da smo tam tam ne.

Ali po številu ali kako tam tam?

Ja, tko, po številu.

Abstinenčna kriza in vzdrževanje abstinence sta običajno zelo težka poglavja v življenju odvisnikov. Nekateri imajo srečo in lažje premagujejo težke trenutke, drugi pa lahko podležejo skušnjavi že zaradi majhnega razočaranja. Kaj se bo zgodilo s posameznikom, je povsem odvisno od njega in njegove notranje motivacije. Na vzdrževanje abstinence pa vplivajo tudi varovalni dejavniki in dejavniki tveganja, o katerih bo govora v enem od naslednjih tematskih področij. Ti dejavniki imajo enako velik vpliv na zdravljenje odvisnosti, kot so ga imeli pri začetkih uporabe drog. Poglejmo si, kako so se z abstinence krizo spopadale intervjuvanke, kakšne oblike pomoči jim je nudil zavod in kako uspešne so pri abstiniranju.

Da bi rekla zdej uno krizo ne, malo je blo, normalno, telo ni blo več zadeto, zdej tolko let na drogi pol pa nč. Ni blo več tako kot je blo prej, mogoče en mesec je to trajalo. En mesec mogoče, da je blo uno rahlo, da so me kosti bolele, ampak ni blo uno... /.../Od drog sm se odvadla prvi dan ko sm pršla, metadon sm pa pila še 1 leto po prihodu.

/.../ Js sm bivša odvisnica, js droge odkar sm pršla v zapor nisem probala niti vidla. In moram potrkat, da zdej odkar sm zaključla s to terapijo niti nimam nobene terapije.

Ja abstinenčno krizo ja... A veš kaj je tuki najbolj problem? Ker tuki, če nisi na metadon vpisan, kar je ubistvu zdravilo za opiate, al pa kero drugo tako zdravilo, pol te navlečejo oni še na hujš, na tablete, zato k oni, eni k pride sm pa krizira, bi blo bolš, če bi ji dal metadon, zato k to je zdravilo za krizo ane, kolkr pa da ji dajo ne vem kolk tablet, k itak ne pomagajo, ker še naprej trpiš, te itak še vse boli in tko. In te ubistvu navlečejo na tablete.

/.../ Ne, z zdravili bi loh nadaljevala v nedogled, če ne bi sama nehala. Tko no, pač parkrat sm še tko na folijo kadila, ko so bile kakšne droge notr ne, sm kupla, pol sm pa res rekla, da brez veze, da se mi ne splača več.

Ne, ne. Jaz sem tak z metadonom notr prišla in men je itak blo vseeno. Sm vedla, kak tu notr vse funkcionira in sm bla pripravljena prestajat kazen.

/.../Ja, čeprav mam ful željo nehat, ampak pač tu not je nemogoče, zunaj je nekak lažje.

Zakaj tako misliš?

Ne vem, tu je več napetosti, zunaj se ti izogneš, tu na žalost se ne moreš.

/.../ Si kdaj bila čista vmes?

Ne, ker metadon isto štejem kot drogo.

/.../ Ne, bolj tablete mi delajo težave.

Blo je tko ubistvu, lih en dan k sm pršla je pršu zdravnik in pol so mi dal metadon, sej hvala bogu no, tko da so mi dal metadon k sm ga zuni že pila pol in je blo bolš. Sm pa krizirala ja en dan in eno noč al kako. Pol sm pa jst ubistvu bla tuki in sm dobila izhod in sm šla vn in se nisem vrnila zdej 3 mesce iz izhoda in sm se spet navlekla in sm spet pršla nazaj. Tko da sm bla zdej 3 mesce na begu in spet navlečena tko da spet isto.

/.../ takrt se mi je ful trgal ponoč, mislm ponoč sm bla v tej prehodni sobi in nisem se sploh zavedala, k da sanjam ubistvu in sm se zbudila ene parkrat tko k sm iskala robo kao ne. In pol še une dve, k sta ble z mano v sobi so rekle, da sm govorila: »šit jst sm v zaporu, aja dobr, js grem spat.« Celo noč sm tko neki, bledl se mi je no, prvič se mi je to zgodil. Pa kr puške sm delala kao uno za snifat pa sm se zjutri kao zbudila pa tam poln pušk tam okrog pojstle. Celo knjigo sm jst takrt stragala, to je blo takrt k so pol kao klical na urgenco pa so mi prnesl apaurin.

Ja, ko sem prišla v pripor sm bla zlo navlečena od heroina plus dormicomov.

/.../Ja kriza je bla ful huda in sicer prve tri dni pol sm šla na metadonsko terapijo.

Prej ga niste jemala?

Ne prej ga nisem jemala, ne. Pol sm metadon pila 2 mesca, pol sm bla obsojena pa sm se odločila, da se tut metadona spucam. Kriza je bla zlo huda, čeprav sem postopoma niževala metadon, 2x na teden po 0,5mg, ampak vseeno se je vseeno tistih ta zadnjih 10 mg zlo čutlo. To so krči bli, bruhanje, zlo slabo prenašam krizo no.

/.../ Am, 8 dni sm mela.

/.../Obsojenka, ena je bla z mano v sobi, ena starejša ženska, ona mi je res stala ob strani, mi pomagala.

/.../ Potem ste že imela recidiv v zaporu?

Ja.

Ja krizerala sm se na suho ja.

Pa ti je kdo pomagal?

Ne, pomagal so mi sam s tem, da namest droge sm pa ful jedla hrano in so mi ful dajal hrano.

Samo enkrat si imela recidiv v tem času, ko si tukaj?

Ja.

Zaskrbljujoč je podatek, da le ena od intervjuvank še ni imela recidiva med prestajanjem kazni. Kot sem že omenila v poglavju o zapornicah in njihovih družinah, Peršakova (2006) ugotavlja, da zapor ženskam škoduje bolj kot moškim. Družinska tragedija nastane, ko ženska zaradi aretacije pusti vse vloge in obveznosti za seboj. Takšne družine pogosto razpadejo in ker ob odpustu nimajo ustreznega, stabilnega okolja, v katerega bi se vrnile, tiste z izkušnjo odvisnosti pogosto ponovno začnejo posegati po drogi. Poraja se mi vprašanje, če je morda zaporniško okolje, strog režim, stalni nadzor itd. tudi v primerih intervjuvank krivec za recidiv? Bi bila njihova pot k abstinenci lažja v drugačnem okolju? Če pomislimo, kazniva dejanja so po besedah intervjuvank izvrševale za nakup droge, kar pomeni, da če bi uspele abstimirati, ne bi imele potrebe po prestopništvu. Je zapor potemtakem res prava institucija za te ženske ali bi raje poiskali alternativo? Na drugi strani pa imamo drugačen pogled: droga kot sredstvo za pridobitev poguma in opravičevanje storitev kaznivih dejanj (Kanduč, 2006). Za vsakega posameznika bi morali oceniti, iz kakšnih motivov je storil kaznivo dejanje. Na podlagi tega bi bilo potrebno preценiti, kakšne težave ima v resnici ter ga ustrezno napotiti v ustanovo, ki bi mu zagotavljala najustreznejšo pomoč. Nekaj odvisnih prestopnikov je napotenih v zapor, nekaj pa, tako kot predvideva tudi zakon (Ur. list RS, št. 95/2004, z dne 27. 8. 2004), na obvezno zdravljenje na prostosti ali v ustreznem zdravstvenem zavodu.

Intervjuvanke sem spraševala po svetovalni pomoči v prvih dneh prihoda v zapor, ko so preživljale abstinenco krizo. Vse zanikajo pomoč svetovalca, zdravstvene službe pa naj bi skrbele le za ustreznost tablet, ki bi lajšale bolečino.

Ne, ne, sam tablete morm rečt. Tut psihiatrinja se ni pogovarjala z mano, tko kaj bi blo treba narest ampak bolj tko, kere tablete bi ustrezale.

Ne, sam zdravnik je pršu pa mi je dal samo za spat pa apaurin za pomiritev.

Pomoč pa je ena intervjuvanka našla med obsojenkami:

Js sm mela mogoč srečo k sm bla najprej v eni večji sobi k je blo več punc notr, pol so me dal pa v manjšo sobo, kjer sm bla z dvema starejšima gospema in sta me onedve k mame recimo ... Še onedve sta mi največ pomagale recimo. Z nekimi nasveti, pa sej bo vrede, pa dej no še mal, kar je blo ubistvu res, mi je to dost bolj pomenl.

Sicer pa o odnosih z ostalimi obsojenkami govorijo predvsem nevtralnno. Morda je vzrok temu miselnost, ki jo lepo opredeli naslednja intervjuvanka: »Ja, sej kle ni prjatlov. V zaporu ne išči prijateljev, niti ni tko družbe. Sam zato, da ti mine čas, da si ga skrajšaš, al pa da manj razmišljaš, da ne psihiraš.« Iz prvega citata spodaj je opaziti začetni strah, ki je kasneje izginil, iz drugega citata pa nesprejetost.

/.../ bala sm se samo žensk.

Ta strah je izginil?

Ja takoj, normalno. Js sm si čist drgač predstavljala ta zapor, ampak res nimam nobenih problemov tuki.

Ja je pa tko prva izkušnja k sm prišla v pripor ful slaba no. Mislm slaba izkušnja no, nobena mi ni pomagala, nobena me ni sprejela.

Ja nekaj sem jih tak poznala, sm bla v kontaktu, tak da ...

Aha, potem se nisi počutila izolirano?

Ne. Jaz tko sama funkcioniram, men je itak vseeno al se kdo pogovarja al se ne pogovarja z mano.

Ne, zapornice so men kul, smo se razumele. Nikol nisem mela težav, nikol nisem mela konfliktov.

Na vprašanje o tem, kaj so najbolj pogrešale, ko jim je bila odvzeta prostost, jih je največ odgovorilo, da drogo, sledi prostost, družina, družba. Dve zelo čustveno doživljata odnose z družino, obžalujeta, ker sta prizadeli svojce in kažeta željo po vzpostavitvi novih, zdravih odnosov.

Ne, najbolj sm pogrešala družino, drogo, partnerja, svobodo. Js odkar sm pršla sm, k me je policija prpelala sm na drogo čist pozabla. Ker to me je izučilo, sej po moje drgač ne bi pršla v zapor.

Družbo ... Pa sej kriza je težka no, sam sm po en stran mislna, da je ful dobr. Sm mislna sej bolš, da se mi to zgodi. Bala sm se sodbe ne kakšna bo. Valda pogrešala sm famulijo, pa že zun smo mel tko slabe odnose, da se tut po cele tedne nismo vidl. In šele pol, k si »cleen« pa butnejo tisti filingi na plan ne. Takrt mi je blo dost do tega, da bi se z mamu pogovorila, z bratom, sestru, tko.

Ja drogo nabolj, ker sm krizirala, pol k sm pa metadon dubla je blo pa vrede.

/.../ Ne vem, js se tuki ful lahko zadržujem v zvezi z drogo, mi ni težko zdržat k sm na metadonu pa to, ampak js pa tuki ful pogrešam, ful bl razmišljam tko za mami, tko kaj sm ji nardila, kaj sm ji tko hudga vse nardila in mi je ful hudo no. Drgač droge pa to ne pogrešam tko no, pogrešam sam starše, mami, to ful ful ful tuki pogrešam.

Potem ste verjetno na začetku najbolj pogrešali drogo?

Ooooo, zelo.

Bolj kot svobodo?

To pa res ja.

Kaj sm najbolj pogrešala? Pomoje, da prostost.

Bolj kot drogo?

Ja, pa sej drogo se kle tut dobi.

Tematsko področje naj zaključim z odgovorom na prvo raziskovalno vprašanje:

1. Kakšen je potek sprejema odvisnic od prepovedanih drog v Zavod za prestajanje kazni zapora Ig, pri katerih se pojavi problem abstinencijske krize?

Odvisnice v zaporu dobijo za lajšanje abstinencijske krize pomirjevala ali metadon, ki jih običajno jemljejo še dolgo obdobje. Ker običajno preživijo krizo v priporu, to pomeni, da še niso vključene v obravnavo odvisnosti, ki se začne šele, ko pridejo na oddelek za obsojence, zaradi česar nimajo možnosti svetovanja in drugih oblik pomoči. Nekaj podpore dobivajo od drugih pripornic, vendar le-te niso deležne vse, odvisno je od sočutja soobsojenk. Za lajšanje abstinencijske krize je zadolženo le medicinsko osebje.

Menim, da je reševanje problemov z zdravili napačen pristop. Problem vidim predvsem v tem, da dejansko zamenjajo prepovedano drogo za legalno drogo, pomirjevala, ki so jim redno dozirana. Tudi od npr. benzodiazepinov se lahko razvije odvisnost, zato na tem področju ne vidim napredka. Poleg tega jim je terapija dozirana tako dolgo, kot želijo, kar je ugotovila tudi izvedenka Varuha človekovih pravic (Obisk Zavoda za prestajanje kazni zapora Ig, 2009). Rešitev vidim v popolni abstinenci, saj se le v treznem stanju lahko realno soočijo s problemi ter se usmerijo v življenje brez drog in kvalitetno preživljanje časa. Četudi bi jim to na začetku povzročalo težave, se mi zdi dolgoročno ta pristop najboljši. Da bi abstinencijsko krizo odvisnice lažje premagovale, bi potrebovale usposobljeno osebje, ki bi jim stalo ob strani in pazilo, da se ne poškodujejo. Na voljo bi jim bila le zdravila, ki ne povzročajo odvisnosti, in le v času abstinencijske krize.

3. 4. 5 OBRAVNAVA ODVISNOSTI

Obravnavo odvisnosti v zaporu se loči na nizkopražne, višjepražne in visokopražne programe pomoči (URSIKS, 2011). Pri prvih programih se odvisnost od drog nadomesti z metadonsko terapijo in/ali drugimi medikamenti, pri višjepražnih programih se strokovnjaki poslužujejo edukacijskih programov in programov motivacije, pri visokopražnih programih pa se od klienta zahteva življenje brez drog, s podpisom terapevtskega dogovora, ki zavezuje klienta in strokovnega delavca k pravilom in obveznostim. O teh programih govori tudi Uršič Perhavčeva (2001), ki razdeli višje in visokopražne programe še na individualne in skupinske oblike pomoči. Na tem mestu si bomo pogledali, kaj menijo o obravnavi intervjuvanke, kje vidijo morebitne pomanjkljivosti, kakšni so njihovi motivi za pristop k obravnavi itd. Preden pa se posvetimo intervjujem, naj dodam, da je podpis terapevtskega dogovora pogoj za pridobitev določenih ugodnosti, kar pomeni, da pristop k obravnavi ni popolnoma prostovoljna izbira. Potemtakem imajo odvisnice, ki ne želijo abstimirati, »a priori« manj pravic, torej so sistemsko prisiljene podpisati dogovor, če želijo imeti pravico do ugodnosti, npr. izhodov.

V tem tematskem področju so zajete naslednje kode: vpliv svetovalčevega spola, zadovoljstvo z obravnavo, dostopnost svetovalca, razlog za pristop k obravnavi, predlogi za nove načine obravnave, sodelovanje z drugimi programi pomoči, individualna in skupinska obravnavo, nov program obravnave, urinski testi, potek obravnave.

V nekaterih teorijah (npr. Auer, 2001) je zaznati nagnjenost k temu, da naj bi ženskim odvisnicam strokovno pomoč nudile ženske. Zakaj ženske? Ker so odvisnice pogosto žrtve spolnega nasilja in nasilja nasploh s strani moških, kar so intervjuvanke tudi potrdile. Ob ženskih svetovalkah bi se počutile varneje, lažje bi jim zaupale. Intervjuvanke imajo svetovalca moškega spola, zato si pogledajmo, ali menijo, da je spol svetovalca res pomemben.

Ne, js sm zelo vesela zanj, je čist v redu.

Pa si se kdaj pogovarjala z mentorjem ali pa s kom drugim o tem?

Ne moreš neki zaupat njim.

Kaj misliš, da zaradi odvzema ugodnosti?

Ja, zato ja. Lahko se s psihiatrinjo pogovarjam, lahko se pogovarjam z doktor S. ki ma nas na detoxu prek, pa žrtve nasilja, ko je sem hodila, je mela pogodbo, zdaj pa ni in nam manjka to. Ubistvu njej sm pa totalno vse lahko zaupala.

Se ti zdi to, da imate mentorja moškega spola zate ovira, glede zaupanja?

Ne, itak mu ne morem, kot sm že prej rekla.

Men je to vseen, čepov se mi zdi, da se mu tut lah zaupa nekatere stvari.

Ne, mislm, da ne igra nobene vloge.

Za nobeno intervjuvanko spol svetovalca ne igra pomembne vloge. Tiste, ki imajo občutek, da mu lahko zaupajo, mu in bi enako zaupale ženski. Izpostavljen je bil tudi problem zaupanja zavodskemu osebju, kar sta izpostavili dve intervjuvanki. Če imata občutek, da ne moreta zaupati svetovalcu, potem obravnava zanju ni funkcionalna. Potem pa imamo nasprotno mnenje naslednje intervjuvanke: *»/.../ tut zaupam mu lahko, vedno k sm kej tazga povedala, nikol nisem zarad tega zgubla ugodnosti, ampak ene punce pa ne vejo, niti nočjo it do njega.«*

Pristopiti k obravnavi odvisnosti zaradi sebe ali zaradi ugodnosti? Stališča so bila podobna, v večini primerov se oba razloga med seboj prepletata.

Na začetku ... ne, je blo tut zaradi ugodnosti, ampak največ sm to zaradi sebe nardila. Hišnega reda se pa itak držim zaradi ugodnosti, to itak.

Zarad ugodnosti pa zarad sebe. Ker jst si želim it tut na zdravljenje, ker želim bit čista. Drgač pa zarad ugodnosti, ker jst se ne bi ponižvala, pa da me dve paznici tam gledata, k tam se morš slečt. Recimo jst nisem mogla dat urina, kolk je blo, 3, 4 tedne nazaj in sm ga ful dolg dajala in še to sm se ful mučla in valda sm vsa živčna postala in potem so oni ocenl, da je bil urin hladen in zato sm jst zgubila ugodnosti recimo. In po tem sm se pa res zadela, ker mi je blo »too much«, js nisem mogla več zdržat.

Ne, zaradi sebe.

Ugodnosti ne igrajo vloge pri tebi?

Ne. Deloma tudi, ampak bolj zaradi sebe, da zmorem.

Zdej ne delam nč zarad ugodnosti, ker vem, da jih ne bom dobila, tko da zdej ne.

Kaj pa na začetku?

Prej pa mogoče sm ja.

Obravnava na podlagi izjav intervjuvank poteka individualno, svetovalec je na voljo za pogovor, skupinsko pa se dobivajo enkrat tedensko, vendar so na skupinah prisotne tudi ostale obsojenke, ki niso odvisnice. Skupinskih razgovorov samo za odvisnice v tistem času ni bilo organiziranih. V ZPKZ Ig sicer pripravljajo nov program obravnave, ki naj bi ga vodila mlajša socialna delavka, vendar obsojenke, kot bomo lahko videli v nadaljevanju, niso ravno navdušene nad programom oz. informacijami, ki so jih dobile v zvezi z njim.

Če želim pogovor z njim ga dobim. Sej je mentor reku lepo na skupini, da če kera rabi pogovor naj pride do njega.

potem pa k ti je določen režim pa podpišeš to obravnavo odvisnosti, k so pa itak sam urinski testi pa ne vem, če je še kej drugga. Js kej dost pogovorov nisem mela tko individualnih.

/.../ Kaj pa skupinski pogovori?

Ne, itak se o tem ne pogovarjamo.

O čem pa se?

Čist o drugih stvareh, ker niso sam odvisnice na skupini. /.../kako je v sobah, take stvari no.

Kako pa poteka ta obravnavava?

Urinski testi.

Aja te skupine, sam tam na njih se ne govori kej tazga, sam kako smo, vsi tiho, noben nč ne reče, kako je v pralnici in to je to.

Kaj pa individualno, je možnost priti na pogovor?

V naprej se moreš naročit pa čakati pol.

Koliko časa pa se čaka običajno?

O včasih dolgo, včasih ko so dopusti še posebej dolgo.

Pa ste že kdaj izkoristila to možnost in šla na pogovor?

Ja sem bla ja.

Pa ste bila zadovoljna?

Ma niti ne.

Zakaj ne, kaj je manjkalo?

Ma ne vem povedat, njim je tisto, da jim je vseeno po eni strani. Ja tak odnos je, ne posvetijo se ti tisto res, na hitro opravijo s tabo, ostalo pa ...

Ja, takrt sm mogla podpisati terapevtki dogovor pa da pristajam na to, da sodelujem s centrom za socialno delo. To sm mogla podpisati, ker če ne bi tega podpisala, ne bi prišla do ugodnosti, zunajzavodskih ugodnosti. To pomeni polodprti režim, izhodi, pogojna pa tko naprej.

Tuki obravnave odvisnosti sploh ni, za mene.

Poleg obravnave, ki jo vodi svetovalec, so odvisnicam na voljo tudi programi zunanjih organizacij, kot sta Projekt človek in Stigma.

Sodeluješ mogoče s Projektom človek recimo?

Ja pogovarjam se z njimi že kr neki časa, ampak smo se tko zmenil, da jesen bi začela hodt tja na pogovore, ker se mislm it tja zdravt.

Stigma pride ja, sam tak pridejo punce na pogovor, ne pa, da bi zdaj kaj o odvisnosti glih.

Kmalu po izvedbi teh intervjujev so v ZPKZ Ig uvedli tudi nov program, ki v tistem času še ni zaživel, vendar odvisnice nad njim niso bile navdušene:

Ja to je tak, to je pa spet notranja delovka ne. Ni isto.

Ja to je res, samo oni so zato tukaj.

Ja sam oni so delavci zavoda in njim ne moreš recimo rečt, danes sm se ga pa zadela. Ne moreš tega povedat.

/.../zdej bo kao ena skupina z eno gospo k bo sam za odvisnice.

Si se prijavila?

Ja ja.

Se veseliš?

Ja mi je všeč, k ene so se ful bunile, da jim je bed pa to. K kaj maš pa za delat tuki, mogoče bo pa še kej v redu.

/.../sicer bo zdej neka socialna delavka, ful mlada, iz knjig se ven uči, tko da je isto kot, da bi ti knjigo bral ne. Nimajo pravega osebja za to, js pravim. To bi mogel met nekdo, ki je že bil na drogi, ki abstinira že par let in da ti tak nekaj pove ne.

Ja to nej bi pa blo zdele, naj bi mela ena, sploh nima pojma, res nima ženska pojma o pojmu. Ne ve niti kaj je kokain, kakšen učinke ma, ne ve niti kaj je igla. Mislm ve kaj je igla, sam...

Kaj pa je ona?

Ona naj bi zdej mela to individualno, kaj pa js vem kaj je ona. Ona je tuki notr pa nima izkušenj, nima izkušenj ona! Nima izkušenj z drogo, niti ne z narkomani, z odvisnostjo, nč nima. Mentor pa ve kako je. Sej ni važna izobrazba, važn je kolk maš ti s tem stika.

Boš hodila vseeno?

Ja bom ja, ker je to pogojeno z ugodnostmi.

/.../Ni obravnave odvisnosti tuki.

Kako si jo pa predstavljaš?

Jah ne vem.

Si bila kdaj na obravnavi, kdaj prej?

Ne nikol. Jah ne vem no, da dobiš vsaj enga terapevta, k ma kej pojma o tem, ne pa tko k bomo mi zdej dobil eno k je pršla iz šole lihkar in to smrkla, k nima pojma o pojmu, mislm iz knjig načitana, to zame ni obravnava.

Izpostavljen je ponovno problem zaupnosti, saj je svetovalka zaposlena v zaporu. V veliki meri ji očitajo pomanjkanje izkušenj z odvisniki in zgolj teoretično znanje. Bolje bi sprejele nekoga, ki je bil nekoč sam odvisnik. Le ena intervjuvanka gleda pozitivno na nov program. O uspešnosti programa in njegovih začetkih žal nimam podatkov. Poleg kritik novega programa, ki mu intervjuvanke sploh še niso dale priložnosti, pa so prisotne tudi kritike obstoječega programa.

Ne, k jst sm rekla direkt enkrat svojmu mentorju, da kakšna je to obravnava odvisnosti, da ubistvu kaj, daješ urinske teste, da niti pogovorov ni, niti unga tretga, četrga ni in ubistvu na to odgovora noben ne ve.

/.../ ampak ni prov določen npr. 2x na mesec morte pridt do mene, da se o tem pogovarjamo, tega ni no...ne vem, ni urejen dobr no.

/.../ premal je mentorjev, preveč drugih stvari je in nekak smo potisnjene v ozadje. In že tko, tud odvisnice mam tuki ful slabo štartno osnovo proti drugim ne. Recimo mi če dobimo izhode, prvi mesec dva 12-urna, potem nasledn mesec tri 24-ure šele potem 53-urne. Druge k pa niso odvisnice so pa lahko, pa majo recimo isti člen k jst, pa je lahek in sm ful velko kazen dobila za to, male tatvine ne, čist tko bom rekla, ena pedofilka k je zlorabljala al svojga nečaka, otroka, pač pod tem členom je zaprta, pa ma prvi izhod 53-urni ne. Tuki mam štartno osnovo tolk na psu no, niti ne razumem.

... ni pravega osebja ne, za nekaj takega, da bi ...

Kritiko prve intervjuvanke bi lahko razumeli kot resnično željo po obravnavi, saj jasno pove, da si želi rednih razgovorov in da pri odvisnosti samoiniciativa ne zadostuje, da potrebuje neke vrste prisilo. Poleg tega pa se ji zdi, da so odvisnice drugače obravnavane kot ostale obsojenke že po podeljevanju ugodnosti. Zgovorna je bila tudi, ko je bilo govora o spremembah, ki bi jih uvedle v programu.

Mogl bi bolj delat na tem, da bi blo kakšno res zdravljenje al pa kakšni strokovnjaki iz tega področja, da bi res z nami delal, k to ni tolk mejhn problem. Sej tist sestanek pa to...

/.../Hm... ja mogu bi bit en usposobljen strokovn delovc k mal več o tem ve. Ne sam, da je prebrov knjige, k je bil tut neki časa z odvisniki pa da pozna vse te naše fore, da zna prepoznat tut človeka k je v stiski, k je recimo tik pred recidovom pa tega noče povedat ne.

Da bi nam omogočili it na detox med prestajanjem kazni. Da dajo možnost tistim, ko se res trudijo pa majo željo.

Js bi vsaj ne vem več s kakšnem psihiatrom, psihologom, tko ne vem.

Bolj individualno?

Ja ja, ker js mam dost težave, tko psihično ful. Tko da dokler ne bom to razčistla ne bo nč, po mojem.

Ma men je kul kolkr je, mogoče bi rada sam mal več druženja pa mogoče kakšne različne dejavnosti, da bi neki počel ob tem. Kakšne delavnice, da bi, al pa kej tazga.

Predlogov za nov način obravnave je kar nekaj, vendar glede na negativni odziv na novo svetovalko, bi se lahko zgodilo, da bi kritizirale tudi svoje lastne predloge za spremembe. Če gledamo realno, marsikatera intervjuvanka še vedno posega po drogi in nekaj je takih, ki so jasno povedale, da ne nameravajo prenehati, zato se sprašujem, zakaj bi jim bil potem drug

program vseč, če nimajo potrebe in želje po abstinenci. Kritizirajo nekaj, v kar so prisiljene zaradi ugodnosti in na nek način niso imele druge izbire.

V sklopu tematskega področja o obravnavi odvisnosti lahko odgovorim na drugo raziskovalno vprašanje:

2. Kakšne so izkušnje odvisnic s programom za obravnavo odvisnosti od prepovedanih drog, ki jim je na voljo v Zavodu za prestajanje kazni zapora Ig?

Nad programom obravnave odvisnosti od prepovedanih drog odvisnice niso najbolj navdušene, želijo si drugačnih pristopov. Imajo tudi oblikovane neke ideje, kaj bi bilo boljše. V zaporu se trudijo, da bi jim zagotovili ustrezno obravnavo, zato so začeli uvajati tudi nov program, ki so ga z izjemo ene vse intervjuvanke zavračale. Poudariti moram, da s programom še niso začeli in da so njihova mnenja izoblikovana zgolj na govoricah in ne na izkušnjah. V največji meri vidijo problem v svetovalčinem pomanjkanju praktičnih izkušenj z odvisniki. S svetovalcem so načeloma zadovoljne, vendar jih moti to, da je zaposlen v zavodu in da mu ne morejo zaupati, ker se bojijo, da bi jim ukinil ugodnosti. Želijo si zunanjih sodelavcev. Obravnava poteka individualno, vendar nimajo določenih terminov za razgovore. Za pogovor se morajo dogovoriti same. Tiste z manj iniciative se razgovorov s svetovalcem zato ne udeležujejo. Skupinski sestanki so namenjeni vsem obsojenkam. Odvisnice bi rade imele obravnavo tudi v skupinski obliki, vendar jim ni zagotovljena, čeprav je v načrtih za zdravljenje odvisnosti v zaporih opredeljena. Zunanja sodelavca zavoda sta pretežno Društvo Stigma in Projekt Človek.

Menim, da bi obravnavo odvisnosti lahko zastavili bolj dinamično. Individualna obravnava v obliki razgovorov ni primerna za vsakogar. Ljudje smo si med seboj različni, zato so potrebne tudi različne oblike obravnave. Zavedam se, da je zapor v prvi vrsti penalna institucija in ne zdravstvena, vendar dokler ne rešimo problema odvisnosti, bomo le zapolnili zapore s povratniki. Kriminaliteta odvisnikov je v večini povezana z denarjem za nakup droge, kar pomeni, da če jih ne bomo ozdravili odvisnosti, bodo še naprej izvrševali kazniva dejanja. Dolgoročno je torej bolj smiselno, da jih zdravimo odvisnosti, kot le kaznujemo. Pri obravnavi bi bilo priporočljivo, da sodelujejo tudi družinski člani odvisnikov. Tiste intervjuvanke, ki imajo podporo družine, so namreč veliko bolj motivirane za abstiniranje kot tiste, ki podpore nimajo.

Glede na to, koliko odvisnikov se znajde v zaporih, bi lahko imeli zaposleno osebje, ki je specializirano na področju odvisnosti in bi se ukvarjalo le s to problematiko. Področje bi se ločilo od drugega strokovnega dela, kar bi pomenilo večjo intenzivnost obravnave. Obravnava bi postala bolj načrtovana in ne prepuščena le samoiniciativnosti obsojenk, vseeno pa je pomembna tudi motivacija obsojenk. V ZPKZ Ig v času izvajanja intervjujev še niso imeli zaposlenega strokovnega delavca, ki bi prevzel področje obravnave odvisnosti, morda zato, ker je zavod dokaj majhnega tipa. V ZPKZ Dob imajo namreč zaposlena kar dva terapevta, ki se ukvarjata z obravnavo odvisnosti (Zavod za prestajanje kazni zapora Dob pri Mirni). Praviloma jo izvajata v skupinski obliki, v primerih, ko posamezniki skupinskega dela ne zmorejo, je obravnava individualna (prav tam). Na Dobu imajo zaposlena terapevta in imajo skupinsko obravnavo odvisnosti, na Igu pa nimajo terapevta in imajo le individualno obravnavo (v terapevtskih skupinah so prisotne tudi neodvisnice). Problem bi lahko morda rešili tako, da bi si enega strokovnjaka delila dva manjša zavoda.

3. 4. 6 UGODNOST IZHODOV

V tem tematskem področju so zajete naslednje kode: ima/nima izhode/ov, pogostost izhodov, koriščenje dopusta zunaj zavoda, spremstvo, kam na izhod, abstiniranje na izhodu, recidiv na izhodu, urinski testi po izhodu, preživljanje prostega časa, beg, »nepravičnost« podeljevanja izhodov.

Izhodi so zunajzavodske ugodnosti, na katerih lahko odvisnice hitro pozabijo na terapevtski dogovor. Nekatere pa se tudi v zaporu še niso dokazale, da so dovolj močne, da bi abstinirole, zato ugodnosti do nadaljnega nimajo možnosti koristiti. Ravno zato je o tej temi lahko govorilo manj intervjuvank, ker pač niso imele vse možnosti koristiti ugodnosti izhoda. V času intervjuvanja je le ena od sedmih intervjuvank lahko koristila ugodnost izhodov, tri pa so jih že okusile, vendar jih imajo do nadaljnega ukinjene. Dve intervjuvanki nista dobro sprejeli odločitve kolegija, prva je izbrala težjo pot, trudi se dokazati, da si zasluži izhod, druga pa je raje posegla po drogi, zato so ji bili s spremembo režima primorani vzeti vse ugodnosti.

Vsak teden cel vikend. Plus, ker js delam v kuhinji imam dopust zdej do 24.

Aja, dopust lahko koristite zunaj?

Ja lahko, ker mam odprti oddelek.

Izhodov potem nimaš sedaj, prej si jih pa imela?

Ja. (op. izgubila zaradi hladnega urina, kasneje res imela recidiv; glej izjavo v poglavju obravnava odvisnosti – pristop zaradi sebe ali ugodnosti)

Mela izhod ja, ampak so govoril kao da nimam kam it, da nimam svojega stanovanja, da bom na cesti, kar nekaj so se šli. Ampak jaz mam stanovanjsko pravico. Potem pa so mi dali take brezvezne izhode s socialno delavko, da se mi je mešal. Jaz mam kam it, jaz mam željo it domov, da vidim očima, čeprav ga oče kličem, ate ga kličem, brata pa sestre. In zdaj se bom trudla, da mi bodo dali, da grem čim prej domov.

Sam dva izhoda sm mela. /.../ Pol sm pa jst ubistvu bla tuki in sm dobila izhod in sm šla vn in se nisem vrnila zdej 3 mesce iz izhoda in sm se spet navlekla in sm spet pršla nazaj.

Ne. /.../ noter sm kršila terapevtki pakt.

Prej k sm mela polodprti režim so me prov zaprov jebal, če lah tko rečem, ker nimam kam it za vikende. In sm bla zelo jezna in sm zelo razočarana nad tem, ker jst mam partnerja, hodi mi vsak teden na obisk in ker moj mentor mi ni pustu, da bi šla k njemu. Ker on je tut pršu sm na razgovor ne.

Je on odvisnik?

Ja, bivši.

Mogoče pa zato.

Ja sej zato, ampak glej, pršu je fotr, pršu je fotr, k on žvi pr očetu doma ane. Sm mela upanje, da bi vseen šla lah domov, pol sm pa rekla, nej gre vse to v kurac in lepo sm si nabavla drogo in k sm mela urinski test, sm si zanalašč to nardila, da sm bla pozitivna, da so mi zaprl režim, da so mi zaprl obiske, ker nisem mogla žvet s tem, oziroma js nisem mogla tuki funkcionirat, js nisem mogla spat.

Izhodi odvisnic se od izhodov ostalih obsojenk na začetku razlikujejo po tem, da morajo imeti spremstvo. Spremstvo ni najbolj zaželeno med intervjuvankami, še posebej, če gre za spremstvo s socialno delavko, z zunanjimi sodelavci zapora. Izhod je v tem primeru stalno nadzorovan, zato je za obsojenke nesmiseln, saj so nadzorovane tudi v zaporu.

Samo odvisnice imajo na začetku spremstvo ne. Js sm ga tut mela 1 leto, sam ko sm dokazala da sm čista, so mi ga pol ukinli. Sej, če si ti vrede pol normalno gledajo nate, če pa ti nisi pol pa normalno, da tut oni ne bodo. Vsaj pr men je blo tko.

Tut to recimo lah povem, da jih ful skrbi spremstvo, če maš izhode ne. Recimo jst sm polnoletna pa me more mama pridt iskt al pa sestra. Ko bom pa enkrat izpuščena jih pa ne zanima nč več. To se mi zdi neumno.

Kako pa izgleda izhod s socialno delavko?

Katastrofa, ona je kar izjavla, da sm neko deko odtujila in da sm drogo vzela, a urinski test je bil negativen, pa ne da bi goljufala pri testu, ampak normalno sm dala urin in se mi je ful zamerla. Zdaj pa je ena mlada prišla in sm z njo šla v Ljubljano za

5 ur, pol ure pred izhodom mi je mentor prišu povedat, da mam izhod in takih izhodov jaz ne rabim res.

/.../ pa eno socialno delavko mi je hotu uturit k je sploh ne poznam, ne vem ne kdo je, ne kaj je, ne kako je... Fanta pa puznam 6 let, je pa razlika.

Kaj naj bi ona počela s teboj?

Ona naj bi pršla po mene, za par ur, za 6 ur, in da bi bla jst tm z njo. In kaj nej jst tm z njo delam in kaj nej se jst tm z njo pogovarjam, če je sploh ne poznam?!

Zanimalo me je tudi, kaj počnejo na izhodi, kako preživljajo prosti čas zunaj zapora. Poglejmo si primer funkcionalnega izhoda in primer dveh izhodov iste osebe, ki sta se končala z recidivom in v enem primeru celo z begom.

Js grem k mami.

S partnerjem imata še stik?

Js hodm vsak teden na obisk, na nočitve.

/.../ Js sm doma pr starših, pa pol če je kakšna veselica al kak dogodek pa gremo pol vsi skupi vn, drgač pa sm doma.

/.../ js sm se ga mal napila. Mami je rekla, da greva na morje, js sm pa budala šla mal po svoje, kao kolegi pa to, pol sm pa spet snifala kokain in to je blo to. Zarad tega sm js pol rekla, da ne grem nazaj.

/.../ kaj si počela takrat prvič?

Takrt sva šle z mami, jo je moj bivši fant prpelu, tko da smo šli vsi trije na kavo, pol sva šle v mesto, ja v mesto sva šle, pa tko je hotla, da ja ne grem stran. Pa sm bla z njo ene 2 urci pa me je ful prepričvala, da ne grem po svoje, js sm pa hotla it in sm šla in to je to. Takrt sm se napila, zadrogirala in to je to.

Koliko časa pa si imela izhod?

8, ne 12 ur ubistvu. Od zjutri do zvečer, tko.

Samo dve intervjuvanki na izhodi nista imeli recidiva, kljub temu druga v času intervjuvanja ni imela izhodov zaradi recidiva znotraj zapora. Kako sta premagali skušnjave po drogi na izhodi, kaj ju je zamotilo, da nista pomislili na drogo?

Js sm začela po 5 mescih hodt na izhode in js ne pomislim niti na to. Js ko vidim kle punce zadete meni je vse ravno. Nobene posebnosti nič.

Ne vem, družbo sm zamenala, dost sm se s sestram družla pa njihovo družbo pa tko. Dost sm se z nečakoma ukvarajala, domov sm pršla sm mami pomagala, čist drug način kolkr smo ga mel prej ane in tut oni so me začel tko sprejemati. Facebook recimo mi je bla tko ena ful velika stvar in ko sm dam pršla sm šla najprej na Facebook. Ne vem, pa sm ugotovila, da mi ni težko, če sm doma, pa da mam odnose z domačimi k mi edini stojijo ob strani, ful dobr ne, tuki sm vidla, da drugi itak niso frendi. Ene par jih še mam, drgač tolik velke družbe kolkr prej k sm njih dajala pred družino pa ne.

Prva intervjuvanka na vprašanje ni odgovorila direktno, vendar je iz njenih prejšnjih izjav razvidno, da ima podporo družine, kar ji je lahko, vsaj na začetku, pomagalo pri abstiniranju. Sedaj je prišla že do te točke, da se na drogo ne ozira več, kar je dodaten plus zanjo. Druga jasno izpostavi pomen družine in menjave družbe. Sedaj jo vsi podpirajo na njeni novi poti k abstinenci. Nobena od njiju ni nikoli imela recidiva na izhodu, kar pa ne velja za intervjuvanko, ki je spodaj tretja po vrsti.

Ne.

Ne, na izhodu ne.

Sam k vn pridem pa ... na izhod sm šla evo, pridna sm bla vse, pa kiks.

Po vrnitvi z izhoda so dekleta običajno testirana za uporabo drog s pomočjo urinskih testov, ki se izvajajo nenapovedano. Nenapovedane teste izvajajo tudi za odvisnice, ki nimajo izhodov in so podpisale terapevtski dogovor. Če je urinski test pozitiven, se jim avtomatsko ukinejo ugodnosti.

Isti dan se še ni zgodilo, ker js pridem nazaj v nedeljo. Lahko v pondelk, lahko v tork, sredo ... v glavnem nenapovedano, skrit ne morš. Slej ko prej, itak te vidjo pa te dobijo.

Ja, skor vedno. Se zgodi včasih da ne, ampak drgač večinoma ja.

So pri prvem izhodu vedeli, da si imela recidiv?

Ja pomojem, da so, ne vem, mislm testa mi niso neredl takoj, pa tut pihat mi niso dal, tko da ne vem. Ta drugič so pa vedl.

V zvezi z izhodi sem si zastavila tretje raziskovalno vprašanje:

3. Kakšne so osebne strategije spoprijemanja z željo po drogah, s katero se obsojenke, ki so vključene v obravnavo odvisnosti od drog, srečujejo na izhodih, ki jim jih dodeli Zavod za prestajanje kazni zapora Ig?

O strategijah spoprijemanja z željo po drogah na izhodih iz intervjujev nisem veliko izvedela. Le ena intervjuvanka je imela v tistem času izhode, ostalim pa so jih začasno ukinili ali pa te ugodnosti še niso imele priložnosti koristiti. Dve na izhodu nikoli nista imeli recidiva. Izpostavili sta podporo družine, menjavo družbe, v prostem času zaposlitev z različnimi aktivnostmi, kot je npr. šport, da pozabiš na drogo. Ena intervjuvanka je imela težave z vzdrževanjem abstinence le na izhodih, v zaporu ji to ni delalo težav. Razloga za to ne najde.

Za premagovanje skušnjav po drogi je po mojem mnenju v prvi vrsti ključna odločnost, v drugi pa podpora, ki jo prejema posameznik od družine in prijateljev. Druženje s staro odvisniško družbo ne bo obrodilo sadov, zato čaka po odpustu posameznika težka naloga, splesti novo socialno mrežo, ki ga bo podpirala pri abstinenci. Univerzalnega recepta za vzdrževanje abstinence na izhodih ni, vse leži na plečih posameznika.

3. 4. 7 VAROVALNI DEJAVNIKI IN DEJAVNIKI TVEGANJA ZA RECIDIV

Varovalni dejavniki in dejavniki tveganja vplivajo najprej na začetek uporabe drog, potem pa tudi na vzdrževanje abstinence. Na tem mestu si bomo pogledali drug pogled, kateri dejavniki vplivajo na motivacijo za ohranjanje abstinence in kateri dejavniki le-to otežujejo. Kljub temu da so si intervjuvanke med seboj različne, imajo dokaj podobne odgovore. Poleg sebe dajejo na prvo mesto še družino, primarno ali v nekaterih primerih tudi sekundarno, ki so si jo ustvarile same. Opazne so tudi razlike med tistimi, ki želijo resnično živeti novo življenje, tistimi, ki odkrito povedo, da nimajo interesa abstimirati, in tistimi, ki še niso oblikovale svojih ciljev. Zadnje so po mojem mnenju najbolj ranljiva skupina, saj ne najdejo svojega mesta, »bi, pa ne bi«. Njim bi dodatno svetovanje in usmerjanje gotovo koristilo, že če uspe v enem primeru, je trud poplačan.

V tematskem sklopu Varovalni dejavniki in dejavniki tveganja za recidiv so zajete naslednje kode: družinska podpora, podpora prijateljev, odvisniška družba, partnerjeva odvisnost, lastna motivacija, izobraževanje v zaporu, dejavniki tveganja za uporabo drog (na splošno), želja po drogi, stigmatizacija, otrok kot motivacija.

Lastna motivacija je za ohranjanje abstinence ključnega pomena. Odvisnik si mora sam želeti abstimirati in šele potem mu bo uspelo. Prisiliti ga ne moremo. V prvi vrsti bi moral biti »jaz« in šele potem motivacija povezana z družino, otroki in podobno.

/.../ zdej sm pa čista, ker nikol ne veš kaj bo naprej, ampak js sm si ful zadala, da ne bom nikol več, pol pa ne vem kako bo. Zadnje v življenju bi mi blo, da bi še kdaj pomislila na to, res zadnje. Js boga milim, da bo tako naprej, pol pa ne vem. K to na drogi, to ni življenje. Js nikdar ne bi pršla v zapor zarad goljufije, tatvine, če ne bi blo droge, nikdar.

Ful si želim met otroka, pa res si ne želim več tazga lajfa, niti seb ga ne prvošim, niti svojim bližnjim, k so preveč pretrpel in jst tut.

Čim prej, da bi pršla ven iz zapora pa da živim normalno pol kot človek. Z metadonom pa se bom vrjetno začela prej čistit, pred izpustom.

Ne, jst bi se sam rada odvadla od tega metadona, pa da bi vn pršla čista pa da bi mami pomagala. K to mi je ful želja, drugo pa sploh ne razmišljam.

Ja da grem čim prej domov.

Pa bolj zarad ... ja na prvem mestu bi mogla zarad sebe spremenit, da bi pol lahko še zarad nje. Ker, če se na seb ne bom nč spremenila pol se lah še ne vem kako trudm pa tut na nje ne bom nč popravla. Tko da js sm ta zapor vzela bolj tko ... iz vsega slabga je neki dobrga. Tko da lah js začnem mal na seb delat pa pol k vn pridem, da postopoma tut s hčerko začneva pol naprej.

/.../ sam hočem met neki od lajfa no. Hočem neki družga.

V primerih intervjuvank se lastna motivacija malce prepleta z motivacijo glede družine. Želijo sebi in družini življenje brez drog, brez odvisnika za družinskega člana. Zanimiva sta mi bila odgovora tretje in pete intervjuvanke po vrsti, ki sta na vprašanje po tem, kaj ju motivira, da abstinirata, izpostavili željo po izpustu iz zapora. Vprašanje je, ali sta si napačno razlagali vprašanje ali pa si z abstinenco želita zagotoviti pogojni odpust in s tem hitrejši prihod na prostost. Utemeljitev najdemo v 109. členu, 4. alineji Kazenskega zakonika RS (Ur. list RS, št. 95/2004, z dne 27. 8. 2004):

»Obsojenec je lahko pogojno odpuščen, če je mogoče utemeljeno pričakovati, da ne bo ponovil kaznivega dejanja. Pri presoji, ali naj se obsojenec pogojno odpusti, se upoštevajo predvsem povratništvo, morebitni kazenski postopki, ki tečejo zoper obsojenca za kazniva dejanja, izvršena pred nastopom kazni zapora, odnos obsojenca do storjenega kaznivega dejanja in oškodovanca, njegovo vedenje med prestajanjem kazni, uspehi na področju zdravljenja odvisnosti in pogoji za vključitev v življenje na prostosti.«

Podpora s strani družine je poleg lastne motivacije med najpomembnejšimi varovalnimi dejavniki, česar se zavedajo tudi intervjuvanke. Nekaj intervjuvank ima partnerja z odvisniško preteklostjo, kar lahko pomeni, da si bodo drug drugemu v spodbudo ali pa bo učinek nasproten.

/.../ js mam starše ki mi stojijo ob strani, res vsi, brati in sestre in ni da ni. Js mam zrihtano doma famulijo k me res spoštujajo. Mogoče, če tega ne bi mela, da mi ne bi stali ob strani, mogoče bi bla še na drogi.

Drugače čutiš podporo s strani družine, razen od sestre?

Tudi ja.

Od mami.

Kaj te najbolj motivira, da ostaneš čista?

Mama.

Ne ti?

Ne.

Ker zdej sm že 9 mescov zaprta in niti enkrat ni pršla na obisk, niti hčerke mi ni prpelala, tak občutek mam, sramuje se me tut, da sm v zaporu. Ne vem, podpore nimam lih s strani družine.

Partnerja?

Partnerja mam na Dobu zaprtega, tko da ...

Js s svojimi starši itak nimam stikov, tko da moja družina je moja mala pa moj parter ne.

Kaj pa partner, ima tudi on odvisniško preteklost?

Ja, ma ja.

Je še vedno odvisnik?

Ja, samo na metadonu je, ja je.

/.../ on si ful želi mal drgačnga lajfa, tut zmanjšuje metadon in to, ma dost vsega skup. Tut on bi rad mal drgač žvel.

Poleg družine del socialnega življenja predstavljajo tudi prijatelji, družba. Odvisniki imajo običajno tudi odvisniško družbo, kar pomeni, da če želijo abstimirati, avtomatsko izgubijo prijatelje, ostanejo sami. Intervjuvanke sem spraševala, če pogrešajo staro družbo, če bi se vrnile nazaj in če imajo mogoče prijatelje, ki jih podpirajo in jim stojijo ob strani.

Ali pogrešate staro odvisniško družbo?

Ne, sm tokrat vidla, da ne.

Tko, tko kolkr kdaj, kaj nej rečem.

Včasih pogrešam.

Torej se nameravate vrniti nazaj?

Po vsej verjetnosti ja.

Ne, rada bi se postavla na noge.

O prijateljih dodajo še dokaj različne pripombe, od podpore do zavračanja:

Mam eno ful dobro prjatlco, ona je bla ubistvu tut zaprta, je šla pred kratkim vn. Sicer mi ne dovolijo kontaktov z njo, ampak mi ful stoji ob strani.

Je tudi ona odvisnica?

Je bla odvisnica, ampak mislim, da zdaj ne konzumira ničesar.

Mela sva takšno družbo, k sva se s tem tut bavla, tko da sva bla sam v krogu odvisnežev ne. Vse prijatle sm zgubla k so bli normalni, so se umaknili stran in sm bla v krogu samih odvisnikov.

Ali čutiš podporo s strani partnerja, prijateljev?

Ja.

Tko, itak k prideš v zapor vidš kdo je prav prjatu pa kdo ne. Ponavad itak to niso pravi prijatli, ampak to šele tuki vidš.

/.../ Bla sm odvisnica, ampak js sm se ful mal z odvisniki družla. Js sm se bolj z neodvisniki, k tut niso vedl, da se jst drogiram pa to. So šele pol k sm sm pršla zvedl.

Spraševala sem jih še, kaj mislijo, kateri so dejavniki tveganja za uporabo drog pri ljudeh na splošno, ne v njihovem primeru. Odgovori so si med seboj podobni. Izpostavijo vpliv družine, pomen otroštva, družbe, lastne trdnosti ...

Neurejene družinske razmere vidm pr dost puncah tuki, družba, tko recimo, da si ti nesamozavesten. Vsaj pr men je blo to, samozavest, direkt to no. Kaj je še, recimo dostopnost drog, k so dostopne ful preveč. Pa prov vsi vejo, pa se ubistvu nč ne spremeni. Trend, sam trend, sicer se mal spreminja. Včasih so ble recimo bolj plesne droge v modi, zdej vem, da je alkohol pa kakšni amfetamini pa to, pa kokain recimo spet, tko trendi ne. Sej tut recimo k grem vn k sm na izhodih vidm ... Kje sm ostala? ... ja ubistvu k sm šla vn sm vidla, da ful folka pije pa kokain, zdej je to čist normalno za njih. Folk se sploh ne zaveda, da to ni žur.

Ne vem, js mislm, da je to že od prej kako, k ga vse to mori, al ne vem zakaj. Dolgčas, ne vem, ne vem ...

Ka jaz vem, pri nekaterih je otroštvo krivo, je otroštvo slabo ne, družba je tut, ne vem, vsak ma nekej ne.

Js mislm, da človeka pripelje do tega, da postane odvisnik, predvsem mogoče družba /.../ Lahko je tudi družina tista, ki ga pripelje do tega, da se začne drogirat. Lahko da ma doma koga, al pa tko prijatla, prijatlco al pa ne vem kr tko enga človeka al pa ne vem ...

Sej nikdar ne veš, lah enkrat za čist banalno stvar, neki nesrečen ne, pa boš šov vzet. Pa rečeš enkrat, da mal pozabm, pa nikol ni enkrat, čim enkrat vzameš je konc.

Intervjuvanke, ki imajo težave z vzpostavitvijo abstinence, sem spraševala po tem, kateri dejavniki vplivajo na to, da si zaželijo droge. Dve sta govorili bolj o načinu tolažbe, na nek način begu pred realnostjo, ena pa ni znala opredeliti, kaj jo v tistem trenutku pritegne k drogi.

Ne vem, ko sem ubistvu najbolj jezna, pa najbolj živčna.

Kaj pa te razjezi?

Vse ubistvu in zaposleni in obsojenke, nekatere no.

Ne vem, js to ne vem, men ponavad kr naenkrat me prime. Js sm lah uzuni pa se mam ful lepo pa mal pijem pa to, pa družba in kr naenkrat, sploh ne vem zakaj, se mi obrne in js grem po robo. To kjer koli, grem kadit al pa karkoli, ne vem, ne vem zakaj. Sploh ne razumem tega sama ne.

/.../ Ne morem iz svoje kože, to je tisto. Ful sm razočarana nad družino in ne vem, ko sem zadrogirana pozabim na vse to.../ Tut abstinrala sm zdej 7 mescov, so mi oni pošiljali domov urinske teste, vse mogoče, pa ona ni tega sprejela, ona je še vedno mene krivila, da se jaz drogiram, da se nisem nič spremenila in pol sm se nazaj začela drogirat ne.

Kot varovalni dejavnik razumemo še izobrazbo. Izobraževanje je obsojenkam na voljo, vendar to možnost izkoriščata le dve intervjuvanki. Ena dokončuje aranžersko šolo, ker ima namen nadaljevati šolanje še s študijem, druga pa končuje osnovno šolo. Poleg izobrazbe kot take se zdi izobraževanje pozitivno tudi v smislu preživljanja kazni, saj čas na ta način hitreje mine in še kvalitetno je izkoriščen. Pri ostalih intervjuvankah me je zanimalo, če bodo šolanje nadaljevale po odpustu in si s tem povečale možnost zaposlitve, vendar več o tem v naslednjem poglavju, ko bo govora o načrtih za prihodnost.

Širša družba pogosto izkazuje nestrpnost do odvisnikov in zapornikov. Dodatno marginaliziranje posameznikov, ki so že tako osebnostno šibki, lahko situacijo le še poslabša. Le dve intervjuvanki se ne počutita stigmatizirano, s tem da se ena od njiju ne ozira na ljudi okoli sebe, kljub temu da ve, da jo obsojajo. Ena intervjuvanka meni, da bo stigma splahnela ko si bo življenje uredila na način, ki je družbeno sprejemljiv.

Ne. Eni so taki no, da te pol čudno gledajo ko poveš, samo jst, kaj nej si misli to kar če.

Js mislm, da ko bom neki dokazala družbi, ko bom mela svoj avto, k si bom flet zrihtala, pač to materialno kar mam v načrtu, takrt me bodo mal drgač gledal ja. Pa ko bom mela otroka pa to. Takrt k bom živela tak stil k je njim sprejemljiv ane. Če bi bla pa še kr doma pa brez keša bi pa vsi rekl sej iz nje pa itak nikol nč ne bo.

Ja.

Kako pa to doživljaš?

Ja hudo mi je, sam kaj nej.

Kot zapornica ali kot odvisnica?

Oboje. Ker od tam, ko jaz prhajam je majhen kraj. Sicer sm iz centra mesta, ampak vseeno sosed za soseda vse ve, tut prej so me že, pač te policijske scene, tko da je cel kraj vedel kaj delam.

Ja, čeprav men ne deluje, da sm odvisnica, marsikateri pa. Zakaj? Zarad tega, ker ... mislm marsikateri, že po zobeh ane. Čeprav ene so si jih dale popravt tuki, k so mele res grozne, majo proteze. Js mam hvala bogu še svoje.

Četrto raziskovalno vprašanje se glasi:

4. Kakšni so varovalni dejavniki in kakšni dejavniki tveganja za ponovno uporabo drog pri obsojenkah, ki so vključene v obravnavo odvisnosti od drog?

Pod varovalne dejavnike in tudi pod dejavnike tveganja za ponovno uporabo drog intervjuvanke izpostavljajo družino. Osebna motivacija je prav tako postavljena v ospredje. Motivacijsko delujejo tudi otroci in prijatelji. Dejavniki tveganja so lahko stara odvisniška družba, stigmatizacija in uporaba drog kot način tolažbe. Partner lahko po eni strani deluje pozitivno, po drugi pa proces zdravljenja otežuje. Vsi zdajšnji partnerji intervjuvank so (bivši) odvisniki, torej je tudi od njihove trdnosti odvisno, ali bo partnerka zmoгла abstimirati. Če bo eden podlegel skušnjavi, obstaja verjetnost, da bo za seboj potegnil še drugega. Izobraževanje v zaporu predstavlja še zadnji varovalni dejavnik, ki je bil izpostavljen. Izobrazba bo prišla bolj do izraza pri iskanju zaposlitve, vendar je koristna tudi v zaporu, saj obsojenkam šolanje omogoča kvalitetno preživljanje prostega časa.

Večino varovalnih dejavnikov in dejavnikov tveganja so intervjuvanke že izpostavile. Zagotovo obstajajo še drugi, po katerih jih nisem spraševala. Najpomembnejši je osebni pristop k problemu odvisnosti in nato še pristop družine. Podpora družine pri ljudeh, ki nimajo trdne osebnosti, pomaga pri izgrajevanju nove identitete in posameznika usmerja na poti k vzdrževanju abstinence. Varovalni dejavnik predstavlja še vključitev v zdravljenje odvisnosti po odpustu iz zapora.

3. 4. 8 NAČRTI ZA PRIHODNOST

Za življenje brez drog je pomembno, da si človek izoblikuje načrt, kako si bo zapolnil prosti čas, kaj v življenju mu bo prioriteta, kako se bo preživljal itd. Pogovor z intervjuvankam se je vrtel okoli izobraževanja, saj bi si z višjo izobrazbo lažje zagotovile delovno mesto, okoli zaposlitve, načrtih za vzdrževanje abstinence po odpustu iz zapora in življenju po odpustu.

Kode, ki so zajete v zadnjem tematskem področju, so: izobraževanje, zaposlitev, načrt za abstiniranje, življenje po odpustu, stanovanjski problem, zdravljenje odvisnosti od drog.

Pomen izobraževanja je bil v diplomskem delu že večkrat izpostavljen, zato si le pogledimo, kaj o njem mislijo intervjuvanke.

Ma ne vem, zdej je itak že prepozno. Žov mi je, ker nisem prej.

Ne, aranžersko delam sam zato k mam tolk izpitov narjenih. Sej mi je vrede drgač, sam težko dobit zaposlitev kot aranžer, da bi delala izložbe al pa kej tazga ne. To bom nardila zato, da lah pol nardim še diferencialne za predšolsko. Zato bi šla pol tut na višjo, da si pol pomočnik vzgojitelja.

Ne vem, bom že neki šla.

Ne vem, ful bi šla rada na fotografsko šolo. Sam kaj k nimam tolk dohodkov, da bi si to plačala, prvo je že to problem.

Glede na izjave bi lahko sklepali, da si je za cilj zastavila šolanje le ena intervjuvanka, druga po vrsti. Zadnja intervjuvanka ima željo po šolanju, vendar jo pri uresničitvi ovira pomanjkanje finančnih sredstev. Tretja intervjuvanka se ne zdi odločna pri odločitvi, ostale pa ne nameravajo nadaljevati šolanja. Odgovori glede zaposlitve so bolj odločni in njihova stališča bolj dodelana.

Bi delala, sm rekla, da grem takoj v službo, če me bodo vzeli. Ni važno kaj bi delala. /.../ Kle k so me dali v kuhinjo delat, js sm težko šla delat, ker prej nikol v življenju nisem delala. Ampak zdej sm ful vesela, ful mi mine cajt pa vse. Pa normalno tut dnar je pomemben, pa tut to je, da ti cajt gre pa vse.

To itak.

Delo ob študiju?

Ja.

Kaj ne, bi, ampak prvo moram preživet zunaj, ko pridem. Drugo bi blo, da bi jaz mela podporo staršev, da bi šla lah k njim, ko pridem vun, da bi lahka pri njih živela en čas, da bi si najdla službo pa tako. Jaz nimam podpore nobene, jaz ko vun pridem, jaz sem sama.

/.../Ko se vrnete iz zapora, s čim boste potem prenovili stanovanje?

S preprodajo drog.

/.../Službe pa sigurno ne bom dubla zdej ne.

Zakaj je ne bi?

Zato ker tam v našem kraju so tovarne vse zaprli, služb ni.

/.../ Ma ni šans, zdej ko sm v zaporu bla.

/.../ Zdaj tu v kuhni delam, sm kuharica zdaj, sej bi se najdl kaj, ampak prej sm mela svoje delo zlo rada. Bom vidla kaj bom, nimam še nobenih velikih načrtov, k mam še nekaj za odsedet /.../ne delam nekih upov.

Prvo grem na zdravljenje.

Ja mam ja, sam kaj k še osnovne šole nimam narjene, več kot čistilka itak ne morem bit.

Delo sta na drugo mesto postavili le dve intervjuvanki, ena se namerava po odpustu še naprej preživljati s preprodajo drog, druga pa bi šla najprej na zdravljenje, potem pa razmišljala o zaposlitvi. Zdi se, kot da je tretja intervjuvanka obupala nad družbeno sprejemljivim življenjem in nad družino, kar ji povzroča dodatne frustracije. Kazen se ji ne bo iztekla še nekaj let, zato obstaja le upanje, da bo v tem času spremenila način mišljenja in dobila podporo, po kateri hrepeni, ter si ustvarila življenje brez kriminala in drog ter se s tem izognila povratništvu.

Zelo pomembno je področje načrtovanja abstinence oz. vzdrževanja le-te. Dobro začrtan plan obravnave pripomore k zmanjšanju tveganja za recidiv. Nekatere so ubrale pot brez strokovne pomoči in imajo izdelano sliko o tem, kako se izogniti recidivu, nekatere pa bodo/so za pomoč prosile razne organizacije. Najbolj zaželen je Projekt Človek in program detoksikacije.

Js nimam nobenih načrtov, js sm si v glavi načrtala da ne bom in konc. Js niti ne mislim o tej odvisnosti. Js nimam več v glavi, da sm bla odvisna pa to, ne vem, malokrat na to pomislim.

Ja pogovarjam se z njimi (op. Projekt Človek) že kr neki časa, ampak smo se tko zmenil, da jesen bi začela hodt tja na pogovore, ker se mislm it tja zdravt.

/.../ Ja jst ne vem no, da če ti pride žuta minuta, da najdeš en ventil, da se sprostiš, zdej men dost šport pomen, pa kej adrenalinskega je zame, da najdeš nek ventil, da se lah sprostiš na ven. Men je blo recimo, če sm dobilo slabo oceno v šoli tak neuspeh, k da bi se mi ne vem kwa zgodil in zdej sm začela delat na tem, da pač ne morš vedno bit najboljši.

Ne, bom šla na zdravljenje, ne vem. Na zdravljenje bi šla in bom.

Na detox program?

Ja.

Imate velik interes za abstinenco?

Ne.

/.../ Sej je Projekt človek, ampak to je tko, da od doma hodiš tja, na svetovanje pa na pogovore pa tko ne.

Ja ne vem, js ne bom nikol nč rekla, da ne bom več, ker iz zarečenga kruha ... zdej karkol sm rekla, sm največ pojedla, zdej pa ne bom več rekla, da k vn pridem, da ne bom več droge, ne! Poskušala bom, da ne bom več v to, ampak če bo prilka pa ovo pa ono, zakaj pa ne s koko se ga prbit.

/.../ Zdravljenje, na Projekt človek.

/.../ Imaš kakšen načrt kako ti bo uspelo vzdrževati abstinenco po izpustu?

Ne, zaenkrat nč še.

Pa misliš načrt narediti z mentorjem ali boš sama, sploh razmišljaš o tem?

Zaenkrat še ne, ker pričakujem, da bo on pršu po mene in me povabu na razgovor glede vsega. Očitno se mu ne mudi, men pa tud ne.

Še posebej so zanimivi odgovori zadnjih dveh intervjuvank. Prva nima želje abstinirati in tudi v programe pomoči ne verjame, druga pa sprva pove, da bo posegla po drogi, če bo tako naneslo, potem pove, da bi se zdravila, naslednja izjava je, da nima planov glede abstinence. Nerealen je njen zadnji odgovor, ko pove, da bi moral mentor skrbeti za vse njene probleme glede drog. V prvi vrsti bi si morala želeti abstinirati, da bi razgovori sploh imeli smisel. Ob prebiranju njenega intervjuja, so si odgovori zelo nasprotujoči, tako da se na koncu ne ve, kaj je res in kaj ni.

Konec intervjujev sem posvetila življenju po odpustu, kako si ga predstavljajo, kje bodo živele, kakšni so načrti. Za konec sem zbrala odgovore vseh deklet in naj vsaka zase pove, kakšen je njen plan.

Doma bom bla pr staših, čez čas si bom vzela stanovanje, so mi rekli, da mi bodo pomagali. Če bo s parterjem vse vrede bova mela še kakšnega otroka.

Ja to mam js že vse splaniran. Dolgčas mi recimo ne sme bit, to je ena taka star k te hitr zanese nazaj na obrobje, flet bova rihtala, to mi je ena taka lepa stvar, da bova skup delala. Da bom šolo delala, čim bolj zapolnit svoj čas ane.

Bla bom nekaj časa doma, pol bom šla pa v Srbijo k teti, ko je nisem več kot 20 let vidla.

/.../ Ja družino si bom definitivno ustvarla, k sm že tolik stara.

Prvo bom šla na detox, mislm morm nehat, pa metadon, pol bom šla pa pomagat mami. Da se ji odolžim za vse nazaj, k je ona men pomagala pa trpela z mano in tko. Pa delala bi tko.

Oh, veliki. Ne vem, težko mi bo, ker mam partnerja še vedno zaprtega, nima možnosti za izpust. Mogla bi se bojevat, da bi hčerko dubla nazaj, to sigurno.

/.../ Ja sej takoj, ko pridem vun je ne bi vzela k seb, to bi še pri mojih starših ostala, da porihtam stanovanje, ker mi je blo večkrat vlomljeno, mam stanovanje celo razbito. Najprej bi si mogla stanovanje porihtat.

*/.../ mislm vsaj eno sobico za najem, pol pa službo in tko naprej.
/.../ Pa imaš kakšen plan, kako naj bi potekalo tvoje življenje potem zunaj, boš šla k partnerju?
Ne! Ne, nič!*

*Ubistvu niti ne vem.
/.../ Neki normalna, sam kaj pa je normalno? Ne vem delo, kdaj it na kakšen dopust, ne vem, familjarno življenje. Neki družga.*

Intervjuvanke si po odpustu iz zapora v večini želijo povprečnega družinskega življenja in službe. Le dve sta izpostavili željo po nadaljnjem izobraževanju. Predvsem prevladuje želja po ustvarjanju svoje družine pri tistih, ki je še nimajo. Tiste, ki jo imajo, si jo želijo urediti. Le ena nima nobenih načrtov, ko sem jo po tem vprašala direktno, čeprav prej omenja željo po majhnem stanovanju in službi.

Zadnje raziskovalno vprašanje se nanaša na načrtovanje prihodnosti:

5. Kako obsojenke, ki so vključene v program obravnave odvisnosti od prepovedanih drog, gledajo na svojo prihodnost in kako jo načrtujejo?

Intervjuvanke v večini ne nameravajo nadaljevat šolanja, večji interes pa kažejo do zaposlitve. Ena ne namerava iskati službe, saj je prepričana, da je ne bo našla. Raje se bo zatekla k preprodaji drog ter se na ta način preživljala. Večina si jih želi urejeno življenje, nekaj pa jasnih načrtov še nima izoblikovanih, ker jih čaka predolga kazen. Po odpustu se nameravajo udeležiti programov zdravljenja (Projekt Človek, detoksikacija) ali pa so prepričane, da so dovolj močne, da jim bo uspelo brez pomoči.

Zdravljenje po odpustu iz zapora se mi zdi dobra poteza. Malce zaskrbljujoče je, da nekatere nimajo jasne slike, kaj bi počele v svojem življenju. Zanimivo bi jih bilo srečati čez nekaj let in videti, kaj so dosegle. Brez načrtovanja prihodnosti se zna zgoditi, da bodo zapadle nazaj in se vrnile v zapor kot povratnice. Prepričana sem, da bo svetovalec opravil svoje delo in jih pripravil na odpust, a na koncu je še vedno vse v njihovih rokah.

3. 5 ZAKLJUČKI

Po pregledani literaturi s področja obravnave odvisnosti sem se odločila, da v kvalitativnem delu raziskave izvedem intervjuje z obsojenkami, ki so vključene v program obravnave odvisnosti od nedovoljenih drog oz. so podpisale terapevtski dogovor. S pomočjo intervjujev sem teorijo preverila še v praksi. Kljub temu da je v raziskavi sodelovalo le 7 intervjuvank, sem dobila veliko informacij o njihovem življenju in vpogled v obravnavo odvisnosti v zaporu. Za pridobitev dovoljenja za izvedbo intervjujev in kasneje privolitev obsojenk na intervju sem porabila veliko časa in truda. Na domski skupnosti, kjer sem imela priložnost povabiti obsojenke s težavami z odvisnostjo k sodelovanju, jih je bilo prisotno malo. Pomoč mi je ponudila ena od njih, ki je spodbudila še nekaj soobsojenk k sodelovanju. V zavodu takrat tudi ni bilo veliko odvisnic, zato je končno število intervjujev (7) temu primerno. Nekaj intervjuvank me je prosilo, da jim dam kopijo pretipkanega intervjuja, vendar od ZPKZ Ig nisem dobila dovoljenja za vnos intervjujev. Razloga, zakaj ne dovolijo, mi niso podali.

Dodala bi še komentar glede tematskih področij. Tematska področja je med seboj težko ločiti, saj se stvari med seboj prepletajo na enak način kot v življenju. Citate sem uvrstila v posamezno temo na podlagi kod, ki sem jih dobila, vendar še enkrat opozarjam, da je meja npr. med varovalnimi dejavniki za recidiv in načrti za prihodnost včasih tanka. Kakšne načrte si oseba izoblikuje, vpliva na njeno lastno motivacijo na poti k vzdrževanju abstinence ali nasprotno, k poti nazaj v življenje odvisnika. To je le en primer, zato je od vsakega posameznika in njegove percepcije odvisno, kakšno kodo bo podelil določenemu citatu in v katero tematsko področje ga bo kasneje uvrstil.

Malce pozornosti bi v zaključku namenila še eni izmed intervjuvank. Pri prebiranju njenega intervjuja je razvidno, da si sama sebi večkrat nasprotuje, zato je vprašljiva relevantnost njenih odgovorov. Kljub temu sem se odločila, da intervjuja ne zavržem, saj je vseboval tudi bogate informacije. Ne smemo izključiti možnosti, da je bila morda tudi katera druga intervjuvanka na momente neiskrena, a tega ni pokazala tako nazorno kot omenjena intervjuvanka.

Glavne ugotovitve raziskave, ki veljajo za vzorec uporabnic ZPKZ Ig, se glasijo:

1. Intervjuvanke v vzorcu, ki so začele z uporabo drog med 11. in 16. letom, imajo drugačne vzroke za začetek uporabe drog kot tiste, ki so začele v 22. oz. 23. letu. Prve so začele z uporabo drog zaradi neurejenih družinskih razmer, smrti v družini in družinskega nasilja, druge zaradi izgube zaposlitve in partnerjeve odvisnosti. Vse so prešle v redno uporabo drog in posledično odvisnost. To pomeni, da bi morali obravnavo odvisnosti prilagajati posamezni skupini oz. posameznici, glede na vzroke za začetek uporabe. Poleg dela znotraj zavoda bi moralo potekati tudi intenzivnejše delo z družino, da bi zagotovili varno okolje, v katerega bi se posameznica vrnila.
2. V večini intervjuvanke ne želijo, da bi se vzpostavil »drug free« oddelek, saj se jim zdi, da so že preveč stigmatizirane in bi tako bile še bolj. Opaziti je, da so nasprotovanja prihajala s strani intervjuvank, ki imajo težave z vzpostavljanjem abstinence. Tiste, ki so zainteresirane za življenje brez drog, pa podpirajo oddelek, saj menijo, da bi se jim bilo tako lažje izogniti morebiti želji po drogi ali celo recidivu. Menim, da je vzpostavitev oddelka brez drog dobra pomoč pri vzdrževanju abstinence in da bi ga na Igu lahko zagotovili, kot to tudi predvideva Pravilnik o izvrševanju kazni zapora (Ur. list RS, št. 102/2000, z dne 10. 11. 2000).
3. Abstinenčno krizo so premagovale s pomočjo metadona ali tablet, kot so pomirjevala, uspavala, protibolečinske tablete. V prvih dneh so dobile pomoč le od medicinskega osebja, ki jim je terapijo tudi predpisovalo. Pravijo, da se same odločajo, če želijo nadaljevati s terapijo ali prenehati. Podobno je ugotovila izvedenka Varuha človekovih pravic (Obisk Zavoda za prestajanje kazni zapora Ig, 2009), da si predpisovanje analgetikov in pomirjeval diktirajo pacientke same. Izvedenka je ugotovila tudi, da je diagnostika odvisnosti nestrokovna, saj jo postavita strokovni delavec, ki nima medicinske izobrazbe, in psiholog, v nekaterih primerih pa tudi splošni zdravnik (prav tam). Predlagam, da bi se po zavodskih možnostih zaposlilo ustreznega diagnostika s področja odvisnosti, ki bi odredil terapijo. Ob času njegove odsotnosti pa bi delo prevzela zavodska medicinska sestra, ki ne bi smela spreminjati terapije. Terapija bi se spreminjala ob posvetu s terapevtom, ki bi vodil individualno in skupinsko obravnavo odvisnosti.

4. Obravnava odvisnosti po poročanjih intervjuvank poteka individualno, izvaja pa jo zavodski psiholog. Skupinske oblike terapevtske pomoči po izjavah intervjuvank kot tudi ugotovitvah Muršiča (2006) v tistem času niso bile vzpostavljene. Glede zaupanja zaradi morebitnega spolnega nasilja v preteklosti jim spol svetovalca ni pomemben. Bolj izpostavljajo nezmožnost zaupanja, ker je svetovalec zaposlen v zaporu. Želijo si zunanjega strokovnjaka, ki ne bi imel vpliva na podeljevanje ugodnosti. Izražena je bila tudi želja po bolj načrtovanih obravnavah. Pri intervjuvankah igrajo ugodnosti pomembno vlogo pri vključitvi v program obravnave odvisnosti. V zavodu so v času mojega obiska pripravljali nov program obravnave, vendar so bile intervjuvanke v večini skeptične. Pritožujejo se, da svetovalka nima izkušenj in da je tudi ona zaposlena v ZPKZ Ig. Zavod sodeluje tudi z zunanjimi vladnimi in nevladnimi ustanovami. Izvedenka varuha človekovih pravic (Obisk Zavoda za prestajanje kazni zapora Ig, 2009) ni uspela ugotoviti, ali se izvajajo kakšni motivacijski programi ali da bi zavod sodeloval s kakšnimi visokopražnimi programi oz. vsaj strokovnjaki. Izvedenka je mnenja, da bi lahko obravnava potekala intenzivneje. Urad je pojasnil, da se izvaja program obravnave odvisnosti skladno z izdelano strategijo in da se trudijo po svojih zmožnostih, da zagotovijo čim kvalitetnejšo obravnavo.

Menim, da program obravnave odvisnosti ni razvit v okviru svojih zmožnosti in da bi morale biti obsojenkam na voljo več vrst obravnave oz. da bi se trudile tudi one in aktivno sodelovale pri iskanju najboljše rešitve. Prepričana sem, da če bi pokazale voljo in zainteresiranost, bi se dalo ugoditi določenim željam glede obravnave in ne bi le-te v večini samo kritizirale. Kot so izrazile intervjuvanke, tudi sama menim, da bi bil svetovalec s področja odvisnosti zunanji delavec. Obravnava bi morala potekati bolj intenzivno in načrtovano na individualnem in skupinskem nivoju.

5. Intervjuvanke, ki so že lahko koristile ugodnost izhodov (te so 4), imajo v večini negativen odnos do spremstva na izhodih. Le ena je sprejela, da imajo odvisnice na začetku spremstvo, ko pa dokažejo, da abstiniirajo, pa se jim le-to ukine. Menim, da je spremstvo za odvisnice koristno in da se zaradi tega ukrepa lahko lažje izognejo morebitnemu recidivu.

6. Intervjuvanke so izpostavile nekatere varovalne dejavnike, ki bi jim lahko pomagali pri vzdrževanju abstinence. Omenjale so lastno motivacijo, družino, materinstvo in željo po odpustu iz zapora. Vsi ti dejavniki so res lahko varovalni, npr. družina pa je

lahko tudi dejavnik tveganja. Zato je potrebno delo z družino, prav tako pa tudi pomoč pri vzpostavljanju socialne mreže, iskanju zaposlitve, reševanju stanovanjske problematike, skratka zagotavljanje čim bolj urejenega okolja ob prihodu obsojenke na prostost. V neki meri se tovrstno delo že izvaja, menim pa, da je še premalo razvito, še posebej postpenalna pomoč, ki poteka pod okriljem centrov za socialno delo in njihovimi prostovoljci.

7. Načrtov za prihodnost intervjuvanke niso imele jasno izdelanih. Morda je vzrok v času prestajanja kazni, torej da imajo do izteka kazni še dolgo dobo in v okviru individualnega programa še niso prišle do točke načrtovanja življenja po odpustu. Izoblikovane imajo neke splošne cilje, kot je ustvarjanje družine, povprečno življenje, služba, nič pa še ni jasno definirano kje, kdaj, kako itd. Nekateri zagovarjajo stališče, da je potrebno živeti iz dneva v dan, jaz pa sem mnenja, da bi dolgoročni načrti obsojenkam koristili. Zaposlile bi si misli z oblikovanjem različnih želja in ciljev, ki bi jih po odpustu lahko tudi uresničile. Delo svetovalca bi vključevalo tudi usmerjanje obsojenk pri oblikovanju in zastavljanju realnih ciljev in kasneje v okviru postpenalne pomoči tudi pri realizaciji le-teh.

Iz intervjujev smo lahko razbrali, kje uporabnice kot »insiderke« vidijo pomanjkljivosti in na katerih področjih so zadovoljne. Zanimivo bi bilo primerjati poglede na obravnavo med zaposlenimi in obsojenkami, kje se izjave prekrivajo in kje ne, kje je prava resnica itd. Intervjuji so podali mnogo koristnih informacij, ki bi jih lahko uporabili pri oblikovanju novega programa obravnave odvisnosti, ki bi bil bolj prilagojen posameznikom. Poleg podatkov o obravnavi odvisnosti so koristne tudi informacije o življenju intervjuvank pred приходom v zapor, v kakšnih razmerah so živele, zakaj so začele z uporabo drog, kaj jih je pripeljalo v zapor. Te informacije so koristne z vidika preventive kot tudi oblikovanja načrta obravnave. Med intervjuvankami je veliko žrtev nasilja v družini. Iz družine izhajajo tudi razne travme, ki bi jih morda lahko preprečili, vendar so starši prvi odgovorni za dobrobit svojih otrok. Kljub odraščanju v vzgojnih zavodih je nekaterim še vedno spodletelo. Morda je krivo stalno premeščanje iz enega v drug zavod, občutek neustaljenosti, morda bi bila bolj primerna rejniška družina. Iskanje razlogov, zakaj je temu tako v tem trenutku ni relevantno, pomembno je poiskati čim boljše rešitve, ki bi pomagale posameznikom začeti novo življenje po odpustu iz zapora.

4 ZAKLJUČEK

V diplomskem delu sem se osredotočila predvsem na obravnavo odvisnosti v zaporih in kaj vse pogojuje začetek uporabe drog ter kasneje abstiniranje. S pomočjo empiričnega dela diplome sem ugotovila, da so intervjuvanke v večini nezadovoljne z obravnavo odvisnosti in si želijo novih oblik z zunanjimi sodelavci. Na podlagi izjav intervjuvank sem ugotovila, da se varovalni dejavniki in dejavniki tveganja za uporabo drog ter kaj posameznike obvaruje pred recidivom, ujemajo s tistimi, ki jih omenja teorija. Poseben poudarek bi dala družini in njenemu pomenu. Ugotovila sem tudi, da večina intervjuvank še nima izoblikovanega načrta za življenje po odpustu iz zapora. Kar sem na začetku opisovala v teoriji, sem na koncu preverila še z intervjuji. Ugotovitve bom predstavila tudi v ZPKZ Ig, kar kaže na interes zaposlenih po mnenju obsojenk. Upam, da bodo predloge za spremembe upoštevali, v kolikor jim to dopuščajo razmere, s tem pa bi dosegla tudi svoj namen.

S prebiranjem literature sem se naučila veliko o odvisnosti in zdravljenju le-te. Ko sem izvajala intervjuje, sem se na momente zamislila, ali bi tudi jaz posegla pod drogi, če bi odraščala v takšnih razmerah. Nekatere zgodbe so bile res pretresljive. Za takšne primere bi rekla, da se bo psihično zdravje posameznic v zaporu le še poslabšalo in da to zanje ni primeren kraj. Potrebujemo drugačne pristope pomoči, ki jih oz. bi jih lahko nudili tudi socialni pedagogi. V prvi vrsti lahko in tudi že delujemo preventivno ter skušamo preprečiti, da bi do odvisnosti sploh prišlo. Poslužujemo se terenskega dela in skušamo pridobiti čim več uporabnikov, do katerih druge vrste pomoči niso prišle. Delujemo tudi na družinskem področju in širši socialni mreži, v šoli oziroma na področjih, ki posamezniku predstavljajo šibko ali močno točko. V primerih, ko bi do odvisnosti vseeno prišlo, lahko posameznika spodbujamo k zdravljenju in ga usmerjamo v programe zmanjševanja škode. Za tiste, ki vseeno izvršujejo kazniva dejanja in se znajdejo v zaporu, je naša zunanja pomoč dobrodošla. Socialni pedagogi lahko vodimo skupinske oblike obravnave, individualne pogovore, vendar pod pogojem, da se o obravnavi odvisnosti dodatno izobrazimo. Sicer je naša pomoč omejena na ohranjanje stikov s svojci naših uporabnikov, na ohranjanje socialne mreže, katere člani niso odvisniki, na pomoč pri iskanju zaposlitve, reševanje bivanjske problematike, na iskanje najustreznejšega programa za zdravljenje odvisnosti po odpustu, na nudenje podpore itd. Področij je veliko, poiskati je potrebno le tiste, ki so pri konkretnem posamezniku šibki, in mu

na teh področjih nuditi pomoč. Socialno pedagoška pomoč pa se mi zdi zelo pomembna tudi pri postpenalni obravnavi, ki bi ji morali nameniti več pozornosti. Naše delo bi vsebovalo veliko koordiniranja, sodelovanja z drugimi institucijami, kot so centri za socialno delo, centri za zdravljenje odvisnosti, nevladne organizacije itd., sodelovali bi z družino in prijatelji obsojenca ter v domačem okolju poiskali aktivnosti, kjer bi posameznik lahko razvijal in ohranjal svoje močne točke. Področji, na katerih bi socialni pedagogi morali biti bolj aktivni, sta torej specifika odvisnosti v zaporu in postpenalna obravnava.

Socialni pedagogi pa bi lahko podali svoje mnenje glede zapiranja uporabnikov drog, katerih glavni problem je droga in ne kazniva dejanja. S tem mislim na tiste, ki so izvrševali kazniva dejanja zato, da so pridobili denar za nakup droge. Zapor za te posameznike ni prava institucija. Sodišča bi se morala bolj nagibati k napotitvam na zdravljenje in ne v zapor. Zapor ni prava institucija tudi za tiste, ki imajo psihične težave. Pred napotitvijo v katerokoli institucijo bi mogli izvesti temeljito obravnavo, kjer bi se srečevala mnenja različnih strok in bi se precenilo, katera ustanova je najustreznejša za vsakega posameznika posebej. Morda je iluzorno pričakovati tako intenzivno delo za takšno število ljudi, vendar bi bilo to do njih najbolj pravično in učinkovito. V zaporih ni mogoče zagotoviti temeljite obravnave na toliko različnih področjih, s kolikor se vsakodnevno srečujejo, zato je učinek tretmana posledično manj učinkovit. Na področju napotitev v zapor in izvajanju obravnave (s tem ne mislim le na obravnav odvisnosti) so potrebne spremembe, ki bi jih lahko po natančni preučitvi predlagali tudi socialni pedagogi.

5 VIRI IN LITERATURA

Adam II, 2009 Annual Report. (junij 2010). Washington, DC: Office of National Drug Control Policy, Executive office of the President. Pridobljeno, 13. 6. 2011, s <http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/pdf/adam2009.pdf#page=65>

Auer, V. (2001). *Droge in odvisnost*. Maribor: Dravska tiskarna.

Brinc, F. (2000). Zapor za koga, kako, s kakšnim ciljem in za kakšno ceno (Kriminološke in penološke teorije – resničnost ali mit). V M. Pagon (ur.), *Dnevi varstvoslovja* (551–567). Ljubljana: Visoka policijsko-varnostna šola.

Carlen, P. in Worrall, A. (2004). *Analysing Women's Imprisonments*. Cullompton, Devon; Portland, Oregon: Willan Publishing.

Chesney-Lind, M. in Pasko, L. (2004). *The female offender – girls, women, and crime*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Cooke, D. J. Baldwin, P. J. in Howison, J. (1990). *Psychology in prisons*. London; New York: Routledge.

Černelč, M., Potočki-Vozny, M. in Požrl, B. (2004). Delo s priporniki v zavodu za prestajanje kazni zapora Ljubljana kot prvi možni korak v preprečevanju povratništva. V G. Meško (ur.), *Preprečevanje kriminalitete – teorija, praksa in dileme* (390–399). Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani.

Dekleva, B. (1999). *Ekstazi in plesne droge*. Ljubljana: Društvo za razvijanje preventivnega in prostovoljnega dela in Pedagoška fakulteta.

Drug Policy Alliance. (?). *Drug Policy Around the World - Switzerland*. Pridobljeno 30. 3. 2011, s <http://www.drugpolicy.org/global/drugpolicyby/westerneurope/switzerland/>

Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma (2010). *Pilotski projekt zamenjave sterilnega pribora za injiciranje drog v slovenskih zaporih*. (Raziskovalno poročilo). Ljubljana: interno gradivo.

Female drug users in European prisons – best practice to relapse prevention and reintegration: Executive summary. (november, 2004). Hamburg: Centre for Interdisciplinary Addiction Research, University of Hamburg. Pridobljeno 9. 6. 2011, s http://www.euro.centre.org/data/1269613164_82112.pdf

Final Report on Prevention, Treatment, and Harm Reduction Services in Prison, on Reintegration Services on Release from Prison and Methods to Monitor/Analyse Drug use among Prisoners. (april, 2008). Bruselj: Directorate – General for Health and Consumers. Pridobljeno 17. 7. 2011, s http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf

Fishman, L. T. (1990). *Women at the wall – a study of prisoners' wives doing time on the outside*. New York: State University of New York Press.

Grebenc, V. (2003). Droge in kriminal: kritičen razmislek o njuni zvezi. *Socialna pedagogika*, 7(4), 407–430.

Henry, A. D. in Clark, J., Pretrial Services Resource Center (julij 1999). *Pretrial Drug Testing: An Overview of Issues and Practices*. Pridobljeno 27. 6. 2011, s <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/176341.pdf>

Hser, Y., Longshore, D. in Anglin, M. D. (1994) Prevalence od Drug Use Among Criminal Offender Populations: Implications for Control Treatment and Policy. V D. Layton MacKenzie, C. D. Uchida (ur.), *Drugs and Crime: Evaluating Public Policy Initiatives* (18–41). Thousand Oaks; London; New Delhi: SAGE Publications.

Kanduč, Z. (2006). Zapori, droge in (samo)kontrola – postmoderna družba in njene odvisnosti. V Z. Kanduč (ur.), *Droge, zapori, ženske – postmoderna družba in njene zasvojenosti* (85-161). Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti.

Kastelic, A. in Kostnapfel Rihtar, T. (2000). *Koordinacija centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog pri Ministrstvu za zdravstvo RS: poročilo o delu v obdobju od leta 1995 do 2000*. Ljubljana: Ustanova Odsev se sliši.

Kazenski zakonik RS. (27. 8. 2004). Uradni list RS. Pridobljeno 3. 3. 2011, s <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200495&stevilka=4208>

Klavora, M., Klavora, M. in Tomšič, I. (1995). Ilegalni promet z drogami. V B. Merc (ur.), *Odvisnost – družbeni problem včeraj, danes, jutri: zbornik razprav* (25–57). Maribor: Obzorja.

Krek, M. (2004). Ukrepi nacionalne strategije na področju drog pri zmanjševanju mladostniške kriminalitete. V G. Meško (ur.), *Preprečevanje kriminalitete – teorija, praksa in dileme* (205–218). Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani.

Kruhar, B. (2006). Tvegana uporaba nedovoljenih drog v slovenskih priporih. *Socialna pedagogika*, 10 (3), 287–322.

Layton MacKenzie, D. (1994). Drug Control and System Improvement: Evaluating the Success of Public Policies. V D. Layton MacKenzie, C. D. Uchida (ur.), *Drugs and Crime: Evaluating Public Policy Initiatives* (3–8). Thousand Oaks; London; New Delhi: SAGE Publications.

Letno poročilo 2005. (november 2005). Lizbona: EMCDDA. Pridobljeno 9. 6. 2011, s http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_37249_SL_TDAC05001SL1.pdf

Letno poročilo 2009. (april 2010). Ljubljana: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij. Pridobljeno 18. 2. 2011, s http://www.mp.gov.si/fileadmin/mp.gov.si/pageuploads/2005/PDF/uiks/2010/LP_2009_-_kon%C4%8Dna_verzija-100407_01.pdf

Letno poročilo 2010. (april 2011). Ljubljana: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij. Pridobljeno 28. 4. 2011, s http://www.mp.gov.si/fileadmin/mp.gov.si/pageuploads/2005/slike/uiks/2011/LP_2010_web.pdf

Letno poročilo 2010. (november 2010). Lizbona: EMCDDA. Pridobljeno 9. 6. 2011, s http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_120104_SL EMCDDA_AR2010_SL.pdf

Majcen, B. (2001). Varnostni ukrepi za preprečitev vnosa droge v zapor. V M. Pagon (ur.), *Dnevi varstvoslovja* (1021–1032). Ljubljana: Visoka policijsko-varnostna šola.

McIntosh, J. in McKeganey, N. (2002). *Beating the dragon: the recovery from dependent drug use.* Harlow: Prentice Hall.

Merc, B. (1995). Kriminološki vidiki odvisnosti. V B. Merc (ur.), *Odvisnost – družbeni problem včeraj, danes, jutri: zbornik razprav* (58–99). Maribor: Obzorja.

Meško, G. in Umek, P. (2001). Droge, kriminaliteta in preprečevanje kriminalitete. V M. Pagon (ur.), *Dnevi varstvoslovja* (169–185). Ljubljana: Visoka policijsko-varnostna šola.

Mikuš Kos, A. (1999). Teoretični koncepti nastanka in vzdrževanja psihosocialnih in psihiatričnih motenj v otroštvu. V E. Kraševac Ravnik (ur.), *Varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov* (15–41). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Miller, M. in Gotski, T. T. (1994). *Zmanjšati tveganje.* Ljubljana: Dan.

Muršič, M. (2006a). Razmišljanje ob izpovedih obsojenk z izkušnjo zasvojenosti z nedovoljenimi drogami. V Z. Kanduč (ur.), *Droge, zapori, ženske – postmoderna družba in njene zasvojenosti* (43–70). Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti.

Obisk Zavoda za prestajanje kazni zapora Ig. (2009). Ljubljana: Varuh človekovih pravic RS. Pridobljeno 15. 8. 2011, s <http://www.varuh-rs.si/o-instituciji/podrocja-dela-varuha/varuh-kot-drzavni-preventivni-mehanizem/novice/detajl/obisk-zavoda-za-prestajanja-kazni-zapora-ig/?cHash=8dd1ab609b>

Perger, D. (2002). *Etiologija odvisnosti.* Pridobljeno 12. 6. 2011, s http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:xLcfzKIQpw8J:www.maribor.eu/dokument.aspx?id%3D2118+urinski+testi+recidiv+prepre%C4%8Devanje&hl=sl&gl=si&pid=bl&srcid=ADGEESgM9u-XbPgwrXb1MAHcj5Cc13GK9c4rDJ3Vmf6oETpmNgQtULpfHmvthbC2qcoaklOkgUTTQ3Qro9PpVI8O1yxvr6Zd8GyMtUfnSJ9Z3juMmzvo_Icn5NXj0wb9gQyMceyW46rk&sig=AHIEtbS7VrIWVP7TcrKdhbbOTYGVdeE_Hg&pli=1

Peršak, N. (2006). Ženske, droge in zapor – interakcije in kontraindikacije. V Z. Kanduč (ur.), *Droge, zapori, ženske – postmoderna družba in njene zasvojenosti* (5–40). Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti.

Petrovec, D. (1995). Penološka in postpenalna obravnava narkomanije. V B. Merc (ur.), *Odvisnost – družbeni problem včeraj, danes, jutri: zbornik razprav* (100–113). Maribor: Obzorja.

Pravilnik o izvrševanju kazni zapora. (10. 11. 2000). Uradni list RS. Pridobljeno 13. 2. 2011, s <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=2000102&stevilka=4274>

Puhar, S. (1995). Diskriminacija žensk v kazenskem postopku in pri izvrševanju zaporne kazni. *Socialno delo*, 34(5), 309–320.

Purkat, B. in Sande, M. (2006). Normalizacija rekreativne uporabe drog med obiskovalci prireditelj elektronske glasbe. V M. Sande (ur.), *Na spidu 2, Stanje na področju sintetičnih drog in kokaina v Sloveniji* (63–93). Ljubljana: Združenje DrogArt.

Reuter, P. (2009). *Assessing Drug Problems and Policies in Switzerland, 1998-2007*. Pridobljeno 10. 6. 2011, s <http://www.bag.admin.ch/themen/drogem/00042/00624/06044/07638/index.html...>

Sande, M. (2004). *Uporaba drog v družbi tveganj: vpliv varovalnih dejavnikov in dejavnikov tveganja*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction. (maj, 2005). Kopenhagen: WHO. Pridobljeno 17. 7. 2011, s http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/78549/E85877.pdf

Täschner (2002). *Trde droge – mehke droge?* Ptuj: In obs medicus.

The Formative Years: Pathways to Substance Abuse Among Girls and Young Women Ages 8–22. (februar 2003). New York: The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University. Pridobljeno 9. 6. 2011, s http://www.casacolumbia.org/articlefiles/380-Formative_Years_Pathways_to_Substance_Abuse.pdf

Tomori, M. (1999). Družina in duševno zdravje otrok. V E. Kraševc Ravnik (ur.), *Varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov* (150–155). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Uršič-Perhavec, O. (2001). Strategija obravnave zaprtih oseb, ki imajo težave z nedovoljeno drogo. V M. Pagon (ur.), *Dnevi varstvoslovja* (1015–1019). Ljubljana: Visoka policijsko-varnostna šola.

Uršič-Perhavec, O. (2004). Obravnava odvisnosti kot možnost preprečevanja povratništva. V G. Meško (ur.), *Preprečevanje kriminalitete – teorija, praksa in dileme* (385–389). Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani.

Weisath, B. (1995). The Psychiatric and Psychological Services Within the Norwegian Prison Health Service. V G. Davies idr. (ur.), *Psychology, law and criminal justice: internacional developments in research and practise* (573–578). Berlin; New York: de Gruyter. (Pridobljeno 24. 2. 2011, s http://books.google.si/books?id=wjmA98ehKFYC&pg=PA573&lpg=PA573&dq=norway+contract+prison&source=bl&ots=dw1XQh-Hi&sig=nsTb03dwrlxTNERodKofh5viK9M&hl=sl&ei=WdlvTZmPOI3BtAbn5-H8Dg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CBQQ6AEwAA#v=onepage&q=norway%20contract%20prison&f=false)

Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij (10. 3. 2000) Uradni list RS. Pridobljeno 23. 2. 2011, s

<http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200022&stevilka=973>

Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (27. 12. 1999) Državni zbor RS. Pridobljeno 2. 4. 2011, s <http://www.dz-rs.si/index.php?id=101&mandate=-1&q=zakon+o+proizvodnji+in+prometu&showdoc=1&sm=k&unid=SZ%7CC12563A400338836C125684800311D01>

Zavod za prestajanje kazni zapora Dob pri Mirni. (?). Mirna: Ministrstvo za pravosodje, URSIKS, ZPKZ Dob pri Mirni. Pridobljeno 15. 8. 2011, s http://www.mp.gov.si/fileadmin/mp.gov.si/pageuploads/2005/PDF/uiks/2010/100617-predstavitev_zavoda.pdf

Zeman, P. (2004). The Panal Legislation Concerning Illegal Drugs in the Czech Republic: The Right Time for Change Now? V S. Nevala & K. Aromaa (ur.), *Organised Crime, Trafficking, Drugs: Selected papers presented at the Annual Conference of the European Society of Criminology, Helsinki 2003* (233–246). Helsinki: Heuni.

Zupančič, M. (2004). Vključevanje zaprtih oseb v izobraževalne procese in spodbujanje aktivnega preživljanja prostega časa. V G. Meško (ur.), *Preprečevanje kriminalitete – teorija, praksa in dileme* (415–426). Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani.