

Percepcja społeczna czynników udaremniających samodzielne przezwyciężenie uzależnienia – jakościowa analiza porównawcza

Justyna Żulewska-Sak, Katarzyna Dąbrowska
Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami
Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Streszczenie – Do tej pory zjawisko samowyleczeń z uzależnienia (przezwyciężenie uzależnienia samodzielnie, bez pomocy profesjonalistów) było badane głównie z perspektywy indywidualnej. Jednak decyzja o przerwaniu lub ograniczeniu używania substancji psychoaktywnych nie zapada w próżni społecznej – mają na nią wpływ różne czynniki społeczno-kulturowe w otoczeniu osoby podejmującej taką decyzję (percepcja społeczna uzależnień i leczenia, dostępność substancji, poziom stygmatyzacji uzależnionych, dostępność leczenia).

Zaprezentowano wyniki analizy danych zebranych w ramach międzynarodowego projektu jakościowego „Percepcja społeczna samodzielnych prób przezwyciężenia uzależnienia” (*Societal Images of Natural Recovery* – SINR). Projekt obejmował krótkie wywiady z przedstawicielami różnych grup społeczno-zawodowych, po piętnaście w każdym z miast uczestniczących w badaniu – Warszawa (Polska), Berno (Szwajcaria), Sztokholm (Szwecja) i Frankfurt (Niemcy).

Najczęściej wymienianymi barierami uniemożliwiającymi samodzielne przezwyciężenie uzależnienia były czynniki społeczne: brak wsparcia ze strony otoczenia i niestabilna sytuacja społeczna osób rozważających zmianę. Respondenci uważają, że samowyleczeniom sprzyjałyby zmiany na poziomie zarówno indywidualnym, jak i społecznym, które prowadziłyby do zwiększenia „kapitału zdrowotnego” osób uzależnionych.

Słowa kluczowe: percepcja społeczna, uzależnienie, samowyleczenia

Social perception of factors impeding chances for natural recovery from addiction – a cross-cultural qualitative perspective

Abstract – So far, the individual aspect of natural recovery from addiction – that is change without professional intervention or self-help groups – has been

the focus of research in this area. However, individual self-change processes are also influenced by macro-societal conditions and social perception of addiction such as access to addictive substances and addiction stereotyping in the general population.

First results from the international SINR study (Societal Images of Natural Recovery) based on a rapid ethnographic assessment approach including brief interviews with 15 key persons each from the cities of Frankfurt (Germany), Warsaw (Poland), Bern (Switzerland) and Stockholm (Sweden) will be presented.

The most often mentioned barriers to self-change were social ones. In particular lack of social capital (such as family and friends support, work, home and stable social life). SINR respondents believe that changes both on societal and on the individual level are important to promote self-change by increasing the “recovery capital” of addicted people.

Key words: social perception, dependence, natural recovery

WSTĘP

*jeżeli ludzie definiują sytuacje jako rzeczywiste,
rzeczywiste są ich konsekwencje (1: 572)*

Badanie „Percepcja społeczna samodzielnych prób przezwyciężenia uzależnienia” (International Collaborative Study on “Societal Images of Natural Recovery from Addictions”) jest międzynarodowym projektem badawczym zrealizowanym jak dotąd w Szwajcarii, Niemczech, Kolumbii, Kanadzie, Szwecji, Finlandii i Polsce¹.

W badaniu poszukiwano odpowiedzi na pytanie, jak osoby pochodzące z różnych grup społeczno-zawodowych – przedstawiciele mediów, organów prawa i porządku, lecznictwa i opieki zdrowotnej oraz tzw. *terapeuci dnia codziennego* (barmani, fryzjerzy, taksówkarze – z racji zawodu będący w kontakcie z wieloma osobami) – postrzegają i rozumieją uzależnienie oraz szanse przezwyciężenia go samodzielnie, bez pomocy specjalistów.

Na potrzeby tego artykułu wybrano trzy kraje z naszego kręgu kulturowego charakteryzujące się ciekawą i zróżnicowaną polityką wobec zagadnienia substancji psychoaktywnych: Niemcy, Szwajcarię oraz Szwecję. Wyniki badania SINR realizowanego we Frankfurcie, Sztokholmie i Bernie porównano z wynikami badań realizowanych w Warszawie (2).

W Polsce nie prowadzono dotychczas badań dotyczących zjawiska samoistnych wyzdrowień, a pytanie dotyczące szans, jakie mają osoby uzależnione na przezwyciężenie nałogu własnymi siłami postawiono po raz pierwszy w badaniu SINR, realizowanym w Warszawie jesienią 2003 (2).

Celem przeprowadzonej analizy porównawczej była identyfikacja barier społecznych udaremniających samodzielne poradzenie sobie z uzależnieniem, szcze-

¹ Międzynarodowym koordynatorem badania jest Harald Klingemann z University of Applied Sciences w Bernie, w Szwajcarii.

gólnie stereotypów, mitów i uprzedzeń związanych z uzależnieniem, wymienionych przez respondentów z miast biorących udział w badaniu.

Przekonania na temat używania środków psychoaktywnych i problemów z tym związanych, funkcjonujące w społeczeństwie, a zwłaszcza w najbliższym otoczeniu osoby, rozważającej wyjście z uzależnienia mają wpływ na możliwość rozpoczęcia procesu reintegracji i określają szanse dobrego funkcjonowania społecznego w ramach naturalnych więzi w rodzinie i społeczności (3).

Szczególnie istotne dla jednostki rozważającej zmianę są przekonania tkwiące w jej otoczeniu społecznym na temat tego, w jakim stopniu możliwe jest samodzielne przezwyciężenie uzależnienia oraz wiedza o tych, którzy własnymi siłami zerwali z nałogiem (3). Z badań kanadyjskich (4) wynika, że 53% respondentów, którzy poradzi sobie z uzależnieniem bez leczenia, znało podobne przypadki, w porównaniu z 14% osób w populacji generalnej. Tymczasem przekaz społeczny często dotyczy tego, jak poważną, skomplikowaną i trudną chorobą jest uzależnienie, rzadko pokazuje się osoby, które poradziły sobie z tym problemem – *I człowiek taki nigdy nie słyszy*: „możesz sam rzucić nałóg”, *tylko słyszy*: „zgłoś się do specjalisty, czeka na Ciebie poradnia” (2: 29).

Mimo pozytywnych zmian w społecznej percepcji zaburzeń psychicznych, zachodzących w wielu krajach, percepcja osób uzależnionych od alkoholu/narkotyków jest negatywna. Osobisty kontakt z ludźmi doświadczającymi tych problemów na ogół wpływa na bardziej pozytywne i tolerancyjne postawy, poza sytuacjami, w których spotkania te wiążą się z negatywnymi emocjami i konsekwencjami (5, 6). Wyniki większości badań wskazują, że odrzucające postawy występują częściej wśród ludzi słabo wykształconych, o niższej pozycji społeczno-ekonomicznej, w starszym wieku oraz wśród mężczyzn (6).

Negatywne, stereotypowe postrzeganie osób uzależnionych, stygmatyzacja, czyli trwałe przypisanie jednostce uzależnionej tożsamości dewianta, powodują odrzucenie, stopniowe wykluczanie osoby uzależnionej ze społeczeństwa (7). Jest to czynnik utrudniający przezwyciężenie uzależnienia (8). W badaniach polskich wśród ośmiu „wstydlivych” według respondentów chorób: alkoholizm zajmował trzecią pozycję w rankingu, a narkomania piątą (po najbardziej „wstydlivych” chorobach wenerycznych i zaburzeniach psychicznych) (6).

CHARAKTERYSTYKA BADANIA

Próba badawcza. Analizie poddano 74 wywiady zrealizowane w okresie od marca 2003 do kwietnia 2004 roku w czterech miastach europejskich: Bernie (wiosną 2003), Frankfurtcie (latem 2003), Warszawie (jesienią 2003) i Sztokholmie (wiosną 2004). Protokół badawczy zalecał realizację 15 wywiadów, zdecydowaliśmy jednak podwoić próbę w Warszawie. W pozostałych miastach zrealizowano po 15 wywiadów, poza Frankfurttem, gdzie nie przeprowadzono wywiadu z dziennikarzem.

Badana grupa nie jest reprezentatywna – w projekcie zastosowano metodologię badań jakościowych, a sposób rekrutacji służył dotarciu do respondentów o jak naj-

bardziej zróżnicowanych poglądach; założono, że w różnych grupach społeczno-zawodowych będą się one różnić.

Respondentami byli mężczyźni w wieku 30–50 lat (średnia = 41). Rozkład wiekowy był podobny we wszystkich miastach, respondenci z Warszawy byli nieco młodsi, respondenci z Berna – najstarsi.

Wywiady SINR przeprowadzono z przedstawicielami następujących grup społecznych:

- systemu opieki zdrowotnej (pracownicy socjalni, dyrektorzy ambulatoryjnego programu terapii uzależnienia od narkotyków oraz alkoholu, lekarze ogólni, psychologzy);
- organów prawa i porządku (prawnicy, policjanci, pracownicy sądownictwa);
- mediów (dziennikarze gazet konserwatywnych i liberalnych);
- *terapeutów dnia codziennego* (taksówkarze, fryzjerzy, barmani);
- innych (pracownicy małych sklepów, pracownicy służb oczyszczania miasta).

Zgodnie z założeniami, taki dobór próby pozwolił na uchwycenie badanego zagadnienia z różnych perspektyw. Wywiady realizowano w dużych ośrodkach miejskich, ankietarami były młode kobiety, a respondenci (poza pracownikami lecznictwa uzależnień) nie specjalizowali się w tematyce uzależnień.

Kwestionariusz wywiadu zawierał 4 pytania dotyczące percepcji szans samodzielnego przezwyciężenia uzależnienia. Zbierano dane ilościowe i jakościowe. Respondenci byli proszeni o procentowe oszacowanie szans na samowyleczenie z uzależnienia, a następnie – jeśli uważali, że szanse te różnicuje rodzaj substancji czy zachowania nałogowego – o dokonanie identycznych oszacowań dla uzależnienia od marihuany i haszyszu, heroiny, kokainy, nikotyny, alkoholu, zakupów oraz hazardu. W kwestionariuszu szwedzkim pytano też o uzależnienie od tabaki i amfetaminy. Respondentów zwykle proszono o uzasadnienie dokonanych oszacowań. Kolejne pytania dotyczyły najważniejszych przeszkód powstrzymujących ludzi od samodzielnego poradzenia sobie z nałogiem oraz czynników, które mogłyby zwiększyć szanse tych osób na samowyleczenie.

Analiza danych. W kolejnym kroku poddano analizie jakościowej wywiady zrealizowane w Warszawie, Bernie, Sztokholmie i Frankfurtach. W celu obiektywizowania opisywanej rzeczywistości, dwuosobowy zespół badaczy – bez wzajemnego konsultowania się – analizował materiał badawczy w czterech etapach (9, 10).

Etapy analizy:

- czytanie transkrypcji wywiadów i wynotowywanie wszystkich odpowiedzi respondentów na dany temat, zarówno tych powtarzających się, jak i takich, które wystąpiły tylko raz;
- identyfikacja ważnych pojęć;
- tworzenie kategorii i podkategorii, które uwzględniają zarówno wypowiedzi powtarzające się, najbardziej charakterystyczne, jak i wypowiedzi unikalne;
- omawianie i uzgadnianie w dwuosobowym zespole badawczym wniosków z przeprowadzonej analizy, a następnie konsultowanie ich z ekspertami.

Konsultacja ta polegała na omówieniu wyników badania z międzynarodowym koordynatorem projektu oraz na rozesłaniu wstępnego raportu kierownikom badań

w poszczególnych miastach, z prośbą o udzielenie informacji zwrotnych, dotyczących przeprowadzonej analizy danych i wniosków zawartych w dyskusji. Informacje te zostały uwzględnione w procesie tworzenia ostatecznej wersji raportu z badania.

WYNIKI

Ta sekcja została podzielona na trzy części: a) w pierwszej zaprezentujemy różnice w percepcji uzależnień i związany z tym poziom optymizmu, dotyczący samowyleczenia; (b) w drugiej przedstawimy czynniki uniemożliwiające samowyleczenie wymienione przez respondentów; c) w trzeciej natomiast zaprezentujemy pomysły uczestników badania, dotyczące działań, które mogłyby wspomóc proces samodzielnego przezwyciężania uzależnienia.

Percepcja uzależnień a poziom optymizmu

Substancje nielegalne

Heroina wydaje się mieć bardzo podobny wizerunek w świadomości respondentów ze wszystkich badanych miast – jest to substancja silnie uzależniająca, z dużym ryzykiem nawrotu, z trudnym do przezwyciężenia zespołem abstynencyjnym, prowadząca do marginalizacji osób uzależnionych. Co zaskakujące, to profesjonaliści – dyrektorzy poradni narkotykowych z Berna i Warszawy – jako jedyni wymieniali szereg czynników ułatwiających samodzielne przezwyciężenie tego uzależnienia. Wydaje się, że profesjonaliści mniej obawiają się heroiny, niż laicy. Z drugiej strony, dwóch respondentów (z Berna i Frankfurtu) mówiło o możliwości kontrolowanego używania heroiny: *Są osoby, które biorą heroinę tylko od czasu do czasu, albo którym wystarcza relatywnie niewielka dawka heroiny dziennie* (sędzia, Frankfurt).

Profesjonaliści mniej obawiają się heroiny niż laicy

- (...) [przezwyciężyć uzależnienie może] *ktoś kto ma pewną strukturę osobowości, pewną zdolność pozierania się. Silną wolę. Ktoś kto naprawdę chce* (dyrektor poradni narkotykowej, Berno)
- (...) *przy sprawnym i wydolnym wychowawczo domu, to dom może postawić takie warunki, że on [nastolatek uzależniony od heroiny] odstawi* (kierownik ambulatoryjnej placówki leczenia narkomanii, Warszawa)

Kokaina w większości miast (Warszawa, Frankfurt, Sztokholm) kojarzona jest z modą, elitarnym stylem życia i kulturą taneczną. Wydaje się, że traktowanie kokainy jako narkotyku elitarnego, wiąże się z jej stereotypowym postrzeganiem i może mieć również wpływ na kreowanie mody. W Bernie kokaina stała się bardziej powszechna, używają jej osoby z różnych grup wiekowych i o różnym stopniu zamożności, również uzależnione od heroiny. Potwierdzają to wyniki badań i obniżająca się cena tego narkotyku w Szwajcarii (11). Przy pytaniu o kokainę pojawiła się kwestia stygmatyzacji i zasobów, z jakich mogą skorzystać ci, którzy chcieliby zerwać z nałó-

giem. W opinii wielu respondentów jest to narkotyk równie silnie uzależniający jak heroina, jednak właśnie ze względu na wyższy status społeczny jej użytkowników i bardziej akceptowany społecznie wizerunek, wiele osób dodało, że mimo podobieństw, łatwiej jest samodzielnie przezwyciężyć uzależnienie od kokainy, niż od heroiny. Uzależnieni od kokainy nie szukają pomocy profesjonalistów – *Kokainiści tu nie przychodzą [do poradni], dla nich życie jest zbyt wspaniałe, nie szukają nas. Robią to inaczej* (dyrektor poradni narkotykowej, Berno).

Używanie kokainy wiąże się z modą

- *Kokaina ... narkotyk wyższych sfer ... Więc kokaina ... aby wyjść z tego, to jest jak deser, coś doskonałego, kokaina (fryzjer, Berno)*
- (...) *bo to jest modny narkotyk ...* (dyrektor poradni alkoholowej, Frankfurt)
- *Wydaje mi się, że kokaina jest bardziej związana z kulturą taneczną* (lekarz, Sztokholm)

Konopie indyjskie. Prawie w każdym z miast (poza Warszawą) znalazły się osoby, które przyznały, że same paliły marihuanę w przeszłości oraz że jest to substancja, z której używania można w sposób zupełnie naturalny wyrosnąć. W tym przypadku oszacowania możliwości samodzielnego przezwyciężenia nałogu były więc bardzo wysokie (75–100%). O szansach na samodzielne przezwyciężenie uzależnienia od marihuany i haszyszu mówili przede wszystkim respondenci z Berna. Jako jedyni stwierdzili, że istnieje możliwość kontrolowanego, nie przynoszącego problemów palenia marihuany. Być może jest to efekt debaty publicznej związanej z ideą legalizacji tych substancji w Szwajcarii (11) – bez względu na to, czy respondenci opowiedzieli się po którejś ze stron czy też nie, stali się dobrze poinformowani. To oni porównywali palenie marihuany z paleniem nikotyny. Tylko respondenci ze Sztokholmu mówili o tym, że *marihuana jest bramą do innych narkotyków*, co może mieć związek z surową polityką antynarkotykową w Szwecji (12).

Z używania marihuany można wyrosnąć

- (...) *marihuana jest narkotykiem młodych ludzi (...) większość pali [kiedy są młodzi], a potem to nie jest kwestia rzucenia ale przejścia w inny etap życia* (dyrektor poradni alkoholowej, Berno)
 - *Myślę, że to jest też kwestia wieku (...) dorastając, zaczynają inaczej rozumieć swoje używanie, zaczynają postrzegać to jako złe i niebezpieczne* (dyrektor poradni alkoholowej, Frankfurt)
 - *Myślę, że to jest taka rzecz, której próbujesz gdy jesteś młody a potem nie robisz tego już nigdy więcej. To już cię nie interesuje* (śmieciarz, Sztokholm)
- Marihuana bramą do innych narkotyków
- *To często prowadzi do innych narkotyków, z mojego doświadczenia wynika, że masz ochotę spróbować czegoś innego* (lekarz, Sztokholm).

Substancje legalne

Nikotyna jest traktowana jako „zwykły nałóg” – wielu respondentów pali lub paliło papierosy lub zna osoby, które rzucały palenie. Zdarzały się nawet wypowiedzi

humorystyczne, jak wypowiedź policjanta z Frankfurtu: *Weźmy jako przykład moje palenie papierosów – bo to przecież też uzależnienie. Myślę, że mógłbym łatwo rzucić, nawet bez pomocy profesjonalisty... Tak naprawdę już mi się to udało ... kilkakrotnie ... choć może brzmi to głupio.* Pomimo oczywistej sprzeczności w tej wypowiedzi, charakterystyczne dla wielu uzasadnień było stwierdzenie: *to przecież też uzależnienie.* Fakt doświadczania dużej liczby nawrotów to również główny czynnik utrudniający rzucenie palenia, wymieniany przez respondentów we wszystkich miastach. Są tacy, którzy przy jednej z kolejnych prób, ostatecznie rozstają się z nałogiem. Zdecydowaną większość czynników ułatwiających rzucenie palenia wymienili respondenci z Berna. Wiązały się z ważnymi wydarzeniami w życiu (nowy partner, ciąża), zdrowiem (rada lekarza, problemy zdrowotne oraz pogarszające się wyniki sportowe), polityką zdrowotną (kampanie antynikotynowe, biblioterapia i brak oferty leczniczej). Przypomina to szwajcarską kampanię antynikotynową *Milestones*, z jej głównymi założeniami (3). Respondenci z pozostałych miast częściej wiążą możliwości rzucenia palenia z faktem posiadania odpowiedniej motywacji i silnej woli. Wydaje się, że działania zmierzające do ograniczenia używania substancji nie zawsze odnoszą zamierzone rezultaty, co ilustruje przykład Szwecji. W opinii respondentów, restrykcyjna polityka szwedzka i coraz bardziej powszechny i dokładnie egzekwowany zakaz palenia w miejscach publicznych sprawił, że wiele osób zdecydowało się na rzucenie palenia, lecz część uzależnionych od nikotyny zamiast papierosów zaczęła po prostu używać tabaki (12).

Efekt uboczny zakazu palenia w miejscach publicznych

Tabaka zawiera więcej nikotyny i jest bardziej uzależniająca. Ale możesz ją zażywać wszędzie. W dzisiejszych czasach nie wszędzie możesz palić, ale wszędzie możesz zażywać tabakę, nic cię nie powstrzyma. Tabaka jest też znacznie bardziej akceptowana społecznie niż papierosy, co oczywiście ogranicza twoją motywację do rzucenia. Nikt się nie skarży (taksówkarz, Sztokholm).

Alkohol. W dyskusji o szansach na samodzielne przezwycięzenie uzależnienia od alkoholu, szczególnie interesujące wydają się rozważania na temat tego, *jak definiujemy nałóg* (prawnik, Berno). W opinii części respondentów *granica uzależnienia postawiona jest w punkcie, gdzie nie jest ono jeszcze tak poważne i zaawansowane* (prawnik, Sztokholm). Poza tym wiedza na temat uzależnienia od alkoholu wydaje się wysoka – szczególnie w Szwecji i Polsce – być może wpłynęła na to debata publiczna na temat obniżenia cen alkoholu związanego z członkostwem w Unii Europejskiej, jak też kampanie antyalkoholowe prowadzone w tych krajach od lat: *Myślę, że informacja odnośnie tych kwestii, przynajmniej w Szwecji, jest dobrze rozpowszechniona* (policjant, Sztokholm) (12, 13). Tylko respondenci z Warszawy, wśród szerokiej gamy czynników wpływających na szanse samodzielnego przezwycięzenia nałogu, wymienili korzyści z picia alkoholu – *uciechę, zapomnienie, ucieczkę od problemów* (prawnik, Warszawa). W latach osiemdziesiątych w Polsce realizowano badanie kwestionariuszowe w populacji generalnej, gdzie jedną z wyłonionych grup były osoby, które doświadczały wyłącznie pozytywnych efektów działania alkoholu (20% próby). W grupie tej istotnym czynnikiem związanym z używaniem alkoholu

była: poprawa nastroju (70% – 1 pozycja w rankingu) i zapomnienie o kłopotach (16,4% – 6 pozycja w rankingu) (14).

Alkohol – legalny narkotyk

W dzisiejszych czasach pewne rzeczy są zakazane z perspektywy społecznej, ale może sto lat temu nie byłyby traktowane w ten sam sposób. Na przykład alkohol ..., jestem przekonany, że gdyby alkohol był dziś substancją nową, nieznaną, nigdy nie byłby dozwolony. Byłby zaliczony do substancji, które nam szkodzą. Ale jest legalny, bo pijemy go od wielu tysięcy lat (sklepikarz, Sztokholm).

Zachowania nałogowe

Patologiczny hazard. Akceptowany społecznie wizerunek jest w opinii respondentów cechą osób uzależnionych od hazardu. Hazardziści nie poddają się stereotypowi uzależnionego, są w stanie przez długi okres utrzymywać stabilną sytuację społeczną. Ich otoczenie nie wie o istnieniu uzależnienia. Sprawia to, że hazardziści trwają w nałogu aż do zupełnego wyczerpania się zasobów finansowych, a wtedy jest już bardzo trudno poradzić sobie samodzielnie. Najwięcej czynników wymieniali respondenci z miast, w których prowadzi się debatę publiczną na temat uzależnienia od hazardu (Berno i Sztokholm). Niektórzy respondenci mówili o „błędym kole uzależnienia”. Respondenci z Warszawy wskazali, że jedynym wyjściem jest porzucenie nadziei, pogodzenie się ze stratą, z przegraną – (...) *to jest problem hazardzisty ... że zawsze myśli że wygra ... że ma nadzieję że się odegra* (kierownik poradni narkotykowej, Warszawa). Poza tym łączyli uzależnienie od hazardu z uzależnieniem od alkoholu. Podobnie opisują swoich pacjentów terapeuci zajmujący się w Polsce tym problemem (15). Nazywają to uzależnienie chorobą izolacji; hazardziści ukrywają swoje problemy, nie tworzą i nie podtrzymują więzi z innymi grającymi (16).

Kompulsywne robienie zakupów. Dla odmiany niewielu respondentów traktuje poważnie możliwość uzależnienia się od zakupów. Trudno jednoznacznie stwierdzić, czy jest to czynnik wspomagający czy utrudniający samodzielne poradzenie sobie z tym problemem. Z jednej strony, takie traktowanie kompulsywnego robienia zakupów może sprawiać, że brak oferty leczniczej (tak jak w przypadku nikotyny czy hazardu, o czym mówią respondenci) zwiększy prawdopodobieństwo podejmowania samodzielnych prób walki z nałogiem. Z drugiej strony, gdy problem zostanie dostrzeżony po wystąpieniu poważnych konsekwencji uzależnienia, może okazać się, że jest już za późno. Zdaniem części respondentów na nałóg ten bardziej narażone są kobiety.

Kompulsywne robienie zakupów nie jest uzależnieniem

• *Zakupy nie powinny być takie trudne. (...) Tak naprawdę to dziwne, że tak wysoko szacuję, ale może nie patrzę na to jak na uzależnienie* (dziennikarz gazety konserwatywnej, Sztokholm)

- *Nawet nie jestem w stanie wyobrazić sobie tego jako uzależnienia! Mówię szczerze* (barman, Berno)
- *Dla mnie nie jest to uzależnienie, jest to czynność jak mycie, jedzenie, musimy robić zakupy...* (pracownik sądownictwa)

Czynniki uniemożliwiające samowyleczenie

Respondenci wymienili trzy grupy czynników utrudniających samodzielne przezwyciężenie uzależnienia: (a) czynniki związane z rodzajem substancji, od której dana osoba jest uzależniona, (b) czynniki związane z cechami indywidualnymi osoby uzależnionej oraz (c) czynniki społeczne. Ogólnie ujmując, im wyższe zaawansowanie nałogu i dezintegracja społeczna jednostki, tym mniejsze szanse na samodzielne przezwyciężenie nałogu. Istotna jest też motywacja i determinacja w wychodzeniu z uzależnienia. Przeszkody społeczne wymieniane przez respondentów to przede wszystkim brak zasobów lub wyczerpanie się zasobów dostępnych jednostce, a także presja ze strony innych używających na trwanie w nałogu. Poza tym nieprzyjazne zmiane środowisko społeczne – duża dostępność substancji i aktywne grupy interesu zabiegające o nowych klientów. Czynniki wymienione przez respondentów znajdują potwierdzenie w badaniach prowadzonych wśród osób, które samodzielnie przezwyciężyły uzależnienie (17, 18, 19, 20).

Jeśli ktoś nie jest wspierany przez jego środowisko, nie czuje się wspierany, nie ma sieci kontaktów społecznych, osób które mogłyby otoczyć go opieką. (...) To zależy od tego do czego możesz się cofnąć, zasoby finansowe są oczywiste, więc jeśli nie masz pracy, jesteś bezrobotny od 9 lat, rozwiedziony, mieszkasz na strychu – cuda się zdarzają, ale myślę, że szanse na samowyleczenie są wtedy niewielkie (dyrektor poradni alkoholowej, Berno)

To co istotne to emocje, z którymi musi sobie poradzić jednostka. Być może, to właśnie emocje związane z uzależnieniem utrudniają pełną ocenę sytuacji, w jakiej się dana osoba znajduje i podjęcie decyzji zerwania z nałogiem. Respondenci wymieniając przeszkody na drodze osób próbujących samodzielnie wyjść z uzależnienia, mówili o wstydzie, niepewności, lęku, zniechęceniu i braku nadziei. Podobne wyniki pochodzą z badań nad zjawiskiem samowyleczeń (20, 21).

Respondenci z Berna wskazywali na trudności w pozbyciu się etykiety uzależnionego: *To można tak naprawdę powiedzieć o wszystkich uzależnionych: raz uzależniony – uzależniony na zawsze. Bez znaczenia czy ciągle bierzesz, czy już nie. Jesteś naznaczony* (dyrektor poradni narkotykowej, Berno). Sprawia to, że uzależnieni nie dostają kolejnej szansy. Podobnie jak respondenci ze Sztokholmu, respondenci z Berna wskazywali, że niektórzy uzależnieni nie przystają do stereotypowego wizerunku osoby uzależnionej: *Myślę, że [wśród hazardzistów] jest ogromna liczba samowyleczonych. Przede wszystkim ze względu na ich cechy (...) próbują być nie zauważeni, dlatego wyglądają jak biznesmeni, czyści, po to aby nie przyciągać uwagi, zawsze bardzo poprawni* (dyrektor poradni alkoholowej, Berno).

Uzależnieni nie dostają drugiej szansy

Jeśli nie dasz uzależnionemu szansy, historia ciągle będzie się powtarzać, nie ma szansy jej zmienić. (...) Myślę, że naznaczanie społeczne to coś, co może być przeszkodą (dyrektor poradni narkotykowej, Berno)

Niektóre wypowiedzi respondentów ze Sztokholmu odnosiły się do funkcjonujących w społeczeństwie stereotypów i do stygmatyzacji osób uzależnionych. Zdaniem respondentów, na kształtowanie się negatywnego stereotypu osoby uzależnionej składa się widoczność społeczna przede wszystkim osób zmarginalizowanych. Jednocześnie uzależnienie ciągle jest postrzegane w kategoriach moralnych: *Nawet jeśli prawnie zostało uznane za chorobę, nie sądzę aby wiele osób myślało o tym w ten sposób. Większość myśli, że to jest jego wina, wina tej osoby (sklepikarz, Sztokholm).*

Widoczność społeczna osób uzależnionych

Ponieważ większość ludzi którzy nadużywają czegoś, to nie ci co przesiadują na ławkach, walcząc nad butelką taniego wina. Oni są częścią każdej klasy społecznej. To są dyrektorzy, którzy nie pójdą do pracy bez wypicia jednej butelki. I to są gospodynie domowe, które bez przerwy sączą szklaneczkę ginu. Tylko dla zabicia czasu, albo żeby wyrobić się ze wszystkim. (taksówkarz, Sztokholm)

Niektórzy respondenci z Warszawy wskazywali na stereotypy funkcjonujące w społeczeństwie, które mogą utrudniać walkę z nałogiem. Jednym z nich jest stereotypowe postrzeganie mężczyzny, który nie powinien okazywać słabości: *Ludzie nie chcą się przyznawać do swoich słabości – problem pojawia się przy rozdziale na pleć. Kobietom łatwiej jest się przyznać do słabości, niż mężczyznom (kierownik ambulatoryjnej placówki leczenia alkoholizmu, Warszawa).* Ten obraz dopełnia przekonanie, że *facet musi pić (prawnik, Warszawa).* Innym stereotypem jest wyobrażenie osoby uzależnionej: *Kolejną rzeczą jest wstyd. Ludzie nie chcą się przyznawać do swoich słabości, szczególnie, że wciąż obowiązuje stereotyp osoby uzależnionej: brudnej, pochodzącej z marginesu społecznego (kierownik ambulatoryjnej placówki leczenia alkoholizmu, Warszawa).*

Respondenci z Frankfurtu mówili również o tym, że uzależnieni nie dostają drugiej szansy: *Uprzedzenia są tak ogromne, że uzależnieni nie mogą znaleźć pracy, nie mogą osiągnąć niezależności (pracownik socjalny, Frankfurt).* Przekonanie, że uzależnionym jest się do końca życia skutkuje brakiem zaufania. Inny rodzaj stygmatyzacji związany jest z kryminalizacją narkotyków: *Poważnym czynnikiem utrudniającym [wyjście z uzależnienia] jest nielegalność wielu uzależnień, stygmatyzacja z tym związana (barman, Frankfurt).*

Brak zaufania do osób uzależnionych w przeszłości

Cóż, szczerze mówiąc, ja bym nie zatrudnił narkomana. Nawet gdyby zaklinał się, że nie będzie brał już nigdy więcej. Nie zatrudniłbym go, ponieważ byłbym śmiertelnie przerażony że to się znowu zdarzy i nie będę w stanie sobie z tym poradzić. Nie chcesz brać na siebie niepotrzebnych obciążeń. Wiele osób szuka pracy. (fryzjer, Frankfurt)

Laicy i profesjonaliści o polityce społecznej wobec uzależnień

W badaniu zapytano respondentów, co można zrobić, aby zwiększyć szanse osób uzależnionych na samodzielne poradzenie sobie z nałogiem. Poniższa analiza wskazuje na podobieństwa pomiędzy laicką i ekspercką wizją polityki społecznej wobec uzależnień.

Uczestnicy badania mieli wiele pomysłów związanych z likwidowaniem barier, które uniemożliwiają samowyleczenia. Mówili o potrzebie prowadzenia kampanii społecznych uwzględniających idee samowyleczeń czy zwiększających zrozumienie problemu uzależnień. Niektórzy respondenci ze Sztokholmu twierdzą, że społeczeństwo ma wystarczająco dużą wiedzę na temat uzależnień i kampanie informacyjne nie zrobią więcej, niż już udało się osiągnąć. Jednocześnie wskazywali na potrzebę zmiany klimatu społecznego wokół tematyki uzależnień.

W stronę społeczeństwa sprzyjającego samowyleczeniom

Więcej zrozumienia w społeczeństwie dla osób, które mają takie problemy. To by ułatwiło [proces samowyleczenia]. Ośmieliłoby do zrobienia pierwszego kroku. Bo ty to widzisz, tu i tam, jesteś tego świadom. W takiej sytuacji byłoby łatwiej wyzdrowieć (sklepiarkarz, Sztokholm)

W badaniu jedną z grup respondentów są tzw. *terapeuci dnia codziennego*, osoby, które z racji wykonywanego zawodowego (barmani, fryzjerzy, taksówkarze) i nieformalnego kontaktu z wieloma osobami i ich problemami, pełnią tu funkcję informatorów. Oni sami widzą swoją rolę we wspomaganiu procesu przezwyciężania uzależnienia ich klientów, co ilustruje cytat poniżej.

Historia fryzjera z Berna – terapeuty dnia codziennego

Państwowe instytucje, specjalnie służące tym celom [pomocy uzależnionym] ... dla mnie tam jest zbyt wielu teoretyków, którzy nie mają doświadczeń praktycznych. Ci którzy tam siedzą, (...) stosują procedurę X i zapominają, że istnieje jeszcze serce. Jestem fryzjerem od 20 lat i rozmawiam z moimi klientami ... Mam z nimi bardzo bliski kontakt i dlatego ... mam doświadczenie ... Weźmy klienta, który zwykle przychodził raz na dwa miesiące zadbać o włosy, ale miał taki okres w życiu, że coś było zdecydowanie nie w porządku. I on zaczął przychodzić do mnie niemalże co tydzień, tak aby móc pogadać, podzielić się ... ktoś cię słucha, ktoś kto może ci czasem dać niezależną opinię, czy ktoś kto czasem mówi: „Słuchaj, zmieniłbym to, inaczej rozpadniesz się na kawałki” albo „Jeśli nie zrobisz czegoś teraz, utoniesz”, wiesz o co mi chodzi. (...) Kiedy on przychodzi do mnie i mówi: „Słuchaj, Giacinto, czuję to gdzieś w środku, chcę coś z tym zrobić” tylko na tej podstawie ja mogę zacząć pracować. Inaczej to nie zadziała. To znaczy, nie mogę nikogo do niczego zmuszać. To nie działa. To strata czasu i pieniędzy. Tu musi zawsze być współpraca, inaczej nie będzie działać. (...) Ale wówczas możesz dać im dużo wsparcia.(...) To po prostu wymaga czasu, cierpliwości i niesłuchanej wrażliwości.

Według respondentów ze wszystkich miast, szczególnie istotne jest wsparcie w najbliższym otoczeniu uzależnionego, od ludzi, *którzy stoją obok ciebie, na których możesz liczyć. To może być rodzina, to mogą być przyjaciele ... to możesz być ty, to mogą być ja ... (fryzjer, Berno)*. Osoba uzależniona może też aktywnie poszukiwać i uruchamiać *potencjał samouzdrawiający* i zasoby dostępne w jej otoczeniu. Ta per-

spektywa znajduje potwierdzenie w badaniach nad samowyleczeniami. Respondenci są przekonani, że zmiany na poziomie zarówno społecznym, jak i indywidualnym są konieczne, aby promować samowyleczenia poprzez zwiększanie kapitału społecznego osób uzależnionych. Podobne wnioski wynikają z badań nad samowyleczeniami (3, 8).

Rola kapitału społecznego w procesie samodzielnego przezwyciężania uzależnienia
 (...) ludzie są z pewnością zdolni do znajdowania własnych sposobów [radzenia sobie] i nie potrzebują psychologów, psychiatrów czy innych ludzi, to zależy od zasobów, od tego, na co możesz liczyć. Jeśli [ta osoba] ma wielu przyjaciół i jest dobrze osadzona w społeczeństwie, wtedy ma z pewnością lepsze szanse na wyjście [z uzależnienia] własnymi siłami (dyrektor poradni narkotykowej, Frankfurt)

DYSKUSJA

Pierwszym i podstawowym wnioskiem, jaki nasuwa przeprowadzona analiza danych jest fakt, że pomimo różnych rozwiązań polityki społecznej wobec problemu uzależnień w analizowanych krajach, różnice w wypowiedziach respondentów, dotyczące percepcji poszczególnych substancji psychoaktywnych lub zachowań nałogowych oraz barier utrudniających samodzielne przezwyciężenie uzależnienia, nie są duże. Wydaje się, że osobiste przekonania odnoszące się do uzależnień i szansa na samodzielne przezwyciężenie nałogu związane są bardziej z doświadczeniami osobistymi, niż z przekazem polityki społecznej.

Najczęściej wymienianymi przez respondentów barierami uniemożliwiającymi samodzielne poradzenie sobie z nałogiem były przeszkody natury społecznej. Szczególnie brak kapitału społecznego (takich zasobów jak wsparcie rodziny i przyjaciół, praca, mieszkanie, stabilna sytuacja życiowa), ale również nieprzyjazne środowisko społeczne – duża dostępność substancji i aktywne grupy interesu zabiegające o nowych klientów.

Wydaje się, że stygmatyzacja osób uzależnionych jest trwała, a przekonanie „raz uzależniony, zawsze uzależniony” ciągle obecne w rzeczywistości społecznej i nawet wzmocnione przez niektóre grupy profesjonalistów. Jeśli brakuje doświadczenia osobistego i wiedzy naukowej, uprzedzenia i stereotypy zaczynają mieć decydujący wpływ na wyrażane opinie. Uzależnieni traktowani są jako osoby chore, jednak jest to taki typ roli chorego, który został nazwany przez socjologa medycyny Eliota Freidsona *nieprawomocną rolą chorego* – w społeczeństwie panuje przekonanie, że jednostka, być może jest chora i powinna otrzymać pomoc profesjonalną, ale jednocześnie ponosi odpowiedzialność za swój stan, wobec czego karze się ją, na przykład odebraniem jej rozmaitych praw i przywilejów (22).

Jest w końcu sporo przypadków, że ludzie bez żadnej terapii rzucili, skończyli z piciem. (...) Ale to nie znaczy wcale, że oni zdrowieją. (...) Bo można nie pić i być dalej alkoholikiem i być pijanym. Nie pić, a być pijanym. Myśleć jak pijany. (...) Generalnie, żeby wrócić do zdrowia psychicznego, to jest bardzo trudno. (...) Bo tych, co tylko nie piją, to jest dużo. Ale jak oni funkcjonują!? Jak oni się nakręcają! (kierownik poradni ambulatoryjnej leczenia alkoholizmu, Warszawa).

Czynniki wymienione przez respondentów w odpowiedzi na pytanie o to, co mogłoby zwiększyć szanse osób uzależnionych na samowyleczenie znajdują potwierdzenie w wynikach badań nad samoistnymi wyzdrowieniami dotyczących „kapitału zdrowotnego” – wsparcia społecznego, stabilnej sytuacji społecznej i zasobów osobistych (17, 19, 20, 23). Wiedza respondentów często nie odbiega od eksperckiej. Przykładowo respondenci ze Sztokholmu wskazali, że restrykcyjna polityka wobec substancji psychoaktywnych może prowadzić do stygmatyzacji, braku akceptacji i ... zwiększonej konsumpcji substancji nie objętych sankcjami (jak w przypadku tabaki). Według Eliota Freidsona konflikt pomiędzy laicką i profesjonalną wizją choroby jest nieuchronny (24), jednak wydaje się, że obecność debaty publicznej dotyczącej uzależnień zwiększa refleksyjność w społeczeństwie dotyczącą tych kwestii.

Ograniczenia badania. Projekt ten miał charakter sondażowy, wobec tego badana grupa respondentów nie jest reprezentatywna. Nie możemy więc generalizować naszych wniosków na całość populacji. Mimo to dzięki badaniu mamy lepszy przegląd funkcjonujących w społeczeństwie poglądów, opinii i przekonań dotyczących samoistnych wyzdrowień.

Wystąpiły różnice w realizacji badania w poszczególnych krajach, na przykład związane z czasem realizacji i sposobem, w jaki respondenci byli dopytywani o poszczególne kwestie. Wymaga to od badaczy szczególnie uważnej analizy materiału badawczego i znacznie ogranicza ilościową obróbkę tych danych.

Wydaje się, że to przede wszystkim doświadczenie kontaktu z osobami uzależnionymi (lub nawet własna próba przezwyciężenia nałogu) jest czynnikiem determinującym poglądy respondentów na szanse osób uzależnionych na samowyleczenie. W badaniu zabrakło pytania o te doświadczenia.

Rekomendacje do przyszłych badań. Wyniki badania SINR służyły za podstawę tworzenia kwestionariusza do badań reprezentatywnych realizowanych w populacji generalnej – pierwsze zrealizowano w Szwajcarii w 2004. Kolejne podobne badania planowane są w Szwecji i w Polsce.

Podziękowania

Szczególne podziękowania należą się H. Klingemannowi z Institute for Social Planning and Social Management, University of Applied Sciences w Bernie w Szwajcarii, który dostarczył cennych uwag do wcześniejszej wersji maszynopisu tego artykułu. Niezwykle ważne i pomocne były też informacje dotyczące polityki społecznej, realizowanej w miastach objętych badaniem, dostarczone przez J. Blomqvista z Research and Development Unit, Social Services Administration w Sztokholmie, V. Happela z University of Applied Sciences we Frankfurcie oraz M. Aeberhard z University of Applied Sciences w Bernie.

PIŚMIENNICTWO

1. Thomas WI, Thomas DS (1928) *The Child in America: Behavior Problems and Programs*. Knopf.
2. Żulewska-Sak J, Dąbrowska K (2003) *Raport z badań Percepcja społeczna samodzielnych prób przewyciężania uzależnienia*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, www.kbpn.gov.pl
3. Klingemann H, Sobell L, Barker J i wsp. (2001) *Promoting Self-change from Problem Substance Use. Practical Implications for Policy, Prevention and Treatment*. Kluwer Academic Publishers.
4. Cunningham JA, Sobel LC, Sobel MB (1998) Awareness of self-change as a pathway to recovery for alcohol abusers: results from five different groups.