

**ANALIZA PORÓWNAWCZA DANYCH JAKOŚCIOWYCH
ZEBRANYCH W WARSZAWIE (POLSKA), BERNIE (SZWAJCARIA),
SZTOKHOLMIE (SZWECJA) I FRANKFURCIE (NIEMCY)**

W RAMACH

**MIĘDZYNARODOWEGO PROJEKTU BADAWCZEGO
„PERCEPCJA SPOŁECZNA SAMODZIELNYCH PRÓB
PRZEZWYCIEŻANIA UZALEŻNIENIA”**

**International Collaborative Study on
“Societal Images of Natural Recovery from Addictions” SINR**

RAPORT KOŃCOWY

Koordynator międzynarodowy:

prof. dr Harald Klingemann

Institute for Social Planning and Social Management (ISS), University of Applied Sciences Berne - School of Social Work, Berno, Szwajcaria.

Zespół badawczy:

mgr Justyna Żulewska-Sak (kierownik badania)

mgr Katarzyna Dąbrowska

Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, Polska

**Badanie finansowane ze środków Krajowego Biura do spraw
Przeciwdziałania Narkomanii, umowa nr 1/BG z dnia 01.06. 2004r.**

Warszawa 2004

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE	3
ZJAWISKO SAMOISTNYCH WYZDROWIEŃ	4
PRZEGLĄD KONCEPCJI TEORETYCZNYCH I WYBRANYCH PRAC BADAWCZYCH.....	4
CEL BADAŃ I PYTANIA BADAWCZE	6
METODA.....	7
PRÓBA BADAWCZA.....	7
KWESTIONARIUSZ	9
ANALIZA DANYCH.....	9
WYNIKI.....	10
MIEJSCE REALIZACJI.....	10
PORÓWNANIE WYNIKÓW Z WARSZAWY, BERNA, FRANKFURTU I SZTOKHOLMU	19
PERCEPCJA SPOŁECZNA SZANS NA SAMODZIELNE PRZEZWYCIĘŻENIE UZALEŻNIENIA – WYNIKI Z BERNA, FRANKFURTU I SZTOKHOLMU.....	22
CZYNNIKI UDAREMNIAJĄCE PRZEZWYCIĘŻENIE UZALEŻNIENIA	38
CZYNNIKI UŁATWIAJĄCE SAMODZIELNE PRZEZWYCIĘŻENIE UZALEŻNIENIA.....	42
WNIOSKI I REKOMENDACJE	44
NIELEGALNE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE.....	44
LEGALNE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE	45
UZALEŻNIENIA NIECHEMICZNE.....	46
CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE SAMODZIELNE PRZEZWYCIĘŻENIE NAŁOGU.....	47
CZYNNIKI UŁATWIAJĄCE SAMODZIELNE PRZEZWYCIĘŻENIE NAŁOGU	48
DYSKUSJA	49
OGRANICZENIA BADANIA	51
REKOMENDACJE DO PRZYSZŁYCH BADAŃ	52
BIBLIOGRAFIA.....	53
ZAŁĄCZNIKI.....	55
ZAŁ. NR 1A: KWESTIONARIUSZ WYWIADU – WERSJA ANGIELSKA.....	55
ZAŁ. NR 1B: KWESTIONARIUSZ WYWIADU – WERSJA POLSKA.....	56
ZAŁ. NR 2: KONTEKST SYTUACYJNY – WARSZAWA	58
ZAŁ. NR 3: KONTEKST SYTUACYJNY – BERN.....	62
ZAŁ. NR 4: KONTEKST SYTUACYJNY – SZTOKHOLM.....	65
ZAŁ. NR 5: KONTEKST SYTUACYJNY – FRANKFURT.....	68
ZAŁ. NR 6: PRZYKŁADOWE PYTANIA I KATEGORIE ODPOWIEDZI DO BADAŃ SINR W POPULACJI GENERALNEJ.....	71

WPROWADZENIE

... jeżeli ludzie definiują sytuacje jako rzeczywiste, rzeczywiste są ich konsekwencje ...
(Siemaszko 1993)

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, Szwecji, Finlandii i Polsce. Międzynarodowym koordynatorem badania jest prof. dr Harald Klingemann z Uniwersytetu Nauk Stosowanych (University of Applied Sciences) w Bernie, w Szwajcarii.

Przekonania na temat używania środków psychoaktywnych i problemów z tym związanych, funkcjonujące w społeczeństwie, a szczególnie 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.

SINR bada społeczne uwarunkowania procesu zmiany z perspektywy socjologicznej. Poszukuje najważniejszych dla jednostki rozważającej zerwanie z nałogiem elementów klimatu społecznego. SINR identyfikuje też wyobrażenia „Pana Kowalskiego” na temat trudności i barier, na które napotyka osoba próbująca przezwyciężyć uzależnienie samodzielnie oraz tego co można zrobić aby zwiększyć szanse tych osób na sukces (Żulewska-Sak 2004).

W badaniu SINR pytamy o uzależnienie, a narkotyki (marihuana, haszysz, heroina i kokaina) zostały ujęte w kontekście innych substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol czy tytoń, oraz takich uzależnień niechemicznych jak kompulsywne robienie zakupów czy patologiczny hazard.

Na potrzeby tego projektu wybraliśmy trzy kraje z naszego kręgu kulturowego charakteryzujące się ciekawą i zróżnicowaną polityką wobec zagadnienia substancji psychoaktywnych: Niemcy, Szwajcarię oraz Szwecję¹. Wyniki badania SINR realizowanego w Frankfurtu, Sztokholmie i Bernie porównywaliśmy z wynikami badań realizowanych w Warszawie w roku ubiegłym (Żulewska-Sak, Dąbrowska 2003).

¹ Chciałybyśmy podziękować kierownikom badania (prof. Jan Blomqvist, prof. Volker Happel i prof. Harald Klingemann) za dostarczenie nam cennych informacji dotyczących polityki społecznej wobec uzależnień realizowanej w Sztokholmie, Frankfurtu i Bernie, które umożliwiły nam analizę materiału badawczego z perspektywy porównawczej.

Zjawisko samoistnych wyzdrowień

W *Leksykonie terminów – alkohol i narkotyki* czytamy: *remisja samoistna (naturalna)* to *zaprzestanie nadużywania alkoholu lub innych środków psychoaktywnych, przezwycięzenie uzależnienia lub innych problemów, bez korzystania z terapii, bez uczestniczenia w grupach wzajemnej pomocy. (...) Z danych epidemiologicznych wynika, że wiele remisji następuje w sposób samoistny* (ŚOZ 1997). Zgodnie z terminologią dopuszczalną przez Światową Organizację Zdrowia (ŚOZ 1997) w raporcie posługujemy się terminem *samoistne wyzdrowienie* lub *samowyleczenie* rozumianym jako *skuteczna zmiana zachowania postrzeganego jako problemowe; proces, do którego skłania motywacja do zmiany oraz siły indywidualne i społeczne, bez udziału lecznictwa czy też innej profesjonalnej interwencji* (cyt. za: Klingemann i współpr. 2001).

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

Przegląd koncepcji teoretycznych i wybranych prac badawczych

Rola chorego (tu: uzależnionego) nie jest tożsama z rolą pacjenta czy też osoby korzystającej z profesjonalnego lecznictwa uzależnień. Może być tak, że jednostka i jej otoczenie uznają stan w jakim się znalazła za niewymagający interwencji specjalistycznej i zdecydują się zastosować samoleczenie. To jednostka decyduje się (lub nie) na przyjęcie roli chorego, a ewentualnie w kolejnym etapie roli pacjenta (Taranowicz 2002).

Anna Titkow interpretuje rolę chorego jako cykl zdarzeń, który zawiera kolejne etapy:

1. poznanie objawów
 - moment w którym rozpoznano objawy
 - szacowanie ich powagi
 - zwrócenie się do innych osób o interpretację
 - reakcja na ból i dolegliwości
 - reakcja na zaburzenia w funkcjonowaniu
 - przyjęcie obiegowej etiologii choroby
2. przyjęcie roli chorego
 - próba samoleczenia
 - wpływ otoczenia na wybór pomocy
 - decyzja wyboru określonej formy pomocy

Dopiero w następnym etapie, chory staje się (lub nie) pacjentem: może nawiązać kontakt, ze służbą zdrowia i zaakceptować wymagania roli. Ostatni etap to okres rehabilitacji i powrotu do zdrowia (Titkow 1976).

Jednym z czynników wyzwalających przypadki samoistnych wyzdowień jest odpowiedni klimat społeczny wokół tego problemu. Szczególnie istotne dla jednostki rozważającej zmianę są przekonania tkwiące w jej otoczeniu społecznym na temat tego, na ile możliwe jest samodzielne przezwyciężenie uzależnienia. Równie ważna jest wiedza o tych, którzy własnymi siłami zerwali z nałogiem (Klingemann i współpr. 2001). 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”* (...) (Żulewska-Sak, Dąbrowska 2003). Z badań kanadyjskich (Cunningham i współpr. 1998) wynika, że 53% respondentów, którzy poradzi sobie z uzależnieniem bez leczenia znało podobne przypadki, w porównaniu z 14% osób w populacji generalnej.

Negatywny klimat społeczny, stereotypowe postrzeganie osób uzależnionych, stygmatyzacja, czyli trwale przypisanie jednostce uzależnionej tożsamości dewianta, powodują odrzucenie, stopniowe wykluczanie osoby uzależnionej ze społeczeństwa (Sztompka 2002). Jest to czynnik utrudniający przezwyciężenie uzależnienia (Drew 1968). Stygmatyzacja jest procesem reakcji społecznej, procesem społecznej identyfikacji i społecznego naznaczania, który może powstrzymać uzależnionych od mówienia o udanym samodzielnym wyleczeniu – tylko 5% palaczy nie powiedziało innym o tym, że zerwali z nałogiem i już 24% pijących problemowo. (Cunningham i współpr. 1998). 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) (Brodniak 2000).

Obserwuje się pozytywne zmiany klimatu społecznego wokół osób z zaburzeniami psychicznymi zachodzące w wielu krajach, jednak alkoholizm i narkomania ciągle zajmują bardzo niską pozycję w skali odrzucenia społecznego i ograniczenia szans życiowych. Osobisty kontakt z osobami doświadczającymi tych problemów na ogół wpływa na bardziej pozytywne i tolerancyjne postawy, poza sytuacjami, gdy spotkania te wiążą się z negatywnymi emocjami i konsekwencjami. Wyniki większości badań wskazują, że odrzucające postawy występują częściej wśród ludzi słabo wykształconych, o niższej pozycji społeczno-ekonomicznej, w starszym wieku oraz wśród mężczyzn. (Brodniak 2000).

Mieszkańcy dwóch polskich miejscowości, w których realizowano program prewencyjny „Odłot” zostali zapytani dwukrotnie (w fazie diagnostycznej i w fazie ewaluacji) o szanse powrotu alkoholików i narkomanów do normalnego życia. Ich odpowiedzi kształtowały się następująco (Świątkiewicz 1996):

poziom szans (odsetki badanych)	osoby uzależnione od alkoholu				osoby uzależnione od narkotyków			
	Starachowice		Małczyce		Starachowice		Małczyce	
	1994	1995	1994	1994	1994	1995	1994	1994
duże	21,0	20,3	15,6	16,3	9,6	13,7	6,3	4,2
spore	20,8	21,7	20,9	28,6	12,2	12,7	6,3	14,5
średnie	27,9	27,5	36,3	22,5	21,3	23,9	17,8	19,7
małe	18,6	20,5	17,4	19,3	31,1	27,5	37,9	33,0
żadne	5,4	4,2	3,7	4,8	11,0	8,4	20,7	17,3

Dodatkowo zapytano ich o warunki udostępnienia zdrowiejącym narkomanom rynku pracy. Ich odpowiedzi przedstawia tabela (Świątkiewicz 1996):

kategorie odpowiedzi (odsetki badanych)	Starachowice		Małczyce	
	1994	1995	1994	1994
powinni mieć pierwszeństwo	16,8	22,6	14,9	14,6
należy traktować ich jak innych	70,4	69,5	64,4	54,3
powinni dostawać pracę w dalszej kolejności	5,2	2,0	6,7	9,3

CEL BADAŃ I PYTANIA BADAWCZE

Celem badania „Percepcja społeczna samodzielnych prób przezwycięzenia uzależnienia” było poznanie poglądów społecznych na temat szans przezwycięzenia uzależnienia samodzielnie, bez pomocy specjalistów. Poszukiwano wówczas 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* postrzegają i rozumieją uzależnienie i problemy z nim związane.

Cele analizy porównawczej:

- próba wyjaśnienia dlaczego polscy respondenci szacowali szanse na przezwycięzenie uzależnienia samodzielnie niżej, niż respondenci z pozostałych krajów, w odniesieniu do polityki społecznej wobec uzależnień realizowanej w poszczególnych miastach oraz rodzajów argumentacji podnoszonej przez respondentów;
- zidentyfikowanie barier społecznych udaremniających samodzielne poradzenie sobie z uzależnieniem; szczególnie stereotypów, mitów i uprzedzeń związanych z uzależnieniem tkwiących w społeczeństwie;

- wybór zagadnień analizowanych w SINR, które mogą być użyte w badaniach reprezentatywnych w populacji generalnej, próba stworzenia listy pytań zamkniętych, które w przyszłości staną się podstawą kwestionariusza do badań międzynarodowych dotyczących tego problemu.

Pytania badawcze:

- Jak kształtuje się polityka społeczna wobec uzależnień w poszczególnych miastach? Czy kwestie te mają związek z argumentacją podnoszoną przez respondentów?
- Jak uzasadniali swoje oszacowania szans na przezwyciężenie uzależnienia samodzielnie respondenci polscy a jak respondenci z pozostałych krajów?
- Na jakie bariery i przeszkody udaremniające samodzielne poradzenie sobie z nałogiem wskazują respondenci w poszczególnych krajach?
- Jakie stereotypy, mity i uprzedzenia związane z uzależnieniem funkcjonują w poszczególnych krajach?

METODA

Próba badawcza

Analizie poddano 74 wywiady zrealizowane w okresie od marca 2003 do kwietnia 2004 w czterech miastach europejskich: Bernie (wiosna 2003), Frankfurt (lato 2003), Warszawie (jesień 2003) i Sztokholmie (wiosna 2004). Protokół badawczy zalecał realizację 15 wywiadów, jednak zdecydowaliśmy podwoić próbę w Warszawie. W pozostałych miastach zrealizowano po 15 wywiadów, poza Frankfurt, gdzie nie przeprowadzono wywiadu z dziennikarzem.

	Bern	Frankfurt	Sztokholm	Warszawa	Razem
liczba wywiadów	15	14	15	30	74
czas trwania wywiadu (średnia / mediana)	29,6 / 30,0	5,7 / 4,5	16,5 / 15,0	12,9 / 12,0	15,6 / 14,0
wiek respondentów (średnia / mediana)	44,7 / 44,0	41,9 / 41,5	40,4 / 42,0	39,7 / 38,0	41,2 / 42,0

Respondentami byli mężczyźni w wieku 30-50 lat. Średnia wieku w próbie wynosiła 41 lat. Rozkład wiekowy był podobny we wszystkich miastach, respondenci z Warszawy byli nieco młodszy, respondenci z Berna najstarsi.

Średni czas wywiadu był dłuższy niż przewidywano i wynosił blisko 16 minut. Zdecydowanie najkrótsze były wywiady przeprowadzone we Frankfurcie – średnia wynosiła niespełna 6 minut, mediana 4,5 minuty. Ankieterki realizujące te wywiady rzadko prosiły o komentarze dotyczące poszczególnych oszacowań, nie stosowały też techniki dopytywania. Podobnie w Sztokholmie nie proszono o komentarze dotyczące oszacowań poszczególnych substancji, jednak zwykle ankieterki prosiły o ogólny komentarz uzasadniający oszacowania procentowe. Stosowano tam również technikę dopytywania. W Warszawie respondenci byli proszeni o komentarze po podaniu każdego z oszacowań procentowych, byli też dopytywani o poszczególne kwestie – stosowano technikę parafrazy oraz pytanie końcowe: *Czy chciałby Pan jeszcze coś dodać?* Czas trwania wywiadu w Sztokholmie i Warszawie jest zbliżony. Wywiady realizowane w Bernie były znacznie dłuższe od tych realizowanych w poszczególnych miastach. Jest to wynik nieodpowiedniego sposobu prowadzenia wywiadu: ankieterka pozwalała na długie dygresje, dopytywała o kwestie wykraczające poza zakres wywiadu, zdarzało się też, że sugerowała odpowiedzi respondentom.

Wywiady SINR przeprowadzono z reprezentantami następujących grup społecznych:

- przedstawicielami systemu opieki zdrowotnej (pracownicy socjalni, dyrektorzy ambulatoryjnego programu terapii uzależnienia od narkotyków oraz alkoholu, lekarze ogólni, psychologowie);
- przedstawicielami organów prawa i porządku (prawnicy, policjanci niskiej rangi, pracownicy sądownictwa);
- przedstawicielami mediów (dziennikarze gazet - konserwatywnej i liberalnej);
- *terapeutami dnia codziennego* (taksówkarze, fryzjerzy, barmani);
- wybranymi przedstawicielami populacji generalnej (pracownicy małych sklepów, pracownicy służb oczyszczania miasta).

Zgodnie z założeniami, taki dobór próby pozwolił na uchwycenie badanego zagadnienia z różnych perspektyw. Wszyscy respondenci byli potencjalnymi partnerami interakcji z osobami uzależnionymi, a przedstawiciele leczenia uzależnień, czy też organów prawa i porządku prawdopodobnie wyrażają, oczywiście w ograniczonym stopniu, poglądy charakterystyczne dla ich grupy zawodowej. Wywiady realizowane były w dużych ośrodkach miejskich, ankieterkami były młode kobiety a respondenci, poza pracownikami leczenia uzależnień, nie specjalizowali się w tematyce uzależnień. Decyzja o przeprowadzeniu wywiadu w dużych miastach, wynika z ich znacznego obciążenia problemami związanymi z używaniem nielegalnych substancji psychoaktywnych. Starano się również zredukować wpływ wieku respondentów na wyniki badania. W tym celu wyłączono z badania osoby młode oraz starsze.

Kwestionariusz

Kwestionariusz wywiadu zawierał 4 pytania dotyczące percepcji szans samodzielnego przezwycięzania uzależnienia. Zbierano dane ilościowe (pytania zamknięte) i jakościowe (pytania otwarte). Respondenci byli proszeni o procentowe oszacowanie szans na samowyleczenie z uzależnienia, a następnie, jeśli uważali, że szanse te różnicuje rodzaj substancji czy zachowania nałogowego, byli proszeni 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. Respondenci zwykle proszeni byli o uzasadnienie dokonanych oszacowań. Kolejne pytania dotyczyły najważniejszych w opinii respondenta przeszkód powstrzymujących ludzi od samodzielnego poradzenia sobie z nałogiem oraz czynników, które mogłyby zwiększyć szanse tych osób na samowyleczenie. Szczegółowy opis kwestionariusza znajduje się w raporcie z badań polskich (Żulewska-Sak, Dąbrowska 2003). Wzór kwestionariusza zamieszczono w aneksie tego raportu (załącznik nr 1).

Analiza danych

W pierwszym kroku badania eksperci, kierownicy badań z poszczególnych miast, zostali poproszeni o analizę polityki społecznej wobec uzależnień realizowanej w ich miastach w okresie realizacji badania. Opinie respondentów nie kształtują się w próżni społecznej i w pewnym stopniu mogą zależeć od sposobu reakcji społecznej na problemy związane z uzależnieniem w ich społeczności lokalnej oraz debaty publicznej wokół tego problemu w okresie realizacji badania.

Poproszono o charakterystykę miasta na sześciu wymiarach:

- ogólna charakterystyka i problemy społeczne miasta;
- waga i widoczność problemów związanych z uzależnieniem w skali lokalnej;
- dostępność poszczególnych substancji i możliwości uprawiania hazardu w mieście;
- dostępność leczenia uzależnień oraz innych form pomocy osobom uzależnionym w mieście;
- miejska polityka społeczna wobec problemu uzależnień;
- kampanie prewencyjne oraz wydarzenia medialne w okresie realizacji badania.

W kolejnym kroku analizie jakościowej poddano wywiady zrealizowane w Bemie, Sztokholmie i Frankfurcie. W celu zminimalizowania różnic w prowadzeniu wywiadu w poszczególnych kraju związanych z postępowaniem ankietera, wypowiedzi, które były wyraźnie sugerowane w trakcie realizacji wywiadu, nie były brane pod uwagę w analizie argumentacji podnoszonej przez respondentów. Dodatkowo, w celu obiektywizowania opisywanej rzeczywistości, zastosowano metodę triangulacji badacza (Konecki 2000,

Thurmond 2001). W tym przypadku dwu badaczy, bez uprzedniego konsultowania się, analizowało materiał badawczy, w czterech etapach.

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.
- porównanie materiału badawczego z poszczególnych miast z wynikami badania zrealizowanego w Warszawie w 2003 roku (Żulewska-Sak, Dąbrowska 2003).

W następnym kroku wnioski z przeprowadzonej analizy były omawiane i negocjowane w zespole badawczym a następnie konsultowane z ekspertami, kierownikami badań, w poszczególnych miastach. Konsultacja ta polegała na omówieniu wyników badania z międzynarodowym koordynatorem projektu oraz na rozesłaniu wstępnego raportu z badania 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.

WYNIKI

Miejsce realizacji

Zgodnie z ideą projektu, wywiady realizowane były w dużych miastach (jak dotąd Bogota, Berno, Frankfurt, Santa Marta, Sztokholm, Helsinki, Warszawa). Realizacja badań w kilku, kilkunastu ośrodkach miejskich na świecie tworzy wartościowy materiał umożliwiający analizę tych kwestii z perspektywy międzykulturowej. Na potrzeby tej analizy wybrano wywiady zrealizowane w Bernie, Frankfurcie i Sztokholmie i porównywano je z wywiadami przeprowadzonymi w Warszawie. Kierownicy badania (prof. Jan Blomqvist z Research and Development Unit, Social Services Administration w Sztokholmie, prof. Volker Happel z the University of applied Sciences we Frankfurcie oraz prof. Harald Klingemann z Institute of Social Planning and Social Management, University of Applied Sciences w Bernie) dostarczyli nam cennych informacji dotyczących polityki społecznej wobec uzależnień realizowanej w poszczególnych miastach (patrz załącznik), które umożliwiły nam analizę materiału badawczego z perspektywy porównawczej.

Ogólna charakterystyka i problemy społeczne miasta

Berno

Berno jest stolicą Szwajcarii i centrum administracyjnym kraju. Jest to trzecie co do wielkości miasto w Szwajcarii (127 519 mieszkańców). Odsetek osób bezrobotnych wzrósł od 3,9% (styczeń 2003) do 4,3% (czerwiec 2004). Szacuje się, że około 11% mieszkańców korzysta z różnych form pomocy społecznej lub uzyskuje dochód niższy od minimalnego.

Frankfurt

Frankfurt jest największym miastem stanu Hesse (650 000 mieszkańców w obszarze miejskim). Problemem miasta jest przestępczość – w roku 2002 popełniono prawie 100 000 przestępstw, w tym blisko połowa to przestępstwa przeciwko mieniu. W 2002 roku 40 000 osób otrzymało pomoc mieszkaniową (subsistence).

Sztokholm

Sztokholm jest stolicą Szwecji i największym miastem kraju (760 000 mieszkańców). Wskaźnik bezrobocia wynosi 3,6% wśród osób w wieku 20-64 i jest niższy niż średnia krajowa. W 2003 roku z pomocy społecznej skorzystało 5,6% dorosłych mieszkańców miasta. Co charakterystyczne w Sztokholmie, to znaczne zróżnicowanie tych wskaźników pomiędzy 18 dzielnicami miasta (odsetki bezrobotnych: 2,3% - 5,4%; odsetki korzystających z pomocy społecznej: 2,7% - 27,7%).

Warszawa

Warszawa jest stolicą Polski i największym miastem kraju (1 700 tys. mieszkańców). Stopa bezrobocia dla Warszawy 6,1% (listopad 2003), dla porównania stopa bezrobocia dla całego kraju wynosiła 19,3% w tym samym okresie.

Waga i widoczność problemów związanych z uzależnieniem w skali lokalnej

Berno

Z badań ankietowych wynika, że różne formy wandalizmu są najbardziej dokuczliwym problemem mieszkańców Berna. Problemy związane z uzależnieniem lokują się na trzeciej pozycji, nieco wyżej niż przestępczość i bezpieczeństwo w porach nocnych. W ciągu ostatnich 12 lat udało się ograniczyć widoczność otwartej sceny narkotykowej w mieście. Jednak odnotowuje się stopniowy spadek akceptacji wobec grup marginalizowanych społecznie.

Frankfurt

W badaniach ankietowych realizowanych na początku lat dziewięćdziesiątych problemy narkotykowe zajmowały drugą pozycję, natomiast w 2003 już dziesiątą (4% populacji mieszkańców). Istotniejsze stały się zakorkowane ulice, przestępczość, bezpieczeństwo publiczne, problemy finansowe miasta czy rynek mieszkaniowy.

Na początku lat dziewięćdziesiątych ograniczono znacznie widoczność i rozmiary otwartej sceny narkotykowej. Uzależnieni od alkoholu bezdomni są ciągle widoczni, ale tolerowani, poza przebywaniem na terenie centów handlowych.

W 2002 roku zarejestrowano 4044 narkomanów, szacuje się że faktyczna liczba osób uzależnionych od narkotyków jest dwukrotnie wyższa. Osoby zarejestrowane przede wszystkim to politoksykomani. Najczęściej używanym przez nich narkotykiem jest *crack* (przed heroiną, kokainą, amfetaminą i *ecstasy*). Od początku lat dziewięćdziesiątych spada śmiertelność związana z używaniem narkotyków (1990: n=147, 2002: n=28).

W ostatnim okresie odnotowano powstanie nowej grupy użytkowników i dealerów narkotyków, często dodatkowo nadużywających alkoholu – tzw. *Russlanddeutsch* – emigrantów pochodzenia niemieckiego z dawnych krajów bloku komunistycznego.

Sztokholm

Troska o problemy związane z uzależnieniem zawsze była cechą charakterystyczną polityki społecznej w Szwecji, a szwedzka polityka wobec narkotyków jest uznawana za jedną z najsurowszych w Europie. W kwestii polityki alkoholowej wyraźna liberalizacja nastąpiła po wejściu Szwecji w struktury Unii Europejskiej, co skutkowało wzrostem konsumpcji.

Tradycyjnie fundusze przeznaczone na pomoc i leczenie osób doświadczających problemów w związku z używaniem substancji psychoaktywnych były wyższe niż w innych krajach, choć od 1990 odnotowuje się stopniowe ograniczenie tych wydatków. Skutkuje to rosnącą widocznością tych problemów.

Warszawa

Widoczność takich problemów społecznych jak narkomania, czy alkoholizm jest w Warszawie stosunkowo wysoka. Najważniejszym problemem w Warszawie w 2002 było bezrobocie, przestępczość pospolita i gospodarcza oraz przemoc i agresja na ulicach. Problem narkomanii zajął piąte miejsce w rankingu, natomiast problem alkoholizmu ósme (Sierosławski 2002). 64,% dorosłych warszawiaków uważa, że narkoman jest przede wszystkim człowiekiem chorym, 15,6%, że jest to człowiek nieszczęśliwy, 5,7% wybrało

określenie „niebieski ptak, pasożyt społeczny”. W związku z tym 75,5% uważa, że powinno się ich leczyć, 14,9% przede wszystkim otoczyłoby ich opieką, udzieliło im pomocy, natomiast 5,9% twierdzi, że narkomani powinni być izolowani od społeczeństwa.

Dostępność poszczególnych substancji

Berno

W mieście obowiązują ograniczenia możliwości palenia tytoniu w miejscach publicznych. Wskaźnik używania przetworów konopi indyjskich wynosi 3,5 na 1000 mieszkańców. Obserwuje się postępującą normalizację tych zachowań. W 2002 odnotowano istnienie 20 sklepów oferujących produkty wykonane z konopi indyjskich. Prowadzono też badania dotyczące rozpowszechnienia hazardu. Odsetek hazardzistów „problemowych” wynosi 2,2%, natomiast hazardzistów „kompulsywnych” 0,8%. Dostępność gier hazardowych w Bernie jest wysoka, w porównaniu z innymi kantonami, które wprowadziły całkowity zakaz umieszczania maszyn hazardowych w pubach i restauracjach. Poza tym, w lipcu 2002 otworzono tam kasyno (jedno z siedmiu w Szwajcarii).

Frankfurt

Wyniki badań ESPAD wskazują na znaczne rozpowszechnienie używania konopi indyjskich – 52% młodzieży używało marihuany lub haszyszu przynajmniej raz w życiu, a 21 % w ciągu ostatniego miesiąca. Stwierdzono też wzrost konsumpcji alkoholu, związany szczególnie z popularnością *alcopopów*. W związku z tym rząd zmienił swoją politykę podatkową, ale jeszcze nie ma wyników badań wskazujących na efekty tego posunięcia. Wzrasta też liczba ograniczeń dotyczących palenia tytoniu w miejscach publicznych (budynkach użyteczności publicznej, metrze, siedzibach dużych firm etc.). Kwestia uzależnienia od hazardu nie była częścią debaty publicznej dotyczącej uzależnień.

Sztokholm

W ciągu ostatnich 15 lat konsumpcja alkoholu w Szwecji wzrosła 7,5 litra czystego alkoholu na osobę w 1990 do około 10 litrów obecnie. Coraz większe ilości alkoholu są przywożone z krajów sąsiadujących, na co Szwecja zareagowała obniżeniem podatków. Poza tym wydłużyły się godziny otwarcia miejsc w których można kupić alkohol. Generalnie można mówić o rosnącej dostępności alkoholu w Szwecji w ostatnich latach.

W Szwecji nie rozróżnia się pomiędzy narkotykami miękkimi i twardymi. Posiadanie oraz używanie narkotyków jest zagrożone karą 6 miesięcy pozbawienia wolności. Pomimo tego, liczba osób używających narkotyków rośnie. Oficjalne statystyki wskazują, że w Sztokholmie mieszkało około 5 000 osób uzależnionych od narkotyków (używających dożylnie i/ lub codziennie). Badania wskazują, że dostępność narkotyków jest wysoka a ceny stosunkowo niskie.

Polityka wobec palenia papierosów charakteryzuje się prowadzeniem kampanii profilaktycznych, utrzymywaniem wysokich podatków i rosnącą liczbą ograniczeń dotyczących palenia w miejscach publicznych (od lipca 2005 palenie będzie zakazana we wszystkich pubach, barach, restauracjach etc.). Całość tych działań sprawia, że tylko co piąty dorosły pali papierosy. Natomiast znacznie wzrosła populacja osób używających tabaki.

Uzależnienie od hazardu jest rosnącym i coraz częściej dostrzeganym problemem w Szwecji. Jedno z kasyn znajduje się w Sztokholmie. Wzrasta w związku z tym liczba prywatnych klinik oferującym pomoc uzależnionym, których liczbę szacuje się w Szwecji na 300 000.

Warszawa

Dziewięciu z 10 dorosłych warszawiaków zna takie substancje psychoaktywne jak marihuana, haszysz, heroina czy kokaina. 15,5% uważa że dostępność przetworów konopi indyjskich jest bardzo wysoka, 7,5% identycznie ocenia dostępność heroiny i kokainy. Odsetki dorosłych w wieku 18-50 lat, którzy używali narkotyków kiedykolwiek w życiu i w czasie ostatnich 12 miesięcy są wyższe w Warszawie niż średnio w kraju.

Średnie spożycie napojów alkoholowych (w litrach 100% alkoholu) w Warszawie w 2002 roku wynosiło 4,06 (średnia krajowa 3,67) – dla mężczyzn było wyższe – 6,12, dla kobiet wynosiło 2,18. Odsetek osób, które nie piją alkoholu wynosił dla Warszawy 9,8% (średnia krajowa 15,4%). Odsetek warszawiaków z tzw. grupy ryzyka (konsumpcja roczna powyżej 10 litrów alkoholu w przypadku mężczyzn i 7,5 litra w przypadku kobiet) wynosił 12% (Polska 9,1%) - wśród mężczyzn 16,9%, wśród kobiet 7,5%.

Najczęściej spotykane w Polsce gry hazardowe to granie na automatach, bingo, ruletka, wyścigi konne, zakłady bukmacherskie. Wszystkie te formy gier hazardowych dostępne są w Warszawie. Pomocy profesjonalnej szukają przede wszystkim gracze na automatach, są to głównie mężczyźni (Ginowicz 2004).

Dostępność leczenia uzależnień oraz innych form pomocy

Berno

W Bernie istnieje noclegownia, w której oferowane są również posiłki. Działalność *street workerów* jest wspierana przez kościół. Dostępne są programy zapewniające opiekę osobom psychicznie chorym, uzależnionym oraz przestępcom po wyjściu z zakładu karnego. 12 instytucji oferuje pomoc w różnych formach. Dodatkowo istnieją organizacje samopomocowe i programy profilaktyczne i rehabilitacyjne.

Po kontroli policyjnej trzy sklepy sprzedające produkty wykonane z konopi indyjskich zostały zamknięte. W związku z tym właściciele innych, istniejących sklepów założyli

stowarzyszenie, którego celem było wypracowanie wspólnego stanowiska w negocjacjach z władzami. Stowarzyszenie to współpracuje też z instytucjami oferującymi programy profilaktyczne.

Sytuacja grup marginalizowanych społecznie stała się bardziej ryzykowna. Wiąże się to z brakiem możliwości ponownego leczenia oraz obniżoną akceptacją ich obecności w miejscach publicznych. Zgodnie z nowymi możliwościami prawnymi policja ma prawo rozwiązywać grupy osób zakłócające porządek publiczny. Coraz więcej osób trafia do instytucji psychiatrycznych lub zakładów karnych.

Dostępna jest pomoc dla osób, które próbują rzucić palenie. Od momentu otwarcia kasyna rośnie konieczność tworzenia programów pomagającym osobom uzależnionym od hazardu. Odnotowano rosnącą liczbę osób poszukujących tego typu pomocy w innych placówkach.

Frankfurt

Frankfurcki system pomocy osobom uzależnionym – tzw. *Frankfurter Wag*, który powstał na początku lat dziewięćdziesiątych, koncentruje się na rozwijaniu niskoprogowych programów związanych z profilaktyką HIV i HCV. Osobom uzależnionym oferuje się też różne rodzaje dodatkowej pomocy (możliwość zarobienia niewielkich sum pieniędzy, opieka medyczna). W mieście funkcjonuje 10 ambulatoryjnych programów substytucyjnych, dodatkowo część pacjentów pozostaje pod opieką przeszkolonych lekarzy ogólnych. W sumie metadon otrzymuje 1182 osoby. Statystyki programów substytucyjnych wskazują, że po roku program opuszcza 25% klientów, po pięciu latach kolejnych 40%. Istnieje też 6 poradni narkotykowych skoncentrowanych na młodszej klienteli oraz 4 poradnie alkoholowe.

Sztokholm

Pomoc uzależnionym w Szwecji prowadzi się w ramach systemu opieki społecznej. Tradycyjnie też opiera się głównie na placówkach stacjonarnych, choć stopniowo rośnie liczba placówek ambulatoryjnych. W 2003 udzielono różnorodnej pomocy uzależnionym w Sztokholmie: 2000 osób skierowano do noclegowni, 1600 osób do placówek ambulatoryjnych, 1700 do placówek stacjonarnych, około 100 zostało skierowanych na przymusowe leczenie.

Warszawa

W polskim systemie leczenia uzależnień istnieją dwa stosunkowo niezależne systemy: leczenie narkotykowe i leczenie alkoholowe. Warszawska oferta terapeutyczna dla osób doświadczających problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych wydaje się szeroka i zróżnicowana w zależności od potrzeb. Na terenie miasta funkcjonuje kilka telefonów zaufania oraz kilkadziesiąt placówek ambulatoryjnych prowadzących działalność

zarówno edukacyjno-informacyjną (poradnictwo, konsultacje medyczne i prawne) jak też terapeutyczną (psychoterapia indywidualna bądź grupowa). Pomoc udzielana jest dzieciom, młodzieży i dorosłym doświadczającym problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, oraz rodzinom tych osób. Niektóre placówki oferują programy z zakresu redukcji szkód: programy metadonowe, program wymiany igieł i strzykawek, możliwość wykonania testu umożliwiającego rozpoznanie dostarczonej substancji oraz badań na obecność wirusa HIV. W kilku miejscach istnieje możliwość detoksykacji, jak też podjęcia terapii krótko- lub długoterminowej w ośrodku stacjonarnym. Osoby uzależnione od hazardu uzyskują pomoc w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu. Kwestia kompulsywnego robienia zakupów nie jest częścią debaty publicznej dotyczącej uzależnień.

Miejska polityka społeczna wobec problemu uzależnień

Berno

Obserwuje się rosnącą popularność represyjnej polityki wobec osób uzależnionych. Dyskutuje się otwarcie niskoprogowego programu dla osób uzależnionych od alkoholu oraz zwiększenie aktywności *street workerów* w ramach grup interwencyjnych, które nie tylko udzielają pomocy ale też egzekwują kary. Wprowadza się też ograniczenia dotyczące handlu wyrobami tytoniowymi i alkoholowymi.

Frankfurt

Ze względu na duże rozpowszechnienie cracku wśród osób używających narkotyków, w 1999 roku wprowadzono program oparty głównie na pracy *street workerów* i *outreach workerów*. Poza tym rozwijana jest współpraca instytucji pomocy osobom uzależnionym z policją, która zaowocowała programem *Offensive Sozial-Straßen-Initiative für Prävention*, który ma na celu kierowanie użytkowników narkotyków przebywających w miejscach publicznych do odpowiednich instytucji oferujących pomoc.

Sztokholm

Prowadzone są projekty narkotykowe wzmacniające współpracę pomiędzy służbami socjalnymi i policją, szczególnie w dzielnicach najbardziej obciążonych tymi problemami mające na celu powstrzymanie handlu narkotykami i zachęcenie lub zmuszenie do korzystania z oferty leczniczej.

Warszawa

Biuro Polityki Społecznej (Wydział do spraw Uzależnień) Urzędu Miasta koordynuje wiele działań prowadzonych w stolicy przez organizacje pozarządowe, jak również wspiera profesjonalną sieć leczenia. Podejmowane są starania zmierzające do tego, aby realizowane przez miasto działania w zakresie opieki nad osobami uzależnionymi miały charakter

systemowy. Dużą wagę przypisuje się do diagnozy zjawiska i znajomości sytuacji epidemiologicznej w mieście.

Miasto sprawuje kontrolę nad liczbą punktów sprzedaży alkoholu. Prowadzi też Izbę Wyrzecznień, w której w roku 2002 zatrzymano ponad 37 000 osób, i była to liczba o 62% większa niż w roku 1993. Zdecydowana większość zatrzymanych w ubiegłym roku to dorośli mężczyźni. Osoby, które w 2002 roku pojawiały się w Izbie trzy lub więcej razy roku stanowiły 18% ogółu zatrzymanych, w 1993 roku odsetek ten wynosił 5 %, czyli 3,3 raza mniej. Może to świadczyć o pogłębiającej się marginalizacji osób nadużywających alkoholu. Większość zatrzymanych w izbie stanowią bezrobotni. Jeśli brać pod uwagę okoliczności zatrzymania to w 2002 roku 30% zatrzymań związanych było ze spaniem na ławce, ulicy itp., 26% z zakłóceniem ładu i porządku społecznego, 24% z przemocą domową.

Kampanie prewencyjne oraz wydarzenia medialne w okresie realizacji badania

Berno

W okresie realizacji wywiadu prowadzono trzy kampanie profilaktyczne dotyczące szkodliwości palenia tytoniu, prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu oraz profilaktyki AIDS. Inne wydarzenia poruszające opinię publiczną w tym okresie to obniżenie dopuszczalnej ilości alkoholu (z 0,8‰ do 0,5‰), sugestia komisji parlamentarnej dotyczącej liberalizacji polityki wobec użytkowników marihuany i haszyszu, badania ankietowe dotyczące stosunku polityków do dekryminalizacji przetworów konopi indyjskich przeprowadzone przez tygodnik FACTS oraz szeroka dyskusja medialna dotycząca liberalizacji polityki wobec marihuany i haszyszu.

Frankfurt

Raporty medialne stają się z roku na rok coraz bardziej rzetelne i prawdziwe. Wydaje się, że w obszarze problemów narkotykowych osiągnięto *modus vivendi* i obecnie media nie starają się komplikować i tak trudnej sytuacji związanej z używaniem i uzależnieniem od substancji psychoaktywnych.

Programy prewencyjne skierowane są przede wszystkim do uczniów w wieku 12-15 lat oraz osobach ubiegających się o prawo jazdy (program *Check, wer fährt*). Rozwijane są też programy edukacji rówieśniczej.

Sztokholm

W Sztokholmie prowadzi się szeroko zakrojone działania profilaktyczne. Realizowano program mający na celu powstrzymanie młodych ludzi od używania alkoholu narkotyków i popełniania przestępstw. Działaniami objęci są nauczyciele i rodzice, którym pomaga się radzić sobie z tymi problemami. Również program mający na celu wzmocnienie zakazu

sprzedaży wyrobów alkoholowych i tytoniowych osobom niepełnoletnim. W okresie liberalizowania polityki wobec alkoholu prowadzono też kampanię *Mobilisation against drugs*, mającą na celu wzmocnienie szwedzkiej polityki wobec narkotyków.

W ciągu ostatnich lat kwestie związane z uzależnieniem, bezdomnością czy problemami psychiatrycznymi były przedmiotem debaty publicznej. Również zmiana polityki społecznej wobec alkoholu była przedmiotem zainteresowania opinii publicznej. Dodatkowo znaczna liczba aktów przemocy – zarówno w Sztokholmie jak i innych miastach – dokonanych przez osoby doświadczające problemów zarówno problemów związanych z uzależnieniem jak i psychiatrycznych (włączając w to morderstwo Anny Lind) zwróciło uwagę opinii publicznej na luki w systemie pomocy. W związku z tymi wydarzeniami rząd obiecał zwiększenie wydatków na pomoc osobom uzależnionym i pomoc psychiatryczną. Dodatkowo działania dotyczące bezdomnych przyciągały uwagę mediów w czasie realizacji badania.

Warszawa

Polityka państwa wobec substancji psychoaktywnych

Pod koniec 2002 roku Minister Finansów podjął decyzję o obniżeniu podatku akcyzowego na wyroby spirytusowe. Wkrótce odnotowano wyraźny wzrost udziału napojów spirytusowych w ogólnej strukturze konsumpcji alkoholu (z 39% w 2002 roku do 44% w roku 2003). Największy wzrost spożycia zanotowano wśród tych osób, które piją najwięcej – ponad 12 litrów czystego alkoholu rocznie. W ciągu roku (od czerwca 2002 do czerwca 2003) populacja ta zwiększyła się o ponad 1/3 (o 35%).

Zgodnie z polską ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 (po nowelizacji w październiku 2000 r.) karalne jest posiadanie nawet najmniejszych ilości narkotyku na własny użytek. Założeniem legislacyjnym tej zmiany było poprawienie skuteczności w ściganiu drobnych handlarzy narkotyków.

Kampanie medialne

Ogólnopolska kampania profilaktyczno-edukacyjna pod hasłem "*Nie truj się*" (2003) miała na celu zwrócenie uwagi młodych ludzi nie tylko na szkody zdrowotne i społeczne spowodowane piciem alkoholu i paleniem papierosów, ale również na ryzyko związane z obecnością tych substancji w codziennym życiu oraz ich "chemiczną naturę".

Kampania edukacyjna pod hasłem „*Alkohol – nieletnim dostęp wzbroniony*” miała na celu zmniejszenie rozmiarów zjawiska sprzedaży alkoholu nieletnim oraz zmianę postaw sprzedawców i świadków sprzedaży w tej kwestii.

Ogólnopolska kampania „*Narkotyki najlepsze wyjście nie wchodzić*” miała na celu uświadomienie zagrożeń związanych z narkotykami oraz upowszechnienie antynarkotykowego telefonu zaufania. Prowadzona była w pubach, dyskotekach i kinach całego kraju.

Kampania społeczna „*Porozmawiaj o AIDS. Przeszłość bywa groźna*” miała na celu poinformowanie o zagrożeniu zakażeniem HIV/AIDS oraz o potrzebie wykonywania testów na obecność wirusa HIV. Kampania zachęcała do rozmowy z partnerem o dotychczasowym życiu seksualnym i o zagrożeniu zakażeniem HIV/AIDS oraz namawiała do wykonania testu na obecność wirusa HIV.

Porównanie wyników z Warszawy, Berna, Frankfurtu i Sztokholmu.

Jak pisałyśmy wcześniej respondenci byli proszeni o procentowe oszacowanie szans na samowyleczenie generalnie i w zależności od rodzaju uzależnienia (jeśli uważali że rodzaj substancji lub zachowania od której dana osoba jest uzależniona różnicuje te szanse). Oszacowań tych dokonywali posługując się skalą od 0 do 100% (0% oznaczało brak szans, a 100%, że samowyleczenie jest w pełni możliwe).

Z analizy danych procentowych wynika, że respondenci z Berna szacowali te szanse najwyżej (52%), natomiast respondenci z Warszawy najniżej (34,6%). Jednak szczegółowa analiza argumentacji uzasadniającej podane oszacowania wskazuje, że dane procentowe nie do końca mogą świadczyć o stopniu optymizmu dotyczącym zjawiska samowyleczeń. Poza tym, odnosimy wrażenie, że czasem respondenci odpowiadali zgodnie z odwrotną logiką pytania, szacując w pewnym sensie stopień „niebezpieczeństwa” związany z daną substancją czy zachowaniem i nie zawsze ankieterki prostowały to nieporozumienie.

W związku z tymi zastrzeżeniami zdecydowałyśmy, że konieczna jest przede wszystkim jakościowa analiza zebranych danych. Jeśli chodzi o dane ilościowe, chciałybyśmy zaprezentować przede wszystkim porządek rangowy, ponieważ wydaje nam się, że ilustruje on percepcję poszczególnych substancji w badanych miastach. Ciekawa wydaje się też analiza porządku rangowego w odniesieniu do poszczególnych grup zawodowych respondentów.

Uzależnienie od heroiny okazało się najtrudniejsze do przezwyciężenia w opinii badanych we wszystkich miastach (7 pozycja w rankingu). Stosunkowo najwyżej te szanse oceniali przedstawiciele mediów z Berna, Frankfurtu i Warszawy. Natomiast w Sztokholmie – przedstawiciele opieki zdrowotnej.

		OGÓLEM	KONOPIE	HEROINA	KOKAINA	NIKOTYNA	ALKOHOL	ZAKUPY	HAZARD
BERNO	RAZEM	52,0 %	2	7	6	1	5	3	4
	opieka zdrowotna	3	5	2	3	4,5	4	4	1
	organy prawa i porządku	5	4	5	4	2	3	1,5	5
	terapeuci dnia codziennego	1	2	3	2	3	2	3	2
	populacja generalna	4	3	4	5	4,5	5	5	3
	media	2	1	1	1	1	1	1,5	4
FRANKFURT	RAZEM	42,7 %	2	7	5	1	6	3	4
	opieka zdrowotna	3,5	3	4	3	4	5	4	5
	organy prawa i porządku	3,5	4	3	5	5	2	5	4
	terapeuci dnia codziennego	5	2	2	4	3	3	2	2
	populacja generalna	2	5	5	2	2	4	3	3
	media	1	1	1	1	1	1	1	1
WARSZAWA	RAZEM	34,6 %	3	7	6	2	5	1	4
	opieka zdrowotna	5	5	5	5	4	5	4	5
	organy prawa i porządku	4	3	2	3	5	4	5	3
	terapeuci dnia codziennego	1	1	4	2	2	3	2	4
	populacja generalna	3	4	3	4	1	2	1	1
	media	2	2	1	1	3	1	3	2
SZTOKHOLM	RAZEM	43,5 %	3	7	5	1	6	2	4
	opieka zdrowotna	2	5	1	1	5	4	4	3
	organy prawa i porządku	3	2	4	3	1	3	2	1
	terapeuci dnia codziennego	4	4	5	5	4	5	3	5
	populacja generalna	5	3	2	4	3	2	5	4
	media	1	1	3	2	2	1	1	2

Tabela: Rangi przypisywane szansom na samowyleczenie wg substancji, miast i grup zawodowych respondentów (1 oznacza szanse najwyższe).

Respondenci z Warszawy i Berna postrzegają uzależnienie od kokainy jako niemalże równie trudne do przezwyciężenia jak od heroiny. Kolejny pod kątem stopnia trudności jest alkoholizm. Z oszacowań dokonanych we Frankfurcie i Sztokholmie wynika, że alkoholizm jest nałogiem trudniejszym do przezwyciężenia niż uzależnienie od kokainy. Znowu stosunkowo najwyższe oszacowania padły ze strony dziennikarzy, poza Sztokholmem, gdzie w przypadku kokainy najwyższe szacunki podali przedstawiciele opieki zdrowotnej.

Patologiczny hazard znajduje się dokładnie w środku porządku rangowego – na czwartej pozycji. Wydaje się to ciekawe, w związku z różnym stopniem zainteresowania tym problemem w poszczególnych miastach – problem ten wydaje się być bardziej widoczny w Sztokholmie i Bernie, niż w Warszawie i Frankfurcie.

Jeśli chodzi o nałogi najłatwiejsze do przezwyciężenia własnymi siłami podobny porządek rangowy możemy dostrzec w Bernie i Frankfurcie – najłatwiej rzucić palenie tytoniu, a nieco trudniej przestać palić marihuanę i haszysz. Na trzeciej pozycji znajduje się kompulsywne robienie zakupów.

W Warszawie i Sztokholmie uzależnienie od przetworów konopi indyjskich jest postrzegane jako trudniejsze do przezwyciężenia – jest trzecie w porządku rangowym. Według respondentów ze Sztokholmu najłatwiej przezwyciężyć uzależnienie od nikotyny, a według respondentów z Warszawy kompulsywne robienie zakupów, nikotyna znajduje się na drugiej pozycji.

W większości przypadków rozbieżności dotyczyły jednego miejsca w szeregu rangowym. Jedynie w przypadku kompulsywnego robienia zakupów rozbieżności były większe. Być może jest to nałóg stosunkowo najmniej obecny w debacie publicznej dotyczącej uzależnień, nie jest też do końca postrzegany jako problem.

Jeśli chodzi o oszacowania w poszczególnych grupach zawodowych poza stosunkowo najwyższym optymizmem w szacowaniu szans na samodzielne przezwyciężenie uzależnienia, jaki dostrzegłyśmy wśród dziennikarzy we wszystkich badanych miastach, trudno wskazać inne tendencje. W przypadku respondentów z Warszawy można przypuszczać, że na stosunkowo niskie oszacowania procentowe złożyły się przede wszystkim pesymistyczne dane podawane przez przedstawicieli opieki zdrowotnej – ich oszacowania były najniższe (w większości przypadków) lub prawie najniższe w porównaniu z pozostałymi grupami zawodowymi.

Percepcja społeczna szans na samodzielne przezwyciężenie uzależnienia – wyniki z Berna, Frankfurtu i Sztokholmu.

Wielu respondentów zapytanych o szanse przezwyciężenia uzależnienia samodzielnie swoje odpowiedzi kształtowała na podstawie różnorodnych osobistych czy zawodowych kontaktów z osobami uzależnionymi, czasem nawet na podstawie wyników badań naukowych – *Istnieje takie przekonanie wśród badaczy uzależnień – z tego co słyszałem – że wśród uzależnionych, szczególnie od heroiny, około 1/3 jest w stanie poradzić sobie od razu, 1/3 doświadcza przynajmniej jednego lub dwu nawrotów a 1/3 ponosi porażkę.* (lekarz, Berno). Niektóre z tych doświadczeń dotyczyły sytuacji, w których osoby uzależnione przezwyciężyły uzależnienie własnymi siłami, inne – przeciwnie – dotyczyły osób, którym taka próba się nie powiodła.

Oto dwa przykłady:

- *Tak, to jest możliwe, ponieważ znam taki przypadek, jakkolwiek to jest pojedynczy przypadek, to znaczy znam różnych ludzi uzależnionych od narkotyków, którzy próbowali zerwać z uzależnieniem setki razy, ale w tym szczególnym przypadku to były twarde narkotyki – heroina... i ta osoba poradziła sobie bez pomocy specjalistów. I to jest ktoś, kto był już po trzydziestce kiedy zaczął, trzydzieści jeden lub dwa lata, i około 5 lat później zerwał z uzależnieniem własnymi siłami. Oczywiście nie można tego generalizować, ale taki przypadek istnieje. Poza tym, to zdarzyło się jakieś 12 lat temu, co oznacza, że od 12 lat jest już czysty...* (dziennikarz gazety liberalnej, Berno)
- *Bardzo trudne. Miałem kilka osób, wśród moich przyjaciół, którzy zaklinali się że to zrobią, bla, bla, bla, to było tylko gadanie. To jest bardzo trudne wyrwać się z tego koła, jeśli już raz w to wdepniesz. Z tego co widziałem, to jest niesłychanie trudne. Ale przy pomocy terapii, niektórym naprawdę się udało, ale kilkoro już nie żyje, z tych którym się nie udało. Dwa ekstrema.* (fryzjer, Frankfurt)

Również charakter wykonywanej pracy i zawodowe kontakty z osobami uzależnionymi wpływa na percepcję szans na przezwyciężenie nałogu własnymi siłami: (...) z kontaktów z uzależnionymi, które miałem, mogę powiedzieć, że wielu uzależnionych doświadcza nawrotów. Również wielu uzależnionych, którzy przychodzą po raz pierwszy mówi: „Dam sobie radę, dam sobie radę” szczególnie, gdy idą do więzienia i chcą szybko wyjść, wtedy mówią: „Teraz jestem to w stanie kontrolować, wyleczyłem się”, szczególnie w przypadku narkotyków, oczywiście – mamy mniej alkoholu – ale w przypadku narkotyków, twardych narkotyków, to zwykle działa przez dwa, trzy tygodnie, i znowu ich spotykamy, z tym samym problemem (...). Musze przyznać, że oni zwykle sami to też dostrzegają, jeśli to się zdarzy dwa lub trzy razy, wtedy mówią: „Nie, nie poradzę sobie własnymi siłami, potrzebuję pomocy”. I właśnie dlatego myślę, że w większości przypadków, chodzi mi o osoby naprawdę uzależnione, to nie będzie działać bez pomocy. Dlatego tak nisko szacuję szanse na samodzielne wyleczenie. (sędzia, Berno)

Czynniki, które mają wpływ na szanse osoby uzależnionej na przezwyciężenie uzależnienia własnymi siłami:

- **cechy osobiste:** *Uzależnieni... wydaje mi się ... że to zależy od cech charakteru, struktury osobowości (...)* (policjant, Berno);
- **odpowiednia motywacja:** *Wszystko zależy od tego na ile jesteś zmotywowany. Jeśli dana osoba nie jest zmotywowana, to jej szanse są zerowe, bez względu na to czy to heroina czy papierosy. Bez motywacji, nie będzie zmiany.* (taksówkarz, Sztokholm);
- **chęć zmiany i siła woli:** *Jeśli masz siłę woli (...) Tak, jeśli chcesz, to ci się uda.* (śmieciarz, Frankfurt);
- **stopień zaawansowania uzależnienia:** *Mówię wprost, że dla mnie to w oczywisty sposób zależy od tego jak silnie jesteś uzależniony.* (prawnik, Berno).

Jednak zmiana nie odbywa się w próżni społecznej, ważne w opinii respondentów są **odpowiednie okoliczności**, które czasem sprzyjają uzależnionemu: *Myślę, że jeśli (...) warunki są (...) sprzyjające, wtedy jest to możliwe.* (sędzia, Frankfurt), a czasem nie: *Powiedziałbym, że środowisko nie jest dobrym punktem startowym do wyjścia. Praca i tak dalej.* (taksówkarz, Frankfurt). Istotne jest czy uzależniony może liczyć na pomoc i wsparcie w swoim środowisku: *Kolejną rzeczą jest wsparcie rodziny i przyjaciół, tak aby mogli spróbować wrócić.* (sklepikarz, Sztokholm).

Respondenci różnicowali szanse na samodzielne przezwyciężenie uzależnienia w zależności od jego rodzaju: *Jakie narkotyki? Jest wiele... Alkohol? Heroina? LSD? (...) Papierosy to też narkotyk.* (śmieciarz, Frankfurt).

Stosowali różne kryteria. I tak, oceniając szanse przezwyciężenia uzależnienia przez osobę uzależnioną rozróżniają:

- **substancje legalne i nielegalne:** *Może jesteś w lepszej sytuacji życiowej jeśli nadużywasz legalnych substancji, nie jesteś taki widoczny. Z drugiej strony, alkohol jest łatwo dostępny.* (sędzia, Sztokholm);
- **narkotyki twarde i miękkie:** *Z pewnością jest różnica pomiędzy narkotykami miękkimi i twardymi...* (dyrektor poradni alkoholowej, Frankfurt).

Niektórzy wskazywali, że nie każdy uzależniony jest osobą chorą: *(...) Jeśli uznasz, że to jest choroba, że dana osoba jest chora, to myślę, że pomoc będzie potrzebna. Jeśli mówimy o tych rodzajach uzależnienia, które są uznane za choroby, w tych przypadkach potrzebne jest leczenie i nic nie możesz zrobić własnymi siłami, potrzebujesz pomocy. Jednak myślę też, pomimo tego, że wiele osób można uznać za uzależnione, zgodnie z definicją uzależnienia, myślę że jest wiele osób, które są uzależnione, ale nie są jednocześnie uznawane za chore.* (prawnik, Sztokholm).

Znalazły się też osoby, których zdaniem rodzaj uzależnienia nie różnicuje szans na samodzielne poradzenie sobie z nałogiem:

- *Nie, tak naprawdę nie. Jeśli twierdzisz, że heroina jest bardziej uzależniająca od piwa, wtedy postrzegasz istotę ludzką jak coś w rodzaju chemicznie uzależnionego organizmu. Myślę, że powody dla których ludzie piją są najistotniejsze w określeniu stopnia trudności zerwania z nałogiem. (...) Może być trudniej zerwać z hazardowym graniem na wyścigach konnych niż z heroiną, ale wszystko to zależy od pytania „dlaczego?”. (psycholog, Sztokholm);*
- *Uczciwie powiem, że nie wiem jak odpowiedzieć. (...) Nie, myślę, że to jest trudne, bo to przede wszystkim jest w głowie. Nawet jeśli, jeśli ciało się przyzwyczyło do tego w jakimś stopniu, wierzę, że wiele jest w głowie, więc myślę, że to może być tak samo trudne, bez względu na to co się bierze. (sklepikarz, Sztokholm);*
- *Nie, ponieważ jedyna różnica związana jest z symptomami, które się pojawiają. Więc, nie koniecznie nazwiesz kogoś uzależnionym od hazardu, a pewnego dnia jego konto jest puste, natomiast z alkoholem, prawdopodobieństwo, że zauważysz jest większe, ale jeśli ktoś bierze kokainę, nie dostrzeżesz tego bardzo długo. Symptomy złego funkcjonowania pojawiają się, czasem fizyczne, czasem materialne... Dlatego twierdzę, że to jest niezależne od uzależnienia. (prawnik, Frankfurt);*
- *Nie Ponieważ uzależnienie pojawia się przede wszystkim w głowie. Substancja czy zachowanie jest od tego niezależne. (barman, Frankfurt).*

Nikotyna

Wielu respondentów szacowało szanse na przezwyciężenie uzależnienia bazując na własnym doświadczeniu z papierosami, lub obserwacjach poczynionych w najbliższym otoczeniu: *Ja rzuciłem. (80% śmieciarz, Sztokholm); Myślę, że przy paleniu to raczej możliwe... tamten facet nie pali już od ponad roku! Tamten! (wskazuje kolegę) Jest bardzo z siebie dumny! (70% taksówkarz, Frankfurt); Jestem jednym ze sporej grupki osób, wśród moich przyjaciół i znajomych, którzy rzucili palenie, jesteśmy w pewnej grupie wiekowej, większość z nas rzuciła, naprawdę bez żadnego znaczącego wsparcia z zewnątrz. (50% lekarz, Berno).*

Dla niektórych respondentów uzależnienie od nikotyny niczym nie różni się od uzależnienia od marihuany – *Dla mnie to jest tak jak z marihuaną. (50% barman, Berno).*

Czynniki wspomagające rzucenie palenia:

- **chęć rzucenia:** *Uważam, że nikotyna jest niesłychanie trudna do rzucenia, ale z właściwą motywacją, naprawdę można to zrobić. (...)* (30% lekarz, Sztokholm), **siła woli:** *Myślę, że to jest tylko kwestia silnej woli. (90% sklepikarz, Berno)* **czy też zmobilizowanie własnych sił uzdrawiających:** *(...) Zmobilizowałem własną siłę samouzdrawiającą i*

zrobiłem to. Ale jestem kimś kto trafił na odpowiedni moment. (50% dyrektor poradni narkotykowej, Berno);

- *czasem zmiana w życiu: **nowy partner** lub **oczekiwanie na dziecko**: (...) *To zależy od wielu rzeczy, to może być ktoś kto ma nowego partnera (...) albo kobieta, która oczekuje na dziecko i mówi „OK, teraz rzucę” (...)* (70% pracownik socjalny, Berno);*
- **problemy zdrowotne** związane z paleniem: *I ta osoba zauważa efekty [nałogu], na przykład chrypkę, zauważa to i zaczyna o tym myśleć. Ciągłe to słyszę od palaczy (...) “Nie jestem taki dobry jak mój przyjaciel, nie mam takiej wytrzymałości” albo kiedy oni ciągle słyszą o płucach i tak dalej, lub kiedy boli ich gardło (...)* (55% sędzia, Berno), czasem dostrzeżone przez palacza - **pogarszające się wyniki sportowe** - (...) *Lub ci, którzy uprawiają sport i mają z tym coraz więcej problemów.* (70% pracownik socjalny, Berno), czasem przez **lekarza**: (...) *i wtedy lekarz mówi: “Wiesz, może warto palić mniej, albo wcale”... oni naprawdę traktują to poważnie i wtedy zaczynają działać. I ten czy tamten naprawdę rzuca. Ponieważ myślenie, procesy myślowe, nie pogarszają się przez palenie.* (55% sędzia, Berno);
- **pomaga brak konsekwencji społecznych**: (...) *nie niszczy kontaktów społecznych, nie ma tych szkodliwych konsekwencji (...)* (50% dyrektor poradni alkoholowej, Berno), więc można liczyć na **wsparcie**: *Mi z pewnością pomogło to, że moja sytuacja życiowa była stabilna i pozytywna. (...) Osobiste grono ludzi, które cię otacza jest ważne na każdym poziomie. To, że byłem wspierany, a nawet zmuszany, przez mojego partnera do zrobienia tego. Że był ktoś, kto ciągle trzymał lustro przed moimi oczami, że byli ludzie którzy na mnie liczyli.* (50% dyrektor poradni narkotykowej, Berno);
- być może wpływają na to **kampanie społeczne** zachęcające do rzucenia palenia: *Szczególnie te kampanie, które mówią jak to jest szkodliwe. Ja naprawdę uważam, że palacz to dostrzega, zdaje sobie z tego sprawę i zaczyna o tym myśleć.* (55% sędzia, Berno) i **materiały samopomocowe** (...) *Ja sobie poradziłem dzięki książce... kupiłem ją sobie. “W końcu nie palę,” taki był tytuł.* (50% dyrektor poradni narkotykowej, Berno);
- **oferta lecznicza** nie jest odpowiednia dla wszystkich (nawet w opinii lekarza), więc rzucają sami: *Ja też kiedyś paliłem. I chociaż znam dobrze nasz program leczniczy dla palaczy, to ja chyba rzucałem łamiąc wszystkie reguły które w nim obowiązują. Ale to jest typowe. Nie jesteś w stanie zastosować tego do samego siebie.* (50% lekarz, Berno);
- w opinii respondentów papierosy nie **uzależniają bardzo silnie**: *Ja myślę, że jest bardzo dużo takich osób, ponieważ co prawda palenie jest szkodliwe, ale nie oddziałuje na mózg (...)* (50% dyrektor poradni alkoholowej, Berno).

Trzeba jednak przejść przez **zespół abstynencyjny**, który wydaje się krótki, jednak trudny, stąd nie według wszystkich jest to czynnik ułatwiający przezwycięzanie nałogu: *Zespół abstynencyjny przy nikotynie jest naprawdę krótki. Bolał cię nogi (w najgorszym przypadku), ale to trwa krótko, dzień lub dwa, a później...(90% sklepikarz, Berno).*

Czynniki utrudniające rzucenie palenia:

- **zaawansowanie uzależnienia:** *Jeśli palisz już od dawna, to zawsze będzie ci trudniej rzucić, ale i tak uważam, że jest to łatwiejsze od innych uzależnień o których mówiliśmy.* (50% policjant, Sztokholm);
- **wysokie ryzyko nawrotu:** *(...) Znam wiele osób, które rzuciły, ale też wiele które ponownie zaczęły palić.* (30% śmieciarz, Berno);
- **pleć (kobietom trudniej niż mężczyznom):** *Różnice występują nawet pomiędzy mężczyznami i kobietami, mówi się, że powinno się tworzyć specjalne programy rzucania palenia dla kobiet, ponieważ zachowania w sytuacjach konfliktowych i silnego stresu odgrywają tu szczególną rolę, i w związku z tym ryzyko nawrotu jest odpowiedni wyższe.* (...) (dyrektor poradni alkoholowej, Frankfurt);
- **przyzwolenie społeczne – uzależnienie od nikotyny to “zwykły nałóg”:** *(...) Jeśli mówisz o takich zwykłych nałogach jak papierosy, to ja też jestem uzależniony.* (30% taksówkarz Sztokholm);
- **wydaje się, że palacze bardziej przywiązani są do samego rytuału palenia, niż uzależnieni od nikotyny:** *Mój dziadek był ostrym palaczem, ale potem rzucił. On zawsze mówił, że to było jak rytuał. Najpierw szukasz papierosów, potem wyciągasz jednego z paczki, wkładasz go do ust, wyjmujesz i zaczynasz szukać zapalniczki, gdzie ja ją położyłem? I w samym środku tego wszystkiego, ktoś niezwykle uprzejmy się zjawia i zapala ci papierosa niszcząc całą przyjemność. Wtedy mógłbyś go właściwie wyrzucić do kosza. Ponieważ wszystko dzieje się do momentu zapalenia papierosa. (...) Więc przy rzucaniu papierosów, powinieneś dbać o to aby mieć ciągle zajęte ręce.* (30% taksówkarz, Sztokholm).

Rzucanie palenia nie dla wszystkich jest łatwe, jednak możliwe po wielu próbach, oto **przykładowa historia rzucania palenia:** *I mamy nikotyne, ja sam rzuciłem palenie, bez pomocy specjalisty, to działa. Ale z książką. (...) Za pierwszym razem użyłem plastrów nikotynowych i zmobilizowałem moją moc samouzdrawiającą i udało się. Ale byłem osobą o której można powiedzieć, że trafiła na właściwy moment. Odstawianie było męczarnią. I ta męczarnia sprawiła, że zacząłem się zastanawiać „Co ja właściwie robię”. Więc spróbowałem (...) akupunktury, (...) zaliczacie to do pomocy profesjonalnej, czy tak? (...) Ostatecznie zrobiłem to własnymi siłami. Bo rok później miałem nawrót, na żaglówce, w cudownym momencie, zapaliłem ponownie i ... A potem rzucałem z książką, którą sobie kupiłem: „W końcu nie palę”, taki miała tytuł. Przeczytałem ja i pomogła mi w rzucaniu. Inną rzeczą, która mi z pewnością pomogła, było to, że w tym czasie moja sytuacja życiowa była stabilna i pozytywna. (...) Też to, że byłem zachęcany, a czasami zmuszany przez mojego partnera. (...) Ale ryzyko nawrotu jest wysokie. To się często zdarza, jak wzór zachowania, coś w co ludzie ponownie wpadają w trudnych sytuacjach.* (50% dyrektor poradni narkotykowej, Berno).

Respondenci ze Sztokholmu, byli również pytani o **uzależnienie od tabaki**. Tu zdania były podzielone, niektórzy uważali że szanse rzucenia są identyczne jak w przypadku papierosów - (...) *Tabaka? Tak samo jak papierosy.* (50% policjant, Sztokholm), inni, że uzależnienie od tabaki jest silniejsze, więc szanse na rzucenie nieco mniejsze - (...) *Trudniej jest rzucić. Uzależnienie od tabaki jest silniejsze.*(...) (80% śmieciarz, Sztokholm). Ciekawe spostrzeżenia dotyczyły kwestii przyzwolenia społecznego w przypadku tabaki i papierosów: (...) *Tabaka zawiera więcej nikotyny i jest bardziej uzależniająca. Ale możesz jej używać wszędzie. Obecnie, nie możesz sobie wszędzie zapalić, ale wszędzie możesz zażyć tabakę, nic cię nie powstrzymuje. Tabaka jest znacznie bardziej akceptowana społecznie niż nikotyna, więc nie masz motywacji do rzucenia.* (...) *Nikt się nie skarży.* (30% taksówkarz, Sztokholm).

Jednak to respondent z Frankfurtu opowiedział o swoich doświadczeniach związanych z przezwycięzaniem uzależnienia od tabaki: *Używałem tabaki (...) Poradziłem sobie z tym bez żadnej pomocy z zewnątrz, przy pierwszej próbie – po 13 latach (80% sędzia, Frankfurt). Potrzebowałem siły woli (Myślę, że to była kwestia silnej woli. Bo to jest decyzja. (...) Chciałem, i z dnia na dzień...., to nie było łatwe, to prawda, to było naprawdę trudne, ale zrobiłem to), mógł liczyć na wsparcie, przynajmniej na początku - (...) to co pomaga to ludzie w twoim otoczeniu, na początku, każdy pyta: “Jak to jest? Ciągłe nie palisz? Świetnie!”. Ale po sześciu miesiącach już nikt się nie zastanawia, czy ty palisz czy nie palisz! Wtedy przychodzi moment, że musisz powalczyć jeszcze raz. “To nie ma znaczenia czy palę czy nie palę, mógłbym spróbować palić od czasu do czasu” szczególnie kiedy jesteś pod presją i zaczynasz myśleć, że to by ci pomogło, ale to oznacza wpadanie w nałóg od początku. Jestem pewny, że pierwszy papieros byłby dla mnie niebezpieczny w tym sensie. (...). Jednak czynnikiem bezpośrednio związanym z podjęciem tej decyzji były narodziny dziecka – *Moja decyzja była związana z narodzinami mojej drugiej córki, były jakieś problemy i ciągle nas pytano czy ktoś pali w rodzinie, a ja byłem jedyny, który to robił, więc miałem wyrzuty sumienia, i pewnego dnia powiedziałem sobie: “Wystarczy, zaczynam teraz”.**

Alkohol

Wielu respondentów podjęło dyskusję dotyczącą definicji alkoholizmu, momentu w którym picie alkoholu staje się problemem:

- *Z alkoholem, to głównie zależy od granic, ponieważ są uzależnienia taktowane jako takie, ale które nie są aż takie poważne. Jeśli ktoś pije trzy piwa dziennie (albo inną ilość, ale regularnie), jest w stanie powiedzieć sobie ‘wystarczy’. Ale ktoś kto pije dużo cały czas, upija się, nie będzie w stanie tego zrobić. Podstawową kwestią jest to, jak zdefiniujemy uzależnienie.* (50% prawnik, Berno);
- *Uważam, że wiele osób można zaliczyć do kategorii uzależnionych, zgodnie z tym jak definiuje się uzależnienie. Ale myślę, że jest wielu ludzi, którzy są uważani za uzależnionych, ale jednocześnie nie są uważani za chorych. (...) Wystarczy przejrzeć statystyki związane z uzależnieniem od alkoholu, jest wiele osób pomiędzy 18 i 30 rokiem życia, które są uważane za uzależnionych, ale myślę że wśród nich wielu jest w stanie*

poradzić sobie własnymi siłami, ponieważ granica uzależnienia postawiona jest w punkcie, gdzie nie jest ono jeszcze takie zaawansowane i poważne. (20% prawnik, Sztokholm).

Niektórzy traktują uzależnienie od alkoholu jako łatwiejsze do przezwyciężenia niż to od narkotyków – *Myszę, że jest łatwiej wyjść z tego, niż z narkotyków o których wcześniej rozmawialiśmy – kokainy, heroiny i amfetaminy. (40% policjant, Sztokholm),* są też tacy którzy twierdzą że jest odwrotnie – *Tu jestem najbardziej pesymistyczny. (...) Czuję, że to jest trudniej rzucić [niż narkotyki]. Ci co biorą narkotyki częściej rzucają w pewnym wieku, albo umierają. Jeśli śmierć jest jednym ze sposobów wyrwania się z uzależnienia, to można powiedzieć, że im się udaje. Alkohol jest bardziej powszechny w starszym wieku, nawet mimo tego, że jest bardzo szkodliwy dla zdrowia. Można pić przez długi czas, i dlatego potem jest trudniej przestać. (35% pracownik socjalny, Sztokholm).*

Czynniki ułatwiające samodzielne przezwyciężenie uzależnienia od alkoholu:

- **brak predyspozycji genetycznych:** *Wydaje mi się, że alkoholizm został zaklasyfikowany jako choroba obecnie. (...) Ale jeśli pijesz za dużo i wpadasz w nałóg bez predyspozycji genetycznych do tego, wówczas prawdopodobnie będzie łatwiej. (45% dziennikarz gazety konserwatywnej, Sztokholm);*
- **siła woli:** *(...) Przede wszystkim jest to kwestia silnej woli i determinacji. I wierzę, że jest to naprawdę możliwe. (75% taksówkarz, Berno);*
- **motywacja:** *(...) może im pomóc odpowiednia motywacja i wgląd we własne uzależnienie. Uważam, że jest ogromna grupa osób, które mogą sobie poradzić własnymi siłami. (20% prawnik, Sztokholm);*
- **poczucie skuteczności własnej:** *(...) trzeba ciągle sobie powtarzać „Wiem, że mogę to zrobić! Mogę coś osiągnąć.” (...) Myszę, że osoby które pamiętają, że w ich karierze zawodowej pewna siła woli była konieczna, pewna ambicja, i wierzą, że ta siła jest ciągle gdzieś w nich, to może trochę pomóc. (20% lekarz, Berno);*
- **niewielkie zaawansowanie nałogu:** *(...) ktoś kto jest tak naprawdę uzależniony od niedawna... on ma z pewnością większe szanse (...) (20% dyrektor poradni narkotykowej, Berno);*
- **sugestia lekarza:** *(...) Znam sporo osób, które piją za dużo. (...) może jeśli lekarz im powiedział, “słuchaj tak dalej być nie może, jeśli nie przestaniesz, umrzesz” Widziałem osoby, które przerwały picie w takiej sytuacji. (30% pracownik socjalny, Berno);*
- **wsparcie społeczne:** *Wydaje mi się, że najszybciej są sobie w stanie poradzić z pomocą rodziny i przyjaciół. Również przyglądałem się temu trochę, tu w restauracji, czasem przychodzą do mnie i mówią: „Już nic mi więcej nie sprzedawaj”. Zdarza się. (...) Przychodzą głównie członkowie rodziny, ale czasem też sami uzależnieni. (30% barman, Berno);*

- **stabilna sytuacja społeczna:** *Osoba wykształcona, która ciągle ma pracę (...) ma z pewnością większe szanse niż osoba, której sytuacja jest zdeintegrowana.* (20% dyrektor poradni narkotykowej, Berno).

Czynniki utrudniające samodzielne przezwyciężenie uzależnienia od alkoholu:

- **predyspozycje genetyczne:** *Wydaje mi się, że alkoholizm został obecnie zaklasyfikowany jako choroba. Jeśli masz predyspozycje genetyczne ku temu, a wydaje się, że niektórzy ludzie mają, wtedy w oczywisty sposób jest to trudniejsze.* (45% dziennikarz gazety konserwatywnej, Sztokholm);
- **trudność w uświadomienie sobie problemu:** *Myślę, że to trudne do momentu uświadomienia sobie problemów z alkoholem. Dopóki myślą że to część codziennego życia.* (20% barman, Sztokholm);
- **utrata kontroli:** *Widziałem wiele osób, które mówiło „Mam dosyć”, i ciągle, jeśli gdzieś krążył pełny kieliszek, ciągle pili. I ci ludzie potrzebują jakiejś struktury, może też kontroli, motywacji.* (50% prawnik, Berno);
- **trudność w przezwyciężeniu zespołu abstynencyjnego:** *(...) W przypadku silnego fizycznego uzależnienia (...) silnego uzależnienia od alkoholu zespół abstynencyjny jest niesłychanie trudny.* (40% psycholog, Berno);
- **przyzwolenie społeczne:** *Alkohol jest szaleństwem, wszyscy piją alkohol i jest to problem zaniedbywany ...* (20% dyrektor poradni narkotykowej, Berno);
- **legalność alkoholu:** *(...) możesz pić alkohol legalnie... Dlatego to jest trudne. (...) 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.* (25% sklepikarz, Sztokholm);
- **zaawansowanie uzależnienia:** *(...) Myślę, że to zależy od szkód [związanych z alkoholem], od historii [picia]. Jeśli ktoś pił przez długi okres, zaszkodził swojemu zdrowiu na tyle, że sam już sobie nie poradzi.* (30% dyrektor poradni alkoholowej, Frankfurt);
- **środowisko innych pijących:** *(...) Czynnikiem, który sprawia, że jest jeszcze trudniej jest środowisko w którym tkwisz. W większości sytuacji jesteś otoczony przez ludzi, którzy piją, i to też powinno się zmienić. Ale to utrudnia [zdrowienie].* (30% pracownik socjalny, Berno);
- **dezintegracja sytuacji społecznej:** *(...) Bezrobocie, rozwód, problemy rodzinne... szanse nie są zbyt duże jeśli ktoś ostro pije (...)* (30% policjant, Berno);
- **wykluczenie społeczne:** *(...) albo jest w izolacji, wykluczony. Szanse są wtedy z pewnością niewielkie.(...)* (20% dyrektor poradni narkotykowej, Berno);
- **ryzyko nawrotu:** *(...) ci ludzie, nie tylko ci którzy próbują własnymi siłami, ale też ci po leczeniu, wracają do tego znowu i znowu...* (dziennikarz gazety konserwatywnej, Berno)

Marihuana i haszysz

Wielu respondentów szacując szanse na samodzielne przezwyciężenie uzależnienia od konopi, odnosiło się do własnych doświadczeń lub obserwacji poczynionych w kręgu znajomych:

- (...) *Sam kiedyś paliłem (...) Nie wydaje mi się to problemem, używanie marihuany...* (100% dyrektor poradni alkoholowej, Berno);
- *Ja też paliłem! Jak wam się wydaje, myślicie, że kto pali! Założę się, że połowa polityków paliła w pewnym wieku!* (90% taksówkarz Frankfurt);
- *Sam nie próbowałem, ale znam ludzi, którzy to robili i którzy rzucili własnymi siłami. Bo to jest bardziej, kwestia..., z tego co zrozumiałem, kwestia stanu umysłu...* (75% taksówkarz, Sztokholm).

Niektórzy respondenci stwierdzili, że palenie konopi może doprowadzić do używania innych, bardziej niebezpiecznych substancji: (...) *to jest brama do innych narkotyków (...)* (śmieciarz, Sztokholm); *To często prowadzi do innych narkotyków, z mojego doświadczenia wynika, że masz ochotę spróbować czegoś innego.* (20% lekarz, Sztokholm).

Znaleźli się też i tacy, którzy kwestionowali istnienie takiego zjawiska jak uzależnienie od konopi: *Marihuana nie uzależnia!* (90% taksówkarz, Frankfurt).

Stąd zdaniem niektórych respondentów łatwiej przerwać używanie marihuany niż twardych narkotyków: *Uważam, że marihuana nie prowadzi do tak silnego uzależnienia, że nie pojawiają się takie świadome momenty, w których możesz zapytać samego siebie, czy naprawdę tego potrzebujesz. Myślę, że przynajmniej połowa, jest w stanie poradzić sobie bez pomocy profesjonalistów.* (50% prawnik, Berno). Substancja ta była też porównywana z nikotyną - i tak według niektórych trudniej przestać palić marihuanę niż papierosy: *To z pewnością jest silniejsze uzależnienie od palenia papierosów, ale myślę że przezwyciężenie tego jest całkiem możliwe.* (100% taksówkarz, Berno), zdaniem innych szanse są identyczne: *Szacowałbym tak samo jak uzależnienie od papierosów, naprawdę (moim zdaniem), to jest to samo.* (...) *Jeśli chcesz, możesz.* (...) (50% barman, Berno).

Czynniki ułatwiające samodzielne przezwyciężenie uzależnienia od przetworów konopi indyjskich:

- **nie uzależnia fizycznie:** (...) *to nie jest uzależnienie fizyczne, raczej to jest przyzwyczajenie, nałóg (...)* (80% dziennikarz gazety konserwatywnej, Berno);
- **dorastanie:** (...) *marihuana jest narkotykiem młodych ludzi (...)* większość pali [kiedy są młodzi], a potem to nie jest kwestia rzucenia ale przejścia w inny etap życia. (...) (100% dyrektor poradni alkoholowej, Berno), *Myślę, że to jest też kwestia wieku (...)* dorastając, zaczynają inaczej rozumieć swoje używanie, zaczynają postrzegać to jako złe i

niebezpieczne.(80% 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.* (75% śmieciarz, Sztokholm);

- **zmiana środowiska:** *Myślę, że to jest kwestia zmiany kontaktów społecznych.* (75% taksówkarz, Sztokholm);
- **brak problemów psychiatrycznych związanych z używaniem marihuany:** *Jeśli ktoś nie ma dodatkowych problemów psychiatrycznych związanych z paleniem, prawdopodobieństwo rzucenia jest całkiem wysokie* (80% dyrektor poradni alkoholowej, Frankfurt);
- **możliwość kontroli ilości i częstości używania:** *Myślę, że używanie marihuany (...) można kontrolować, nawet jeśli jesteś uzależniony fizycznie, ciągle jest coś co do pewnego stopnia kontrolujesz.* (50% policjant, Berno);
- **nie prowadzi do dezintegracji społecznej:** *Marihuana nie wiąże się ze zjawiskiem dezintegracji.* (...) (90% psycholog, Berno);
- **brak oferty leczniczej:** (...) *tak naprawdę nie ma instytucji pomagających uzależnionym od marihuany. Czegoś brakuje, coś zostało zaniedbane, chyba przez polityków.* (40% pracownik socjalny, Berno).

Czynniki utrudniające samodzielne przezwyciężenie uzależnienia od przetworów konopi indyjskich:

- **trudności wieku dojrzewania:** (...) *Weźmy przykład 14-latka, który ma trudną sytuację życiową, jest w fazie rozwoju, tak zwane dorastanie, to jest niestabilny, delikatny etap życia, i jeśli otoczenie nie jest wspierające, to ma swoje pewne konsekwencje. Więc, ktoś taki, z pewnością będzie potrzebować [profesjonalnego] wsparcia.* (40%, dyrektor poradni narkotykowej, Berno);
- **substancja silnie uzależniająca:** *Z mojego doświadczenia wynika, że nadużywanie konopi może być silnie uzależniająca. Z doświadczeń z moimi pacjentami.* (20% lekarz, Sztokholm);
- **zaawansowanie uzależnienia:** *Więc, jeśli ktoś pali dużo, to może być trudne.* (...) (40% pracownik socjalny, Berno);
- **negatywne konsekwencje społeczne:** (...) *I to ma naprawdę poważne konsekwencje dla ich sytuacji społecznej, pracy, otoczenia...* (40% pracownik socjalny, Berno).

Heroina

Respondenci odwoływali się do swoich własnych doświadczeń związanych z osobami uzależnionymi od narkotyków, które znali, zarówno tych pozytywnych: (...) *Znam dwie osoby [które samodzielnie przezwyciężyły uzależnienie od heroiny].* (15% lekarz, Berno), jak i negatywnych: (...) *Te same osoby przez cały czas... Narkomani. Kiedyś pracowałem w centrum miasta, tu i tam. To było naprawdę okropne, widziałem wszędzie strzykawki*

porozrzucane wokół i ciągle tych samych ludzi, leżących, półmartwych... i ja myślę, że im nie można pomóc. (10% barman, Berno).

Jeden z respondentów zaznaczył, że według niego istnieje różnica pomiędzy uzależnionymi przyjmującymi heroinę dożylnie, a tymi, którzy ją wdychają: *W przypadku heroiny, rozróżniłbym pomiędzy tymi, którzy przyjmują dożylnie i tymi, którzy wdychają albo palą.* (30% sędzia, Frankfurt).

Czynniki ułatwiające przezwyciężenie uzależnienia od heroiny:

- **silna wola:** (...) *ktoś kto ma pewną strukturę osobowości, pewną zdolność pozbierania się. Silną wolę. Ktoś kto naprawdę chce.* (20% dyrektor poradni narkotykowej, Berno);
- **praca:** (...) *ktoś kto ma pracę, która go motywuje (...)* (20% dyrektor poradni narkotykowej, Berno);
- **wsparcie społeczne:** (...) *Wspierające środowisko, pozytywne warunki życiowe, (...) i wtedy jeśli poradzisz sobie własnymi siłami z zespołem abstynencyjnym, jest 20% szansa.* (20% dyrektor poradni narkotykowej, Berno);
- **kontrolowane zażywanie:** (...) *są osoby, które brały [heroinę] przez lata ale kontrolują to. Oni będą mieli szansę rzucić.* (60% dziennikarz gazety liberalnej, Berno); *Są osoby, które używają heroiny, ale są w stanie brać od czasu do czasu, albo utrzymać relatywnie niskie dawki.* (30% sędzia, Frankfurt).

Czynniki utrudniające przezwyciężenie uzależnienia od heroiny:

- **silne uzależnienie:** (...) *Ciągle słyszę od chemików, że to jest bardzo uzależniające.* (25% sędzia, Berno); *To jest bardzo uzależniające, więc jeśli wpadłeś, będzie bardzo trudno rzucić własnymi siłami.* (20% śmieciarz, Sztokholm); (...) *Ten narkotyk jest tak silny, i wpływa na takie obszary, że rzucenie staje się niemożliwe, wpływa na funkcjonowanie mózgu, system odpornościowy.* (10% dyrektor poradni alkoholowej, Frankfurt);
- **trudność w samodzielnym przezwyciężeniu zespołu abstynencyjnego:** (...) *Nie, ponieważ musisz przejść zespół abstynencyjny, a sam, bez pomocy terapeutycznej itp., myślę, że tylko bardzo, bardzo mała grupa osób może tego dokonać.* (10% sklepikarz, Berno);
- **ryzyko nawrotu:** (...) *Mogę tylko powiedzieć o osobach, które znam mniej więcej, i to nie najlepiej działało, i w większości mieli nawrót.* (...) (60% dziennikarz gazety liberalnej, Berno);
- **zaawansowanie uzależnienia:** (...) *Oczywiście to zależy od ilości i okresu od jakiego dana osoba używa, to z pewnością.* (30% sędzia, Frankfurt); *Ludzie, którzy biorą od długiego czasu (...) im dłużej ktoś jest uzależniony, tym słabiej jest zintegrowany społecznie* (20% dyrektor poradni narkotykowej, Berno);
- **destabilizacja sytuacji społecznej:** *Narkotyk sprawia, że trudno jest rzucić. Uzależnienie od heroiny często oznacza brak pracy albo dachu nad głową.* (...) (20% policjant,

Sztokholm); *Kluczowym czynnikiem jest otoczenie. Oni zwykle poruszają się w tych samych kręgach, większość nie ma wsparcia ze strony rodziny, ponieważ są odrzuceni.* (0% policjant, Berno);

- **zła polityka państwa:** *Największym problemem jest to, że państwo odbiera im całą odpowiedzialność. Tworzy się centra pomocy narkomanom, mają miejsce gdzie mogą zjeść, mają środowisko – negatywne środowisko – dostają jedzenie, dostają narkotyki. Nie biorą na siebie żadnej odpowiedzialności, bo wszystko dostają.* (0% policjant, Berno).

Kokaina

Jeden z respondentów przyznał się do zażywania kokainy: *Cóż, znam wiele osób, widziałem wiele i mogę to ocenić, ja też do nich należałem! Ale rzuciłem palenie i ... hm ... 24 lata ... a palić to bez tytoniu, to niedobre! Smakuje okropnie!* (40% taksówkarz, Frankfurt).

Cechy specyficzne kokainy, a właściwie grupy używających kokainę sprawiają, że mimo podobieństw do heroiny, nieco łatwiej, w opinii respondentów, jest przezwyciężyć uzależnienie od kokainy: *Myszę, że jest trochę łatwiej niż z heroiną, choć niewiele łatwiej.* (20% taksówkarz, Sztokholm).

Niektórzy respondenci kojarzą kokainę wyłącznie z elitą, wyższymi sferami, często osobami publicznymi, ludźmi którzy żyją pod duża presją: *Kokaina... narkotyk wyższych sfer.... Więc kokaina... aby wyjść z tego, to jest... to jest jak deser, coś doskonałego, kokaina.* (30% fryzjer, Berno); (...) *Nie wiem jak ekskluzywna jest obecnie, ale kiedyś nie każdy ją brał, to była elita, ekskluzywny narkotyk, ekskluzywni ludzie, brali ją piękni i bogaci. I większości to co jest promowane: wartości istotne w naszym społeczeństwie: bycie na, luzie, niezła prezencja, bycie ponad tym wszystkim...* (20% dyrektor poradni alkoholowej, Berno); inni zauważają że kokaina staje się popularna we wielu innych kręgach, szczególnie wśród ludzi młodych: *W każdej grupie wiekowej, w każdej grupie zawodowej. I coraz więcej i więcej młodych ludzi.* (15% barman, Berno). Jeszcze inni wskazują na istnienie uzależnienia krzyżowego od kokainy i heroiny równocześnie: *Większość uzależnionych od heroiny, również używa kokainy.* (15% lekarz, Berno).

Znaleźli się respondenci, którzy twierdzili, że leczenie w tym wypadku jest konieczne – *Jestem absolutnie przekonany, co do interwencji terapeutycznej...* (...) (20% policjant, Berno), ale też tacy, którzy stwierdzali, że te osoby nie trafiają do leczenia – *Kokainiści, oni tu nie trafiają [do poradni], uważają życie za zbyt wspaniałe, nie szukają nas. Robią to inaczej.* (20% dyrektor poradni narkotykowej, Berno).

Czynniki ułatwiające przerwanie uzależnienia od kokainy:

- **niewielkie zaawansowanie uzależnienia:** (...) *Tak jak powiedziałem, kokaina jest jedną z najbardziej niebezpiecznych rzeczy, i samowyleczenie... może jeśli jesteś ciągle na*

początku i masz dobre środowisko, wtedy nie ma problemu (...) (20% dyrektor poradni alkoholowej, Berno);

- **więcej zasobów, możliwości:** *(...) to jest narkotyk używany przez ludzi, którzy mają bardziej stabilną sytuację w otoczeniu. Może mają więcej możliwości, lepsze zasoby, i zdolność wyjścia bez profesjonalistów. Inny rodzaj klienteli używa tego narkotyku, (...) może mają bardziej stabilną sytuację zawodową.* (65% pracownik socjalny, Sztokholm);
- **uzależnienie psychologiczne silniejsze niż fizyczne:** *Z kokainą to jest mniej fizyczne, ona uzależnia bardziej psychicznie, ale myślę, że nie jest wcale łatwe.* (40% sędzia, Frankfurt);
- **nie jest narkotykiem silnie stygmatyzującym:** *Oczywiście osoba uzależniona od kokainy nie koniecznie jest obiektem zainteresowania opinii publicznej (...)* (40% sędzia, Frankfurt);
- **moda:** *Widzę to trochę wyżej [szanse na samowyleczenie] ..., bo to jest modny narkotyk ...* (60% dyrektor poradni alkoholowej, Frankfurt);
- **używanie związane z kulturą taneczną:** *Wydaje mi się, że kokaina jest bardziej związana z kulturą taneczną. Może się mylę, ale wydaje mi się, że używanie związane z kulturą taneczną jest łatwiejsze do przezwyciężenia. (...)* (40% lekarz, Sztokholm);
- **zmiana środowiska:** *(...) Mogę sobie łatwo wyobrazić, że to jest możliwe w innym środowisku. Że zmienisz swoje otoczenie, znikniesz z oczu opinii publicznej.* (60% dyrektor poradni alkoholowej, Frankfurt).

Czynniki utrudniające przerwanie uzależnienia od kokainy:

- **silne uzależnienie (podobnie jak heroina):** *Uzależnienie od kokainy, postrzegam tak samo jak od heroiny, jako równie silne psychicznie i fizycznie ...* (10% prawnik, Berno);
- **rytuał zażywania i poszukiwania kokainy:** *Myślę, że oni potrzebują tego rytuału zdobywania towaru... na ulicy, rozglądania się, tu i tam...* (15% lekarz, Berno);
- **daje złudne poczucie bezpieczeństwa:** *(...) to daje ci ochronę, to jest problem, jest groźba bezrobocia, trudna sytuacja na świecie, a ja jestem świetny i nic innego nie ma znaczenia, mój mózg jest szczęśliwy (...)* (20% dyrektor poradni alkoholowej, Berno);
- **bagatelizowany problem:** *Znam parę osób. Mogę mówić z mojego doświadczenia: ludzie, których znam nie sądzą, żeby było w tym cokolwiek złego, w kokainie, w pewnych kręgach to jest po prostu część życia, zwyczajnie to trywializują, nie znam ani jednej osoby, która by powiedziała, że chciałaby przerwać branie kokainy, nie wiem jak więc trudne rzucanie byłoby ...* (60% dziennikarz gazety liberalnej, Berno);
- **możliwość ukrywania uzależnienia:** *Kanały dystrybucji są tu inne (...) to jest elitarny narkotyk i jest sprzedawany w innych kręgach. Możesz to dłużej ukrywać, tak jak z alkoholem. Możesz kontynuować branie w ukryciu z większą łatwością niż w przypadku heroiny. I dlatego wydaje mi się że zerwanie z nalogiem jest tu trudniejsze.* (10% sędzia, Berno);
- **zaawansowanie uzależnienia:** *(...) jeśli jest bardziej zaawansowane [uzależnienie] to jest to praktycznie niemożliwe...* (20% dyrektor poradni alkoholowej, Berno);

- **negatywne konsekwencje społeczne:** *I to się naprawdę nie zatrzyma, dopóki nie nastąpi jakiś kryzys. Straci pracę, popadnie w długi, będzie zrujnowany psychicznie przez branżę.* (20% pracownik socjalny, Berno).

Patologiczny hazard

Mówiąc o **czynnikach ułatwiających przezwyciężenie uzależnienia od hazardu** respondenci wymieniali:

- **siłę woli i brak uzależnienia fizycznego:** *Wszystko to dzieje się w twojej głowie. (...) Uzależnienie od zakupów czy hazardu odbywa się przede wszystkim w głowie, możesz siebie przeprogramowywać jeśli chcesz. (...)* (65% sklepikarz, Frankfurt);
- **akceptowany społecznie wizerunek:** *(...) hazardzista pozostaje niezauważony. Jeśli jesteś uzależniony, ktoś zwykle to dostrzega, na przykład policja. (...)* (40% pracownik socjalny, Sztokholm);
- **stabilną sytuację społeczną:** *(...) uzależnieni od hazardu czy zakupów stoją mocniej nogami na ziemi. (...) To jest możliwe i myślę, że znaczna część uzależnionych od zakupów czy hazardu ma stabilną sytuację życiową.* (55% policjant, Sztokholm);
- **brak oferty leczniczej:** *(...) Można tak to ująć, że im mniej pomocy z zewnątrz, tym więcej osób musi polegać na samych sobie w procesie zdrowienia.* (80% psycholog, Berno);
- **presja ze strony rodziny:** *(...) Znam kogoś, kto był uzależniony, ale potem po prostu przestał. (...) powodem była presja ze strony rodziny. Ale jakie rozwiązanie problemu zastosowali nie wiem. Może po prostu ograniczyli jego wydatki, dali mu kieszonkowe.* (40% pracownik socjalny, Berno);
- **uzyskanie zakazu wstępu do kasyna:** *(...) Oni wychodzą ostatni i wracają w południe, zawsze pierwsi. (...) Nie wiedząc o tym, że zastrzegli sobie wstęp, albo zrobili to członkowie ich rodzin. Ale w jakiś sposób to działa, w kasynie, już nigdy więcej nie mogą wejść do środka. (...)* (30% barman, Berno);
- **inne represje:** *(...) Nie znam nikogo kto sobie poradził. Może bycie zmuszonym [pomaga przerwać], gdy wszystko jest zablokowane. Konto w banku, karty kredytowe. (...) To działa. Ponieważ nie ma już nic co mogliby zrobić. I uczestniczy w tym policja... i sąd.* (30% barman, Berno).

Trwanie w nalogu aż do wyczerpania się zasobów finansowych jest według niektórych respondentów czynnikiem ułatwiającym, według innych utrudniającym przezwyciężenie tego uzależnienia: *(...) hazard w oczywisty sposób może stać się uzależnieniem (...)* *Dopóki masz pieniądze, trudno jest zerwać z hazardem, jeśli już się uzależniłeś.* (60% dziennikarz gazety konserwatywnej, Sztokholm); *Myślę, że podstawową kwestią jest moment w którym przyznasz się, że uzależniłeś się od czegoś takiego. Myślę, że oni przyznają to dopiero gdy znajdą się w dołku finansowym.* (25% lekarz, Berno).

Respondenci wymienili szereg **czynników utrudniających przezwycięzanie tego nalogu:**

- **brak debaty publicznej:** (...) *Myślę, że kwestia kompulsywnego hazardu i zakupów... ludzie nie rozmawiają o tym w społeczeństwie. To nie jest przedmiot dyskusji...* (25% lekarz, Berno);
- **wiedza o tym jak zerwać z tym nalogiem nie jest wystarczająco rozpowszechniona:** *Nie ma zbyt wiele pomocy dla hazardzistów. (...) Może ludzie nie wiedzą jak to zrobić, jak być leczonym, ponieważ to takie niespotykane. (...)* (40% pracownik socjalny, Sztokholm);
- **dostępność gier hazardowych:** *To jest tak łatwo dostępne. (...) To jest wszędzie wokół, prawdopodobnie trudno z tym zerwać.* (50% śmieciarz, Sztokholm);
- **osamotnienie:** *Jestem przekonany, że we wszystkich uzależnieniach człowiek jest bardzo samotny i to sprawia, że jest tak trudno. Szczególnie w przypadku uzależnienia od hazardu.* (50% śmieciarz, Sztokholm);
- **uzależnienie, które może zawładnąć życiem:** *Myślę, że hazard może kompletnie zawładnąć twoim życiem i twoim myśleniem.* (25% prawnik, Sztokholm);
- **destabilizacja sytuacji społecznej:** *Są ludzie, którzy niszczą z tego powodu całe życie, zarówno swoje jak i innych ludzi. (...)* (30% taksówkarz, Sztokholm);
- **predyspozycje genetyczne:** *Wydaje mi się, że to jest ten sam gen. (...) Ta sama potrzeba do zaspokojenia. Tak, z pewnością ma to swój komponent genetyczny.* (10% lekarz, Sztokholm);
- **ryzyko nawrotu:** *Spotkałem wiele osób, które sprzeniewierzyły miliony, wtedy musisz jechać za granicę. (...) Przesławiali chodzić (do kasyna) przez dwa może trzy miesiące, ale gdy tylko pojawiały się jakieś pieniądze, wracali znowu.* (10% dziennikarz gazety liberalnej, Berno);
- **błędne koło:** *Dostojewski też był hazardzistą. Więc myślę, że to stare zagadnienie, z którym ludzie się mierzą od lat. Mogę sobie wyobrazić, że teoretycznie nigdy się z tego nie wyrwiesz. Ponieważ uważam, że ma to związek ze stosunkiem do życia, z tym jak chcesz przez życie przejść. (...) Myślę, że szczególnie w przypadku hazardu to dotyczy wszystkich twoich planów życiowych. Twoich osobistych planów życiowych. (...) Że każdy hazardzista w pewnym momencie mówi sobie: „Przyjdzie taka chwila, że kulka wpadnie na właściwe miejsce również dla mnie”. Wszystkie te systemy, które tworzą, kalkulacje prawdopodobieństwa, każdy ma swój system i każdy w niego wierzy, cóż myślę, że jest bardzo trudno wyrwać się z tego bez pomocy...* (0% sędzia, Berno).

Kompulsywne robienie zakupów

Przede wszystkim wielu respondentów **nie uważa tego zjawiska za uzależnienie:**

- *Zakupy nie powinny być takie trudne. (...) Tak naprawdę to dziwne, że tak wysoko szacuje, ale może nie patrzę na to jak na uzależnienie. (...)* (85% dziennikarz gazety konserwatywnej, Sztokholm);
- *Nawet nie jestem w stanie wyobrazić sobie tego jako uzależnienie! Mówię szczerze. (...)* (60% barman, Berno);

twierdząc na przykład że wszyscy jesteśmy trochę od zakupów uzależnieni:

- *Cóż, wiem sam co robię gdy jestem smutny, idę kupić sobie sweter albo coś innego (śmiech).* (60% dyrektor poradni alkoholowej, Sztokholm);
- *Cóż, każdy jest trochę uzależniony od zakupów. Nawet ja, mam takie okresy (...)* (50% fryzjer, Berno).

Szansę na samodzielne przezwyciężenie uzależnienia od zakupów respondenci szacują podobnie jak przy hazardzie i nikotynie - (...) *Przypuszczam, że z jednej strony muszą istnieć pewne zasoby, ale szacowałbym podobnie do palenia, może trochę niżej.* (40% dyrektor poradni alkoholowej, Berno).

Uważają też że dotyczy on przede wszystkim specyficznych grup społecznych, tu: bogatych kobiet - (...) *Ja osobiście nigdy nie uzależniłbym się od zakupów, ponieważ nie mam takich możliwości finansowych. Ale panie z bogatych części miasta, trudno mi sobie wyobrazić te sumy pieniędzy.* (80% barman, Sztokholm).

Czynniki ułatwiające samodzielne przezwyciężenie uzależnienia od zakupów:

- **brak symptomów psychicznych:** *Zakupy czy hazard dzieją się tylko w twojej głowie, możesz przeprogramować się, jeśli chcesz, albo skupić się na czymś innym, tu nie ma symptomów fizycznych, które przypominają ci o tym, jak przy kokainie czy heroinie.* (65% sklepikarz, Frankfurt);
- **nie powoduje szkód zdrowotnych:** *Myszę, że każde z uzależnień o których mówiliśmy, w końcu wpływa na twoje zdrowie. (...) Każdy zdaje sobie sprawę z tego na jakimś etapie. Każde, poza kompulsywnym robieniem zakupów, które nie powoduje żadnych szkód zdrowotnych.* (25% lekarz, Berno);
- **siła woli:** *Cóż jeśli masz siłę woli, masz prawdopodobnie szansę rzucenia papierosów czy alkoholu własnymi siłami, kompulsywnego robienia zakupów czy hazardu też. Ale te chemiczne narkotyki, syntetyczne narkotyki, tu będziesz potrzebował pomocy.* (50% śmieciarz, Frankfurt);
- **przewartościowanie życia:** *To jest kwestia ustalenia priorytetów w swoim życiu. Kompulsywne robienie zakupów oznacza priorytet dóbr materialnych, może to jest też kwestia wieku, może mieć związek z warunkami życiowymi w jakich się znajdujesz, może dołek psychiczny, albo rozwód i mówisz: „To jest jakiś rodzaj pocieszenia, rzeczy materialne”. Ale mogę sobie wyobrazić, że te priorytety, wartości zmieniają się.* (90% prawnik, Berno);
- **zmiana sytuacji rodzinnej:** *Też możesz to rzucić, nawet trochę łatwiej niż przy innych uzależnieniach, jeśli środowisko rodzinne, albo związek zacznie rozwijać się w innym kierunku* (40% dyrektor poradni alkoholowej, Frankfurt);
- **szybkie wykrycie problemu:** (...) *to prawdopodobnie jest coś, co jest ewidentne od razu ponieważ w jakimś momencie pojawią się sterty długów nad twoją głową.* (30% pracownik socjalny, Berno);

- **represje:** (...) *Jeśli wywrze się presję, że albo przestaniesz robić zakupy, albo dostaniesz asystę, strażnika. Uważam, że represje mogą tu bardziej pomóc.* (25% lekarz, Berno);
- **wyczerpanie się zasobów finansowych** respondenci traktują jako czynnik wspomagający: *Przerwiesz kompulsywne robienie zakupów, kiedy skończą się pieniądze...* (100% fryzjer, Frankfurt).

Czynniki utrudniające samodzielne przezwycięzanie uzależnienia:

- **problemy osobiste – uzależnienie jako symptom -** (...) *To jest prawdopodobnie trudne. (...) To wydaje się być problemem psychologicznym, który szuka kompensacji, to o to chodzi. Również ukrytej kompensacji.* (75% taksówkarz, Berno);
- **zabiegi marketingowe:** *Jestem pewien że to będzie nasz największy problem. Mogę to już zobaczyć u mojej córki (16), dla niej to oczywiste, że musi mieć Natel (telefon komórkowy). Powiedziałem jej dosyć jasno jakie są granice. (...) Przemysł interesuje się nastolatkami, którzy stają się klientami... zaczyna się od telefonu, modnej biżuterii, modnych ubrań (...)* (20% policjant, Berno);
- **zły przykład rodziców:** (...) *Przemysł (...)* – *jeden z największych problemów. Ponieważ rodzice nie przeciwstawiają się temu i dają dzieciom zły przykład.* (20% policjant, Berno).

Czynniki udaremniające przezwycięzanie uzależnienia

Czynniki natury społecznej

Destabilizacja sytuacji społecznej (brak zasobów, kapitału społecznego)

- **brak więzi społecznych (rodziny i przyjaciół), brak wsparcia społecznego:** *Jeśli ktoś nie jest wspierany przez jego środowisko, nie czuje się wspierany, nie ma sieci kontaktów społecznych, osób które mogłyby otoczyć go opieką.* (dyrektor poradni narkotykowej, Berno);
- **brak pracy i wykształcenia:** (...) *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);
- **środowisko innych biorących:** (...) *Zewnętrznym czynnikiem [utrudniającym samowyleczenie] będzie otoczenie społeczne. Więc w małżeństwie, jeśli partner pali... To będzie z pewnością czynnik utrudniający. To samo w przypadku alkoholików. Jeśli przebywają w otoczeniu osób, które piją, to staje się trudniejsze. Uważam, że podobnie jest w przypadku twardych narkotyków, w pewnym momencie oni zaczynają separować się od społeczeństwa, izolacja, poruszają się w towarzystwie osób podobnych do nich.* (lekarz, Berno).

Stereotypy i stygmatyzacja

- **postrzeganie uzależnienia w kategoriach moralnych:** *Nawet jeśli [uzależnienie] 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 przede wszystkim osób zmarginalizowanych:** (...) *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);
- **bycie uzależnionym naznacza na całe życie:** *To można tak naprawdę powiedzieć o wszystkich uzależnionych: raz uzależniony – na zawsze uzależniony. Bez znaczenia czy ciągle bierzesz, czy już nie. Jesteś naznaczony.* (dyrektor poradni narkotykowej, Berno);
- **uzależnieni nie dostają 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);
- **nie wszyscy 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);
- **stygmatyzacja utrudniająca znalezienie pracy:** (...) *Uprzedzenia są tak ogromne, że uzależnieni nie mogą znaleźć pracy, nie mogą osiągnąć niezależności.* (pracownik socjalny, Frankfurt);
- **stygmatyzacja wynikająca z kryminalizacji:** *Poważnym czynnikiem utrudniającym [wyjście z uzależnienia] jest nielegalność wielu uzależnień, stygmatyzacja z tym związana.* (barman, Frankfurt).

Klimat społeczny niesprzyjający samowyleczeniom

- **brak wiary, że to możliwe – leczenie jest konieczne:** *Najpoważniejszą przeszkodą jest poczucie, że to się nie uda i to popularne przekonanie: „Raz się uzależniłeś, nigdy z tego nie wyjdiesz”, tego typu bzdury. (...) Niepokoi mnie fakt, że wiele osób uważa, że to wymaga profesjonalnej pomocy.* (dyrektor poradni alkoholowej, Berno); *Wiesz, jeśli ktoś przyszedłby do mojego gabinetu i powiedział: „Podjąłem decyzję, zamierzam przestać brać heroinę” w większości sytuacji ja też prawdopodobnie byłbym sceptyczny i ... zaskoczony. A taka osoba wyczuwa to od razu. I to naprawdę nie jest pozytywne wsparcie, a raczej poddawanie w wątpliwość.* (lekarz, Berno);
- **brak reakcji ze strony otoczenia:** *Myślę, że to jest bardzo trudne. Społeczeństwo musiałoby się zmienić, ludzie cię otaczający, ci z którymi spędzasz czas. Na takie, gdzie ludzie przyglądają się sobie nawzajem i mogą wskazać problemy. Jednocześnie to wcale*

nie jest łatwe dla przyjaciela albo bliskiego znajomego powiedzieć komuś wprost, że ma problem, że powinien to rzucić. (taksówkarz, Sztokholm);

- **kryminalizacja:** *Pomoc jaką otrzymujesz od ludzi z twojego otoczenia, wsparcie z ich strony w procesie zrywania z nalogiem. (...) czasem używanie substancji prowadzi do przestępstwa, ponieważ musisz jakoś finansować swój nałóg, więc jest wiele rzeczy z którymi musisz sobie poradzić [wychodząc z uzależnienia].* (śmieciarz, Sztokholm);
- **duża dostępność substancji:** *(...) Również dostępność narkotyków.* (dziennikarz gazety liberalnej, Sztokholm);
- **aktywne grupy interesu (narkobiznes, przemysł tytoniowy i alkoholowy):** *Jedną z pierwszoplanowych kwestii zarówno w przypadku legalnych, jak i nielegalnych substancji jest zysk, jaki osiągają ludzie, którzy zajmują się rozprowadzaniem tych substancji. Gdyby nie było zysków finansowych, nie tworzono by rynku.* (dyrektor poradni narkotykowej, Sztokholm).

Czynniki indywidualne

Brak umiejętności samodzielnego radzenia sobie z problemami

- **brak predyspozycji osobowościowych (słabość, brak zaufania do samego siebie):** *Niewielkie zaufanie do samego siebie. (...) To przede wszystkim zależy od tego jak osoba jest ukształtowana. (...)* (sklepikarz, Frankfurt);
- **wstyd / trudność w przyznaniu się do uzależnienia – słabości:** *(...) Wydaje mi się, że większość ludzi ma problem (...) z rozmawianiem o tym.* (barman, Berno);
- **strach przed przejściem na drugą stronę / z powrotem:** *(...) Może boisz się przestać i problemów jakie wtedy pojawiają się w innych obszarach. Może boisz się świata, który jest ci obcy od kilku lat. To zależy od tego jakie to uzależnienie. To nie dotyczy nikotyny, ale alkoholu i narkotyków.* (pracownik socjalny, Sztokholm);
- **brak wiedzy jak to zrobić, brak alternatyw:** *Jedną z przeszkód może być to, że nie wiesz jak przestać.* (pracownik socjalny, Sztokholm); *Cóż, przede wszystkim jestem przekonany, że branie narkotyków jest zawsze rodzajem środka do osiągnięcia jakiegoś celu. Więc podstawową przeszkodą jest brak alternatywnych sposobów osiągnięcia go.* (dyrektor poradni narkotykowej, Frankfurt);
- **trudność we wprowadzaniu nowej codziennej rutyny (zniechęcenie):** *To znaczy, wydaje mi się, że większość ludzi potrzebuje pewnej codziennej rutyny. Prawdopodobnie jej częścią jest też picie kawy, picie piwa czy zapalenie papierosa. Musisz spróbować, celowo, z premedytacją, przezwyciężyć te schematy, te przyzwyczajenia.* (dziennikarz gazety konserwatywnej, Berno).

Brak możliwości dokonania autoterapii

- **brak wglądu:** *Ludzie nie mają wglądu w swój nałóg. Myślę, że to najważniejsza przeszkoda.* (prawnik, Sztokholm);

- **nie zajmowanie się przyczynami uzależnienia:** *Nie zajmowanie się powodami dla których ludzie piją.* (psycholog, Sztokholm);
- **brak motywacji:** *Przede wszystkim brak motywacji.* (policjant, Frankfurt);
- **problemy zdrowotne:** *(...) to też zależy od tego (...) ile dodatkowych problemów (...) zdrowotnych doświadczasz. Jeśli ktoś jest nosicielem wirusa HIV, albo był wielokrotnie diagnozowany psychiatrycznie, to staje się bardzo, bardzo trudne.* (dyrektor poradni narkotykowej, Frankfurt).

Czynniki związane z rodzajem uzależnienia

- **genetyczne podłoże uzależnienia:** *Szczególnie w rodzinach dysfunkcyjnych, mogą występować dziedziczne skłonności do nadużywania substancji.* (lekarz, Sztokholm);
- **rodzaj uzależnienia/właściwości substancji:** *To zależy od rodzaju uzależnienia. To tu pojawiają się przeszkody.* (...) (barman, Sztokholm);
- **korzyści płynące z uzależnienia:** *Ludzie są uzależnieni od czegoś, co przynajmniej w chwili obecnej, poprawia ich sytuację. Jeśli jesteś nieszczęśliwy, może to sprawia, że czujesz się szczęśliwy, albo przynajmniej pozwala ci zapomnieć itd.* (...) *I prawdopodobnie dlatego do tego wracasz, w chwilach kiedy kiepsko się czujesz, masz zły nastrój, po prostu sięgasz po ...* (dziennikarz gazety konserwatywnej, Berno);
- **trudność samodzielnego przezwycięzania zespołów abstynencyjnych:** *Kiedy myślę o heroinie albo innych twardych narkotykach, wyobrażam sobie, że moment odstawienia musi być bardzo trudny. I to jest z pewnością jedna z przyczyn... bo jeśli bolą cię zęby przez 48 godzin, to starasz się ten ból uśmierzyć, więc przypuszczam, że brak towaru niemalże zabija heroinistów...* (dziennikarz gazety liberalnej, Berno);
- **trudność samodzielnego przezwycięzania głodu alkoholowego / narkotykowego:** *(...) istnieje zarówno fizyczna jak i psychiczna strona uzależnienia. Chodzi o głód narkotykowy.* (dziennikarz gazety liberalnej, Sztokholm);
- **zaprzeczanie istnieniu problemu (przed sobą i innymi):** *Przede wszystkim ludzie muszą zdać sobie sprawę z tego że mają problem, to po pierwsze, i to może być cokolwiek od zakupów po heroinę czy hazard.* (...) *Obecnie to jest temat tabu, i na przykład w przypadku alkoholu, ukrywasz to przed znajomymi i przyjaciółmi, w pewnym sensie również przed samym sobą.* (taksówkarz, Sztokholm);
- **ryzyko nawrotu:** *Myślę, że jeśli próbujesz sam, albo tylko z przyjaciółmi, niebezpieczeństwo nawrotu jest zbyt wysokie. Tylko pełna odpowiedź na pytanie dlaczego się uzależniłeś, sprawi, że staniesz się odporny.* (prawnik, Frankfurt);
- **zaawansowanie nałogu:** *(...) i historia uzależnienia. Im dłużej ktoś w tym tkwi, tym gorsze ma perspektywy, to z pewnością.* (dyrektor poradni narkotykowej, Berno).

Czynniki ułatwiające samodzielne przezwyciężenie uzależnienia

- **poprzednie doświadczenia z leczenia:** *To również kwestia tego kiedy zrywasz z nałogiem...istnieje też samowyleczenie w takim sensie, że ludzie najpierw korzystają z pomocy leczenia, ponoszą porażkę, ale później przezwyciężają uzależnienie własnymi siłami. Być może oni wtedy korzystają ze swoich wcześniejszych doświadczeń zdobytych dzięki terapii, z procesów uczenia się które tam zaszły, to możliwe. Istnieje cała grupa osób, które pomimo doświadczeń z leczeniem, uważają siebie za samowyleczonych. I to jest pytanie – do jakiego stopnia możemy tu mówić o samoistnym wyzdrowieniu.* (psycholog, Berno);
- **słaba dostępność leczenia:** *Można na to tak spojrzeć: im mniej pomocy z zewnątrz, tym więcej osób musi polegać na samych sobie w procesie zdrowienia.* (psycholog, Berno);
- **presja ze strony otoczenia:** *To prawdopodobnie zależy od nacisku jaki wywiera na ciebie twoje otoczenie, to może mieć wpływ na to czy zdecydujesz się to zrobić.* (śmieciarz, Sztokholm);
- **przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu:** *Gdyby podejść do tego tematu w sposób bardziej otwarty, bez demonizowania. Przykładowo palenie marihuany jest stale demonizowane i kryminalizowane, coś jest nie w porządku, kiedy jesteś częścią grupy zmarginalizowanej, albo jesteś zepchnięty na margines, wtedy nie możesz radzić sobie z tym w sposób otwarty, albo zacząć korzystać z grupy samopomocowej, to jest coś co powinno być uznane.* (sklepikarz, Frankfurt);
- **klimat społeczny:** (...) *Chodzi o klimat w społeczeństwie i to jak ludzie traktują się nawzajem. Sytuacje, gdy otwarcie mówisz o swoich problemach i spotykasz się ze zrozumieniem, ciągle są na poziomie jednostkowym.* (sędzia, Sztokholm); (...) *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.* (...) (sklepikarz, Sztokholm);
- **wsparcie ze strony rodziny, przyjaciół i współpracowników:** *Przyjaciele są ważni, dają ci oparcie w trakcie całego procesu [wychodzenia z nałogu], mówiąc: “Słuchaj, możesz tego dokonać”.* (prawnik, Frankfurt); *Na to potrzeba dużo czasu... przede wszystkim, czas i rodzina – ludzie którzy stoją przy tobie, na których możesz polegać. To może być rodzina, to mogą być przyjaciele ... to możesz być ty, to mogą być ja.* (...) (fryzjer, Berno); *Mogę sobie wyobrazić, że na przykład w pracy mógłbyś... gdybym miał kogoś tutaj, pracownika o którym bym wiedział, że jest alkoholikiem, ale chce przestać... przede wszystkim wsparcie...* (...) *Więc absolutnie nie wykluczać, za to próbować integrować tak bardzo jak tylko możesz.* (...) (sklepikarz, Berno);
- **znajomość osoby, która samodzielnie przezwyciężyła uzależnienie:** *Ale wtedy potrzebujesz kogoś z zewnątrz, kto już sobie poradził, kto ma doświadczenie i może ci pomóc.* (...) *kogoś, kto był uzależniony od alkoholu, i kto ci powie jak rzucić, od czego zacząć.* (fryzjer, Berno);

- **wzięcie odpowiedzialności za swoje życie:** *To jest związane z odbieraniem odpowiedzialności tym ludziom za siebie samych. (...) Masz terapię grupową tu, terapię grupowa tam (...)* (policjant, Berno);
- **uświadomienie sobie korzyści z pokonania uzależnienia:** *Ktoś kto zrozumie, że poprzez zerwanie z nałogiem, (...) poprzez próby znalezienia jakiś alternatyw ... że zyska coś uwalniając się od uzależnienia ... ktoś kto to zrozumie, może działać rozsądnie. Taka osoba ma duże szanse przezwyciężenia [nałogu własnymi siłami].* (lekarz, Berno);
- **zmiana środowiska:** *Zmiana kręgu przyjaciół, może nowy partner, może możesz ukierunkować się na nowo.* (policjant, Frankfurt);
- **wykorzystanie zasobów:** *(...) ludzie są generalnie zdolni do stosowania własnych rozwiązań i nie potrzebują psychologów, psychiatrów czy innych osób, tak jest ze wszystkim, i z pewnością też w tym wypadku, to zależy od zasobów. Od tego na co możesz liczyć. Jeśli ktoś ma wielu przyjaciół i jest dobrze osadzony społecznie, ma większe szanse wyjść z tego własnymi siłami (...)* (dyrektor poradni narkotykowej, Frankfurt); *(...) Ktoś kto jest wykształcony, kto ciągle ma pracę, kto nie jest uzależniony od długiego czasu i ciągle jest w jakimś stopniu zintegrowany społecznie, ma swój własny rytm dnia, taka osoba będzie mieć większe szanse (...)* (dyrektor poradni narkotykowej, Berno); *(...) Myślę, że ludzie, którzy pamiętają że w ich karierze zawodowej była konieczna pewna siła woli, pewna ambicja, i że oni ciągle to mają, tylko trzeba to wyzwolić... Myślę, że takie osoby, mają znacznie większe szanse, niż ci, którzy nigdy tego nie doświadczyli. Więc, uważam, że pochodzenie społeczne i również pozycja społeczna odgrywają tu pewną rolę.* (lekarz, Berno);
- **zmiana sytuacji życiowej:** *(...) to zależy od czynników na które ludzie nie mają wpływu, na przykład od szczęścia (...)* (psycholog, Berno); *Nie znam nikogo osobiście, ale czytałem o tym i słyszałem w mediach, i wydaje mi się, że tu musi wydarzyć się coś niezwykłego, zanim zdecydujesz się przerwać branie narkotyków. To musi być ważny powód i impuls do zmiany, i nawet wtedy to jest trudne. Takim powodem może być na przykład cięża.* (dziennikarz gazety konserwatywnej, Sztokholm);
- **kampanie społeczne uwzględniające idee samowyleczeń czy zwiększające zrozumienie problemu:** *Jedna z możliwości jest rozpowszechnianie informacji (...)* pokazanie pewnych sposobów, w gazetach, książkach, w radio i programach telewizyjnych, jak ludzie mogą wyjść z tego również własnymi siłami. *Może nawet w szkołach, można wyjaśnić ludziom, że terapia indywidualna nie zawsze jest konieczna...* (dziennikarz gazety konserwatywnej, Berno);
- **kampanie informacyjne:** *Istotna byłaby informacja, ogólnie, co ludzie wiedzą o uzależnieniach, jakie wyobrażenia mają na ten temat, to mogłoby pełnić istotną funkcję. Z pewnością, nie powinno się tworzyć wrażenia, że problem nie istnieje, że możesz brać wszystko co chcesz i przerwać branie w każdym momencie w jakim chcesz, ale może troszeczkę... ten obraz który jest prezentowany, ćpuna na krawędzi, sam widzę, że w takim wypadku trudno mówić o znaczących zmianach.* (dyrektor poradni alkoholowej, Berno);
- **materiały samopomocowe:** *Może jakieś poradniki, niewielka pomoc, tak aby człowiek lepiej radził sobie z tymi problemami (...)* (sędzia, Frankfurt).

WNIOSKI I REKOMENDACJE

Pierwszym i podstawowym wnioskiem jaki nasuwa przeprowadzona analiza danych jakościowych 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 tak ewidentne.

Nielegalne substancje psychoaktywne

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 – 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

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 takiej sytuacji oszacowania możliwości samodzielnego przezwyciężenia nałogu były bardzo wysokie (75%-100%). Tylko respondenci ze Sztokholmu mówili o tym, że *marihuana jest bramą do innych narkotyków*.

Heroina wydaje się mieć bardzo podobny wizerunek w świadomości respondentów ze wszystkich badanych miast – jest to substancja silnie uzależniająca, z dużym ryzykiem nawrotu, z trudnymi do przezwyciężenia zespołami abstynencyjnymi, 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).

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, 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.

Przy pytaniu o kokainę pojawiła się kwestia stygmatyzacji i zasobów z jakich skorzystać mogą ci, którzy chcieliby zerwać z nałogiem. W opinii wielu respondentów jest to narkotyk równie silnie uzależniający jak heroina, jednak właśnie ze względu na większy kapitał społeczny posiadany przez 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).

Legalne substancje psychoaktywne

Nikotyna jest traktowana jako „zwykły nałóg” – wielu respondentów pali lub paliło papierosy lub zna osoby, które rzuciły palenie. Zdarzały się nawet wypowiedzi humorystyczne: *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.* (policjant, Frankfurt). Pomimo oczywistej sprzeczności w tej wypowiedzi, charakterystyczne dla wielu uzasadnień było stwierdzenie *bo to przecież też uzależnienie*. Również fakt doświadczania dużej liczby nawrotów to główny czynnik utrudniający rzucenie palenia wymieniany przez respondentów we wszystkich miastach. Są tacy, którzy przy jednej z kolejnych prób, ostatecznie rozstają się z nałogiem. Zdecydowana większość czynników ułatwiających rzucenie palenia została wymieniona przez respondentów z Berna. Wiązały się z ważnymi wydarzeniami w życiu (nowy partner, ciąża), zdrowiem (rada lekarza, problemy zdrowotne oraz pogarszające się wyniki sportowe), polityka zdrowotną (kampaniami antynikotynowymi, biblioterapią i brakiem oferty leczniczej) – przypomina to szwajcarską kampanię antynikotynową *Milestones*, z jej głównymi założeniami (Klingemann i współpr. 2001). Respondenci z pozostałych miast częściej wiążą możliwości rzucenia palenia z faktem posiadania odpowiedniej motywacji i silnej woli.

Zastanawiający wydaje się efekt uboczny ograniczenia możliwości palenia w miejscach publicznych – część osób zdecydowało się na rzucenie palenia, inni zaczęli używać tabaki: (...) *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 powstrzymuje. Tabaka jest też znacznie bardziej akceptowana społecznie niż papierosy, co oczywiście ogranicza twoją motywację do rzucenia.* (...) *Nikt się nie skarży.* (taksówkarz, Sztokholm).

Alkohol – kolejny 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). W dyskusji o

szansach na samodzielne przezwycięzanie uzależnienia od alkoholu, szczególnie interesująca 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 wpłynęły na to debata publiczna związana z obniżkami cen alkoholu wymuszonymi przez członkostwo 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). Tylko respondenci z Warszawy wśród szerokiej gamy czynników wpływających na szanse przezwycięzania nałogu samodzielnie wymienili korzyści z picia alkoholu – *ucieczkę, zapomnienie, ucieczkę od problemów* (prawnik, Warszawa).

Uzależnienia niechemiczne

Akceptowany społecznie wizerunek jest również 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 zwykle jest już bardzo trudno poradzić sobie własnymi siłami. Najwięcej czynników wymieniali respondenci z miast w których debata publiczna na temat uzależnienia od hazardu jest obecna (Berno i Sztokholm). Niektórzy respondenci twierdzili, że to uzależnienie to spirala bez wyjścia. Respondenci z Warszawy wskazali, że jedynym wyjściem jest porzucenie nadziei, pogodzenie się ze stratą 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 pracujący w Polsce z osobami uzależnionymi od hazardu (Ginowicz 2004). Nazywają to uzależnienie chorobą izolacji – hazardziści ukrywają swoje problemy, nie tworzą i nie podtrzymują więzi z innymi grającymi, *o ile alkoholikom czy młodym narkomanom w podjęciu leczenia czasem towarzyszą rodziny, hazardziści najczęściej przychodzą w pojedynkę.* (...) *Fakt wykluczenia przez środowisko jest jedną z trudniejszych do zniesienia konsekwencji grania* (Sieczkowska 2004).

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 jest dostrzeżony późno, po wystąpieniu poważnych konsekwencji uzależnienia,

może oznaczać że jest już za późno. Zdaniem respondentów to nałóg na który bardziej narażone są kobiety.

Czynniki utrudniające samodzielne przezwyciężenie nałogu

Respondenci wymienili trzy grupy czynników utrudniających samodzielne przezwyciężenie uzależnienia: czynniki związane z rodzajem substancji od jakiej dana osoba jest uzależniona, czynniki związane z cechami indywidualnymi osoby uzależnionej oraz czynniki społeczne. Generalnie 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.

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 o zerwaniu z nałogiem. Respondenci wymieniając przeszkody na drodze osób próbujących samodzielnie wyjść z uzależnienia, mówili też o wstydzie, niepewności, lęku, zniechęceniu i braku nadziei.

Przeszkody społeczne wymieniane przez respondentów to przede wszystkim brak lub wyczerpanie się dostępnych jednostce zasobów oraz presja ze strony innych używających na pozostanie w nałogu. Poza tym nieprzyjazne zmiane środowisko społeczne - duża dostępność substancji i aktywne grupy interesu zabiegające o nowych klientów.

Niektóre wypowiedzi respondentów ze Sztokholmu odnosiły się do funkcjonujących w społeczeństwie stereotypów i stygmatyzacji dotyczącej osób uzależnionych. Na kształtowanie się negatywnego stereotypu osoby uzależnionej składa się widoczność społeczna przede wszystkim osób zmarginalizowanych: (...) *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). 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).

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: (...) *Jeśli nie dasz uzależnionemu szansy, historia ciągle będzie się powtarzać, nie ma szansy jej zmienić.* (...) *Myślę, że piętnowanie społeczne to coś, co może być przeszkodą.* (dyrektor poradni narkotykowej, Berno). Podobnie jak respondenci ze

Sztokholmu mówili o tym, że niektórzy uzależnieni nie przystają do stereotypowego wizerunku osoby uzależnionej: *Myszę, 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).

Respondenci z Frankfurtu również mówili o tym, że uzależnieni nie dostają z 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: *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). Inny rodzaj stygmatyzacji związany jest z kryminalizacją narkotyków: *Poważnym czynnikiem utrudniającym [wyjście z uzależnienia] jest nielegalność wielu uzależnień, stygmatyzacja z tym związana.* (barman, Frankfurt).

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 płęć. 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), (Żulewska-Sak, Dąbrowska 2003).

Czynniki ułatwiające samodzielne przezwycięzanie nałogu

Niektórzy respondenci mieli trudność ze znalezieniem odpowiedzi na pytanie o czynniki zwiększające szanse na samowyleczenie: *Cóż, naprawdę nie mam dobrej odpowiedzi na to pytanie.* (lekarz, Sztokholm). Trudno było oderwać im się od paradygmatu leczniczego, mówili o profilaktyce i leczeniu. Wydaje się, że badanie wywołało pogłębioną refleksję nad dostępną ofertą leczniczą – respondenci mówili o konieczności tworzenia programów niskoprogowych, dostosowanych do potrzeb pacjenta i generalnie o kreowaniu pozytywnego wizerunku leczenia uzależnień. Poprzednie doświadczenia z leczenia mogą mieć związek z samodzielnym wyjściem z nałogu w późniejszym czasie (efekt odłożony): *To również kwestia tego kiedy zerwiesz [z nałogiem]... oczywiście występuje również samowyleczenie w takim sensie, że osoby, które poniosły porażkę w terapii, później rzuciły własnymi siłami. Być może tak naprawdę korzystając z doświadczeń zdobytych dzięki pomocy profesjonalistów, dzięki*

procesom uczenia się, które tam zachodziły. (psycholog, Berno). Również słaba dostępność leczenia może sprzyjać samoistnym wyzdrowieniom: *Można też na to spojrzeć w ten sposób: im mniej pomocy z zewnątrz, tym większa liczba osób które muszą polegać na sobie dochodząc do zdrowia.* (psycholog, Berno).

Według respondentów ze wszystkich miast szczególnie istotne jest wsparcie w najbliższym otoczeniu uzależnionego: (...) *ludzie 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: (...) *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). Czasem najlepszym wyjściem jest zmiana środowiska: *Hm, zmiana kręgu znajomych, albo nowy partner itp.* (policjant, Frankfurt).

Pisałyśmy już o badaniach kanadyjskich (Cunningham 1998), z których wynika, że ludzie niechętnie dzielą się z innymi swoimi problemami związanymi z uzależnieniem, ale z drugiej strony, ci, którzy samodzielnie poradzi sobie z nałogiem częściej znają innych samowyleczonych. Mówią też o tym respondenci: *I wtedy oczywiście potrzebujesz kogoś z zewnątrz, komu się udało rzucić, kto ma doświadczenie i może pomóc. (...) ktoś kto powie ci, jak to zrobić, od czego zacząć* (fryzjer, Bern)

Respondenci mówili o potrzebie prowadzenia kampanii społecznych uwzględniających idee samowyleczeń czy zwiększających zrozumienie problemu uzależnień. Niektórzy respondenci ze Sztokholmu twierdzą, że ich wiedza na temat uzależnień wysoka i kampanie informacyjne nie zrobią więcej niż już udało się osiągnąć. Jednocześnie to właśnie oni wskazywali na potrzebę zmiany klimatu społecznego wokół tematyki uzależnień: (...) *Więcej zrozumienia w społeczeństwie dla tych osób i ich problemów. To by ułatwiło [proces wychodzenia z nałogu]. Mogłoby ośmielić do zrobienia pierwszego kroku. Bo ty to widzisz, tu i tam, jesteś tego świadom. W takiej sytuacji wydaje mi się, że byłoby łatwiej wyzdrowieć.* (...) (sklepikarz, Sztokholm).

Dyskusja

Zastanawiający jest fakt, że to właśnie przedstawiciele systemu opieki zdrowotnej szacowali szanse na samowyleczenie najniżej wśród respondentów z Warszawy. Być może generalnie brak wiary w możliwości samodzielnego przezwycięzania nałogu wiąza się z medykacją zjawiska uzależnień i specyficzną perspektywą terapeutyczną: *Jest w końcu sporo przypadków, że ludzie bez żadnej terapii rzucili, skończyli z pić. (...) 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. Dlatego te 20%. Bo tych, co tylko nie piją, to jest dużo. Ale jak oni funkcjonują!? Jak oni się nakręcają! (kierownik poradni ambulatoryjnej leczenia alkoholizmu, Warszawa).

Być może w jakimś stopniu rozmowa o samowyleczeniach wywołuje poczucie zagrożenia. Jeden z frankfurckich przedstawicieli systemu opieki zdrowotnej po wysłuchaniu informacji o celach badania poprosił o wyłączenie dyktafonu i zapytał, czy badanie to ma na celu obniżenie funduszy przeznaczanych dla sektora lecznictwa. Dopiero po zapewnieniu ankieterki, że nie jest to celem badania, wywiad kontynuowano.

Kolejną z możliwych płaszczyzn interpretacji podaje Klingemann: (...) *perspektywa indywidualistyczna, która implikuje więcej wzmocnień i silniejsze poczucie własnej skuteczności stoi w sprzeczności z pozostałościami perspektywy kolektywistycznej, związanej z systemem, w którym państwo otaczało opieką swoich obywateli. Jeśli wartości te są podstawą reakcji lecznictwa na zjawisko uzależnienia, wówczas odrzuca ono ideę samoistnych wyzdrowień i związaną z nią filozofię opieki kroczącej. Myślę jednak, że zmiany strukturalne w polskim społeczeństwie związane z procesami transformacji oraz integracji z Unią Europejską, prawdopodobnie będą wpływać na politykę społeczną wobec problemu uzależnienia (...) i te jej elementy, które zagrażają zdrowiu publicznemu i tym samym utrudniają samoistne wyzdrowienia* (Żulewska-Sak 2004).

Podobne poglądy wyrażają również polscy autorzy: (...) *utrwalona w Polsce w okresie socjalizmu postawa roszczeniowa to przekonanie, że odpowiedzialność za zdrowie spoczywa na instytucjach państwowych i systemie formalnych usług lekarskich. Ten typ postaw, obejmujący nie tylko stosunek do zdrowia, został w ciągu niemal 50 lat silnie spetryfikowany w ludzkiej świadomości (...) Istotną zmianą w podejściu do zdrowia wydaje się upowszechnienie postawy „autokreacyjnej”. Wiąże się ona z przekonaniem, że jednostka sama odpowiedzialna jest za własny los* (...) (Piątkowski 2002b).

W badaniu jedną z grup respondentów są przedstawiciele systemu opieki zdrowotnej, inną tzw. *terapeuci dnia codziennego*, osoby, które z racji wykonywanego zawodowego, ale też nieformalnego kontaktu z wieloma osobami i ich problemami, pełnią tu funkcję informatorów. Ciekawa wydaje się hipoteza dotycząca potencjalnej roli terapeutów dnia codziennego we wspomaganiu procesu samowyleczeń. Co jeszcze bardziej fascynujące, oni sami siebie również postrzegają w tych kategoriach: *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, zmienilbym 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 niestychanej wrażliwości... (fryzjer, Bern).

Piątkowski pisze, że medycyna traci monopol na oferowanie świadczeń i usług zdrowotnych. W przypadku innych, niż uzależnienie, chorób zaledwie 9% polskich respondentów korzysta wyłącznie z porad lekarzy, natomiast ponad połowa badanych próbuje wyleczyć się własnymi siłami. Najczęstszym powodem braku kontaktu z instytucjami medycznymi jest przekonanie, że choroba jest niegroźna, brak zaufania do lekarza, brak czasu lub pieniędzy (Piątkowski 2002a).

Niektórzy respondenci rozważając ideę społeczeństwa sprzyjającego samowyleczeniom byli bardzo pesymistyczni: (...) *Wydaje mi się... czasem mam takie wrażenie... to brzmi trochę pesymistycznie – że w jakimś sensie jest już za późno. Każda cywilizacja ma swój punkt kulminacyjny, to brzmi okropnie, ale Egipcjanie, Rzymianie, potem jest już tylko gorzej... I w jakiś sposób, gdy patrzę na współczesny świat, co robimy z wodą, z powietrzem, ten egoizm... (policjant, Bern).* Jednak naszym zdaniem nie jest jeszcze za późno.

Ograniczenia badania

Projekt ten miał charakter pilotażowy, sondażowy, wobec tego badana grupa respondentów nie jest reprezentatywna. Nie możemy więc generalizować naszych wniosków na całość populacji, natomiast zdobyliśmy ogólny obraz różnego typu poglądów, opinii i przekonań dotyczących samoistnych wyzdrowień funkcjonujących w społeczeństwie.

Niestety wystąpiły różnice w realizacji badania, 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 wyklucza ilościową obróbkę tych danych.

Większość uzależnionych od narkotyków to osoby poniżej 30 roku życia, jednak w przypadku innych uzależnień (od alkoholu, tytoniu, hazardu czy zakupów) nie ma takich ograniczeń wiekowych. Wydaje się, że ograniczenie grupy wiekowej do osób od 30 do 50 roku życia nie było konieczne.

Wydaje się, że to przede wszystkim doświadczenie kontaktu z osobami uzależnionymi (lub nawet własna próba przezwycięzania nałogu) jest czynnikiem determinującym poglądy

respondentów na szanse osób uzależnionych na samowyleczenie. W tym sensie wykonywany zawód wpływa na te oszacowania właśnie w związku z profesjonalnym kontaktem z osobami uzależnionymi i problemami z jakimi się borykają. W badaniu zabrakło pytania o te doświadczenia.

Rekomendacje do przyszłych badań

Jak już wcześniej pisałyśmy temat ten nie był dotychczas wystarczająco eksplorowany w pracach badawczych w Polsce. Klingemann omawiając wyniki szwajcarskiej wersji SINR powiedział: *Na podstawie wyników jakościowej części tego projektu, planowana jest realizacja badania SINR w populacji generalnej. Chcielibyśmy uzyskać dane, które poddamy dyskusji w gronie międzynarodowym, nie tylko realizatorów projektu, ale również decydentów polityki społecznej w poszczególnych krajach oraz przedstawicieli praktyki. Rezultaty drugiego etapu SINR – jeśli uda się nam uzyskać dofinansowanie tego projektu – mają szansę pomóc w dostosowaniu przekazu społecznego do wyobrażeń i wartości, które funkcjonują w społeczeństwie. To mógłby być kolejny krok w kierunku tworzenia społeczeństwa sprzyjającego samoistnym wyzdrowieniom cechującego się mniejszą stygmatyzacją i większym wsparciem społecznym osób uzależnionych, podejmujących walkę ze swoim nałogiem* (Żulewska-Sak 2004). Badanie na próbie reprezentatywnej zrealizowano w Szwajcarii jesienią 2004 roku. Warto, aby strona polska również rozważyła przeprowadzenie porównywalnych badań.

Na podstawie jakościowej części badania SINR stworzyłyśmy przykładowe kategorie odpowiedzi, które mogłyby być wykorzystane w badaniu ankietowym w populacji generalnej (załącznik nr 6).

BIBLIOGRAFIA

Brodniak, W. A. (2000) *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*. Oficyna Naukowa, Warszawa.

Cunningham, J.A., Sobel, L.C., Sobel, M.B. (1998) Awareness of self-change as a pathway to recovery for alcohol abusers: results from five different groups. *Addict Behav.* 23 (3).

Drew, L.R.H. (1968) Alcoholism as a self-limiting disease. *Q J Stud Alcohol*, 29, 956-967.

Ginowicz, H. (2004) Hazardzista u psychoterapeuty – problem czy wyzwanie? *Świat Problemów*, 3 (134).

Klingemann, H., Sobell, L., Barker, J., Blomqvist, J., Cloud, W., Ellinstad, T., Finfgeld, D., Granfield, R., Hodgins, D., Hunt, G., Junker, C., Moggi, F., Peele, S., Smart, R., Sobell, M., Tucker, J. (2001) *Promoting Self-change from Problem Substance Use. Practical Implications for Policy, Prevention and Treatment*. Kluwer Academic Publishers.

Konecki, K. (2000) *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Piątkowski, W. (2002a) Lecznictwo niemedyce w społeczeństwie pluralistycznym. Wybrane aspekty socjologiczne. w: Barański J., Piątkowski, W. (red.) *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Oficyna wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław.

Piątkowski, W. (2002b) Zdrowie jako zjawisko społeczne. w: Barański J., Piątkowski, W. (red.) *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Oficyna wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław.

Sieczkowska, M. (2004) Hazardziści w trakcie leczenia i po terapii. *Świat Problemów*, 3 (134).

Siemaszko A. (1993) *Granice tolerancji*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Sierosławski, J. (2002) *Raport z badań ankietowych prowadzonych w 20002 roku „Warszawiacy a substancje psychoaktywne”*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

Sztompka, P. (2002) *Socjologia*. Wydawnictwo Znak, Kraków.

Światowa Organizacja Zdrowia (1997) *Leksykon terminów. Alkohol i Narkotyki*. Tłum. A. Bidziński, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

Świątkiewicz G. (1996) Wpływ programu na postawy badanych społeczności – ankietowe badania populacyjne. w: Moskalewicz J. (red.) *Program zapobiegania narkomanii „ODLOT”*. Raport końcowy. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

Taranowicz, I. (2002) Rola społeczna chorego. w: Barański J., Piątkowski, W. (red.) *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Oficyna wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław.

Thurmond, V.A. (2001) The point of triangulation. *Journal of Nursing Scholarship*, 3 (33), 253-358.

Titkow, A. (1976) Społeczne zróżnicowanie zachowań medycznych mieszkańców Warszawy. w: Sokołowska, M., Hołówka, J., Ostrowska, A. (red.) *Socjologia a zdrowie*. Warszawa.

Żulewska-Sak, J., Dąbrowska, K. (2003) *Raport z badań Percepcja społeczna samodzielnych prób przezwyciężania uzależnienia*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, www.kbpn.gov.pl

Żulewska-Sak, J. (2004) Ku społeczeństwu sprzyjającemu samoistnym wyzdrowieniom. Rozmowa z prof. dr Haraldem Klingemannem, *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 4 (37), 17.

ZAŁĄCZNIKI

Załącznik nr 1a: Kwestionariusz wywiadu – wersja angielska

Introduction:

The University/School of ... is conducting a study about whether people think it is possible to quit an addictive behaviour without treatment. We would appreciate your views on; the interview will take maximum of 10 minutes of your time. If you don't mind we would like to tape record this. All the material will be handled confidentially and be used for scientific purposes only.

Could you please indicate your age first?

Can we start now?

(1a) How do you rate chances that people who are addicted can change on their own without professional help on a scale from 0 percent to 100 percent?

0 percent meaning 'impossible' and 100 meaning 'that this is for sure possible'

(1b) Could you give some reason for your estimate? (open ended, please note)

(2) Do you think that people's chances to quit differ by type of addiction?

if no: please explain why (proceed with question 3)

if yes, please rate the following types of addictions again on a scale from 0 percent to 100 percent and give a short comment on each rating please

2.1 cannabis abuse	comment
2.2 heroin abuse	comment
2.3 cocaine abuse	comment
2.4 tobacco abuse	comment
2.5 alcohol abuse	comment
2.6 compulsive shopping	comment
2.7 pathological gambling	comment

(3) What do you think are the most important barriers which keep people from solving their problem?

(4) What possibilities do you see to improve chances for people to quit on their own without professional help?

Thanks again for your help. Do you mind if I take your photograph? It might be useful to illustrate the research report and make it more lively. If you want to, we will ask your permission again prior to publication.

If you like a print of your picture and information about the results of the study, please say so and where to send these to.

Załącznik nr 1b: Kwestionariusz wywiadu – wersja polska

PERCEPCJA SPOŁECZNA SAMODZIELNYCH PRÓB PRZEZWYCIĘŻANIA UZALEŻNIENIA

KWESTIONARIUSZ WYWIADU

(Instrukcja dla ankietera: sprawdź dyktafon, również baterie; używaj nowej kasy do każdego wywiadu; zanotuj czas rozpoczęcia wywiadu.)

GODZINA ROZPOCZĘCIA WYWIADU:

Nazywam się i jestem ankieterką Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Instytut we współpracy z Krajowym Biurem do spraw Przeciwdziałania Narkomanii realizuje międzynarodowe badania, których celem jest poznanie poglądów na temat możliwości przezwyciężenia uzależnienia bez pomocy specjalistów.

Jesteśmy zainteresowani Pana poglądami na ten temat. Wywiad zajmie nam 10-15 minut i jeżeli nie ma Pan nic przeciwko temu, będzie nagrywany na dyktafon. Wszystkie nagrania będą przechowywane w bezpiecznym miejscu i używane jedynie do celów naukowych. Badania są w pełni anonimowe, a ich wyniki przedstawione będą w sposób uniemożliwiający identyfikację osób, z którymi przeprowadzamy wywiady.

(Instrukcja dla ankietera: jeśli respondent się nie zgadza, notuj starannie i dosłownie wypowiedzi respondenta.)

Czy mógłby mi Pan powiedzieć, ile ma Pan lat?

(Instrukcja dla ankietera: zanotuj wiek respondenta - jeśli respondent nie mieści się w przedziale wiekowym 30-50 lat kończymy wywiad.)

WIEK:

Czy możemy rozpocząć wywiad?

(Instrukcja dla ankietera: postaraj się znaleźć ciche i spokojne miejsce, włącz dyktafon.)

1a. Jak ocenia Pan szanse, że ludzie, którzy są uzależnieni mogą poradzić sobie z nalogiem samodzielnie, bez pomocy specjalistów (terapeutów, lekarzy)?

Proszę ocenić to na skali od 0 do 100%, gdzie 0 oznacza, że jest to niemożliwe, a 100%, że jest to z całą pewnością możliwe. (KARTA)

(Instrukcja dla ankietera: podaj kartę, zanotuj odpowiedź, upewnij się, że respondent zrozumiał sposób szacowania)

1b. Czy mógłby Pan uzasadnić, dlaczego ocenia Pan te szanse w taki sposób?

2. Czy według Pana, szanse na samodzielne wyjście z uzależnienia różnią się w zależności od tego, od czego dana osoba jest uzależniona?

jeśli nie: **Dlaczego Pan tak uważa?**

(Instrukcja dla ankietera: przechodzisz do pytania nr 3)

jeśli tak:

Proszę oszacować prawdopodobieństwo samodzielnego przezwycięzania uzależnienia na skali od 0% do 100% dla następujących substancji lub zachowań. (KARTA) Proszę też o krótkie uzasadnienie każdego z wyborów.

(Instrukcja dla ankietera: podaj kartę)

2.1 uzależnienie od marihuany/haszyszu

komentarz: **Jak Pan to uzasadnia?**

2.2 uzależnienie od heroiny

komentarz: **Jak Pan to uzasadnia?**

2.3 uzależnienie od kokainy

komentarz: **Jak Pan to uzasadnia?**

2.4 uzależnienie od nikotyny

komentarz: **Jak Pan to uzasadnia?**

2.5 uzależnienie od alkoholu

komentarz: **Jak Pan to uzasadnia?**

2.6 uzależnienie od robienia zakupów

komentarz: **Jak Pan to uzasadnia?**

2.7 uzależnienie od hazardu

komentarz: **Jak Pan to uzasadnia?**

3. Jakie są według Pana najważniejsze przeszkody powstrzymujące ludzi od samodzielnego poradzenia sobie z tymi problemami?

4. Co według Pana, mogłoby zwiększyć szanse osób, które próbują wyjść z uzależnienia samodzielnie, bez pomocy specjalistów?

Bardzo dziękuję za wywiad. W badaniu tym wykonujemy zdjęcia w miejscu pracy osoby biorącej udział w wywiadzie. Posłużą one wyłącznie ilustracji raportu z badań. Czy mogę zrobić Panu zdjęcie? (Instrukcja dla ankietera: jeśli respondent się zgadza robimy zdjęcie.)

Jeśli chciałby Pan otrzymać odbitkę zdjęcia i informację o wynikach badania, proszę podać adres lub inny rodzaj kontaktu z Panem. (Instrukcja dla ankietera: jeśli respondent chce tego, zanotuj kontakt.)

Jeśli życzy sobie Pan tego, Instytut zwróci się do Pana o ponowną zgodę na wykorzystanie zdjęć, w przypadku ewentualnej publikacji. Proszę podać adres lub inny rodzaj kontaktu z Panem. (Instrukcja dla ankietera: jeśli respondent chce tego, zanotuj kontakt, jeśli nie chce, poproś o podpis na formularzu zgody.)

Załącznik nr 2: Kontekst sytuacyjny – Warszawa

Ogólna charakterystyka i problemy społeczne miasta

Warszawa - stolica Polski i największe miasto kraju (1 700 tys. mieszkańców). Warszawa jest siedzibą parlamentu, prezydenta i władz centralnych. Jest to ważny ośrodek naukowy, kulturalny, polityczny i gospodarczy Polski. Mieści się tu kilkanaście uczelni wyższych (w tym Uniwersytet Warszawski), Polska Akademia Nauk i wiele instytutów resortowych. Studenci stanowią blisko 16% ogółu ludności Warszawy. W 2002 roku Warszawę odwiedziło 2.510.000 turystów, głównie z Niemiec (610 000), Ukrainy (310 000), Białorusi (240 000) i Rosji (190 000), Ameryki Północnej (120 000). Stopa bezrobocia dla Warszawy 6,1% (listopad 2003), dla porównania stopa bezrobocia dla całego kraju wynosiła 19,3% w tym samym okresie.

Tu mają siedzibę dwie agendy rządowe zajmujące się problematyką uzależnień – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Waga i widoczność problemów związanych z uzależnieniem w skali lokalnej

Widoczność takich problemów społecznych jak narkomania, czy alkoholizm jest w Warszawie stosunkowo wysoka. W badaniach prowadzonych w 2002 na reprezentatywnej próbie mieszkańców miasta (powyżej 16 roku życia) pytano o najważniejszy w skali lokalnej, problem społeczny. Respondenci wybierali spośród 14 problemów: przestępczość gospodarcza, przestępczość pospolita, narkomania, zanieczyszczenie środowiska, alkoholizm, kryzys moralny, zły stan zdrowia społeczeństwa, spadek stopy życiowej, sytuacja mieszkaniowa, przemoc w rodzinie, przemoc i agresja na ulicach, picie przez młodzież, bezrobocie, AIDS. Najważniejszym problemem w Warszawie było bezrobocie, przestępczość pospolita i gospodarcza oraz przemoc i agresja na ulicach. Problem narkomanii zajął piąte miejsce w rankingu, natomiast problem alkoholizmu ósme (Sierosławski 2002). 64,% dorosłych warszawiaków uważa, że narkoman jest przede wszystkim człowiekiem chorym, 15,6%, że jest to człowiek nieszczęśliwy, 5,7% wybrało określenie „niebieski ptak, pasożyt społeczny”. W związku z tym 75,5% uważa, że powinno się ich leczyć, 14,9% przede wszystkim otoczyłoby ich opieką, udzieliło im pomocy, natomiast 5,9% twierdzi, że narkomani powinni być izolowani od społeczeństwa.

Dostępność poszczególnych substancji i możliwości uprawiania hazardu w mieście

Dziewięciu z 10 dorosłych warszawiaków zna takie substancje psychoaktywne jak marihuana, haszysz, heroina czy kokaina. 15,5% uważa że dostępność przetworów konopi indyjskich jest bardzo wysoka, 7,5% identycznie ocenia dostępność heroiny i kokainy. Odsetki dorosłych w wieku 18-50 lat, którzy używali narkotyków kiedykolwiek w życiu i w czasie ostatnich 12 miesięcy są znacznie wyższe w Warszawie niż średnio w kraju.

	Kiedykolwiek w życiu		W czasie ostatnich 12 miesięcy	
	1997	2002	1997	2002
Marihuana lub haszysz	19,5%	25,1%	8,9%	10,1%
Kokaina	2,5%	3,4%	1,7%	1,6%
Heroina	1,8%	0,8%	1,1%	0,0%

Średnie spożycie napojów alkoholowych (w litrach 100% alkoholu) w Warszawie w 2002 roku wynosiło 4,06 (średnia krajowa 3,67) – dla mężczyzn było wyższe – 6,12, dla kobiet wynosiło 2,18. Odsetek osób, które nie piją alkoholu wynosił dla Warszawy 9,8% (średnia krajowa 15,4%). Odsetek warszawiaków z tzw. grupy ryzyka (konsumpcja roczna powyżej 10 litrów alkoholu w przypadku mężczyzn i 7,5 litra w przypadku kobiet) wynosił 12% (Polska 9,1%) - wśród mężczyzn 16,9%, wśród kobiet 7,5%.

Najczęściej spotykane w Polsce gry hazardowe to granie na utomatach, bingo, ruletka, wyścigi konne zakłady bukmacherskie. Wszystkie te formy gier hazardowych dostępne są w Warszawie. Pomocy profesjonalnej szukają przede wszystkim gracze na automatach, są to głównie mężczyźni (Ginowicz 2004).

Dostępność leczenia uzależnień oraz innych form pomocy

Warszawska oferta terapeutyczna dla osób doświadczających problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych wydaje się szczególnie szeroka i zróżnicowana w zależności od potrzeb. Na terenie miasta funkcjonuje kilka telefonów zaufania oraz kilkadziesiąt placówek ambulatoryjnych prowadzących działalność zarówno edukacyjno-informacyjną (poradnictwo, konsultacje medyczne i prawne) jak też terapeutyczną (psychoterapia indywidualna bądź grupowa). Pomoc udzielana jest dzieciom, młodzieży i dorosłym doświadczającym problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, oraz rodzinom tych osób. Niektóre placówki oferują programy z zakresu redukcji szkód: programy metadonowe, program wymiany igieł i strzykawek, możliwość wykonania testu umożliwiającego rozpoznanie dostarczonej substancji oraz badań na obecność wirusa HIV. W kilku miejscach istnieje możliwość detoksykacji jak też podjęcia terapii krótko- lub długoterminowej w ośrodku stacjonarnym. Kwestia uzależnienia od hazardu czy kompulsywanego robienia zakupów nie jest częścią debaty publicznej dotyczącej uzależnień. Osoby uzależnione od hazardu uzyskują pomoc w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu.

Miejska polityka społeczna wobec problemu uzależnień

Biuro Polityki Społecznej (Wydział do spraw Uzależnień) Urzędu Miasta koordynuje wiele działań prowadzonych w stolicy przez organizacje pozarządowe, jak również wspiera profesjonalną sieć leczenia. Podejmowane są starania zmierzające do tego, aby realizowane przez miasto działania w zakresie opieki nad osobami uzależnionymi miały charakter systemowy. Dużą wagę przypisuje się do diagnozy zjawiska i znajomości sytuacji epidemiologicznej w mieście.

Izba wytrzeźwień

Warszawska Izba Wytrzeźwień to największa tego typu placówka w Polsce, powstała 15 maja 1956 roku. W roku 2002 zatrzymano ponad 37 000 osób, o 62% więcej niż w roku 1993. Zdecydowana większość, bo aż 92% zatrzymanych w ubiegłym roku to pełnoletni mężczyźni, nieco ponad 7% zatrzymanych to pełnoletnie kobiety, nieletni stanowią niespełna 1% ogółu zatrzymań. Osoby, które w 2002 roku pojawiały się w Izbie trzy lub więcej razy roku stanowiły 18% ogółu zatrzymanych, w 1993 roku odsetek ten wynosił 5 %, czyli 3,3 raza mniej. Może to świadczyć o pogłębiającej się marginalizacji osób nadużywających alkoholu. Większość zatrzymanych w izbie stanowią bezrobotni (w 2002 r. 76%). Jeśli brać pod uwagę okoliczności zatrzymania to w 2002 r. 30% zatrzymań związanych było ze spaniem na ławce, ulicy itp., 26% z zakłóceniem ładu i porządku społecznego, 24% z przemocą domową.

Kampanie prewencyjne oraz wydarzenia medialne w okresie realizacji badania

Polityka społeczna wobec uzależnień

Pod koniec 2002 roku Minister Finansów podjął decyzję o obniżeniu podatku akcyzowego na wyroby spirytusowe. Spowodowało to obniżenie cen napojów spirytusowych, a następnie skokowy wzrost o 25% średniego spożycia napojów spirytusowych. Na podstawie badań przeprowadzonych na zlecenie PARPA przez Sopocką Pracownię Badań Społecznych stwierdzono także, że wzrost konsumpcji napojów spirytusowych miał bezpośredni wpływ na zmianę struktury spożycia. Odnotowano wyraźny wzrost udziału napojów spirytusowych w ogólnej strukturze konsumpcji alkoholu (z 39% w 2002 roku do 44% w roku 2003) i jednoczesny spadek udziału piwa w ogólnym spożyciu alkoholu (z 52% w roku 2002 do 48% w roku 2003). Największy wzrost spożycia zanotowano wśród tej grupy osób, które piją najwięcej – ponad 12 litrów czystego alkoholu rocznie. W ciągu roku (od czerwca 2002 do czerwca 2003) populacja ta zwiększyła się o ponad 1/3 (o 35%).

Polska ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku w momencie uchwalenia uchodziła za jedną z nowocześniejszych w Europie. Przeszła jednak kilka nowelizacji, w tym jedną w październiku 2000 r., która zmieniła liberalną, spójną ustawę w akt prawny o charakterze restrykcyjnym. Wówczas karalne stało się posiadanie nawet najmniejszych ilości narkotyku na własny użytek. Założeniem legislacyjnym tej zmiany było poprawienie skuteczności w ściganiu drobnych handlarzy narkotyków.

Kampanie medialne

Ogólnopolska kampania profilaktyczno-edukacyjna pod hasłem "Nie truj się" (2003) została przygotowana z inicjatywy sejmowej Komisji Zdrowia przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Centrum Onkologii - Instytut. Jest to pierwsze tego rodzaju przedsięwzięcie adresowane do młodzieży, w którym organizatorzy starają się zwrócić uwagę młodych ludzi nie tylko na szkody zdrowotne i społeczne spowodowane piciem alkoholu i paleniem papierosów, ale również na ryzyko związane z obecnością tych substancji w codziennym życiu oraz ich "chemiczną naturę".

W lipcu 2003 ruszyła ogólnopolska społeczna kampania edukacyjna pod hasłem „Alkohol – nieletnim dostęp wzbroniony”. Miała na celu zmniejszenie rozmiarów zjawiska sprzedaży alkoholu nieletnim oraz zmianę postaw sprzedawców i świadków sprzedaży w tej kwestii. Dotychczasowe doświadczenia i obserwacje pokazują, że sprzedaż alkoholu nieletnim to wciąż zjawisko zbyt częste. Zgodnie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi jest to przestępstwo, za które grozi: kara grzywny, utrata zezwolenia na sprzedaż alkoholu lub przepadek napojów alkoholowych. Adresatami kampanii byli m.in.: sprzedawcy i właściciele sklepów oraz punktów prowadzących sprzedaż napojów alkoholowych do spożycia na miejscu – restauracji, pubów i kawiarni. Odbiorcami kampanii są również świadkowie sprzedaży. Organizatorom kampanii zależy, aby dorośli reagowali, gdy widzą nastolatków, którym sprzedawany jest alkohol.

Ogólnopolska kampania antynarkotykowa „Narkotyki najlepsze wyjście nie wchodzi” – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (2003). *NARKOTYKI – SZCZEGÓŁY I DEALERA. Antynarkotykowy telefon zaufania. Ktoś cię namawia do wzięcia narkotyku... Szukasz pomocy dla siebie lub kumpla... Nie masz z kim o tym porozmawiać... Zadzwoń.* Kartka pocztowa o charakterze profilaktycznym reklamująca Antynarkotykowy Telefon Zaufania dla młodzieży. Rozpowszechniana poprzez sieć dystrybucji w pubach, dyskotekach i kinach całego kraju.

Kampania społeczna „Porozmawiaj o AIDS. Przeszłość bywa groźna” (sierpień 2003) miała na celu poinformowanie o zagrożeniu zakażeniem HIV/AIDS oraz o potrzebie wykonywania testów na obecność wirusa HIV. Grupę celową kampanii stanowili kobiety i mężczyźni w wieku 18-39 lat,

będący w stałym związku partnerskim formalnym i nieformalnym. Kampania zachęcała do rozmowy z partnerem o dotychczasowym życiu seksualnym i o zagrożeniu zakażeniem HIV/AIDS oraz namawia do wykonania testu na obecność wirusa HIV.

Justyna Żulewska-Sak (November 2003)
Department of Studies on Alcohol and Drug Dependence
Institute of Psychiatry and Neurology

Zał. nr 3: Kontekst sytuacyjny – Bern

General characteristics and social problems of the participating city

Bern is the capital of Switzerland and the administrative centre of the country. However, as to size, international and economic importance, it ranks after Geneva and Zurich. In the year 2003, Bern had a population of 127'519 inhabitants (47 % male); 21 % of the population are foreigners (equals roughly the national average), 66% are between 20 and 64 years old; 19% are 65 years old or older. The unemployment rate amounts to 4.3% (June 2004) with great differences between various neighbourhoods (ranging between 1.5% and 8%). Since January 2003 (3.9% unemployed), the jobless rate is on the rise continuously and has reached a peak in February 2004 (4.9%) after which it has been declining again. An estimated 11% of the city population is on some kind of welfare or lives below the minimum level of income. The political makeup of the city follows more or less trends in other Swiss cities: A split between city quarters which vote mainly 'red-green' and working class dominated city districts which previously were strongholds of the social democrats now have drifted to the political right. Voting shares in distributes as follows: 18.5% (right wing) Swiss Peoples Party (SVP), 34% Social Democrats, 18.1% Liberals, 4.1 % Christian Peoples Party (CVP) and 14% Green Party (2003 elections).

Local importance and visibility of addiction problems

Alcohol and other illicit 'hard' drugs. Every year, the citizens of the city of Bern are surveyed and list the most pressing problems of the city. In the 2004-survey pollution, vandalism and spraying buildings topped the list. Drug and alcohol problems rank occupy the third rank, just slightly above crime and night time safety issues. Communal policies dealing with marginalized groups in the city play a major role during the municipal elections in November 2004. This comes somewhat as a surprise, considering that the situation nowadays is much more relaxed, compared to the situation 12 years ago, when about 200 to 500 people lived at the open drug scenes, such as the (Kocher) needle park or 6 years ago, when about 100 drug users lived at the semi-open drug scene in the vicinity of the main railroad station. Taken together, public tolerance toward marginalized social groups has declined. Citizens have become used to small drug scenes with about 30 drug users or 40 alcohol abusers. These groups do not form a coherent subculture and often don't mix but distance themselves from each other. In most cases, their health status is not precarious or life threatening but critical as surveys have shown. Most live in an apartment and receive a pension, draw an invalid compensation or receive welfare.

Objective access, opportunity structure

In the canton (state) of Bern, restaurants and bars have to close by 0.30 the latest; at the same time they may receive a special permit for extended opening hours until 3.30; after hours cannot start before 5.00 with only one exception in Bern (Club 'Dead End' from 0.00 – 6.00) . Marginalized groups people fluctuate between living in the street, psychiatric facilities and prison, because less and less tolerated public space and possibilities to retreat are available to them.

Cannabis. The narcotics statistics showed a prevalence rate of 3.5 individuals per 1000 inhabitants which is low compared to the French speaking part of Switzerland and about average compared to the remaining part of German speaking Switzerland. On a more general note, a normalization of the public attitude toward cannabis consumption seems to be under way. In 2002, Bern counted 20 shops which sold hemp products and one can assume a comparable dark figure.

Tobacco smoking. Nine out of 26 cantons have implemented smoking restriction within public buildings. In the restaurant and bar business non smoker sections have to be defined, but only, when the conditions of the workplace and the firm make it feasible.

Gambling. According to the only Swiss survey on the prevalence of pathological gambling in Switzerland, the prevalence rate is situated at 0.8% for compulsive gamblers and at 2.2 % for problem gamblers. A survey on the local level in Bern, conducted in 27 school classes (8th to 10th grades) showed, that only 8% had gambled during the preceding two months and most of those gamblers mainly a few times per month (Institute of Social and Preventive Medicine, Berne). The canton of Bern has still a great number of gambling machines in restaurants and pubs contrary to other cantons where a total ban of gambling machines is already in effect since 2000 (for Bern a five year transition period has been granted to the restaurant owners and the industry). In July 2002 opened a Grand Casino (one of seven in Switzerland after the revision of the law) with unlimited possibilities stakes for gambling.

Local response to addiction problems

Alcohol and illicit 'hard' drugs. The situation for marginalized groups in the city of Bern has become more precarious due to a lack of possibilities to retreat and be accepted and tolerated in defined public places. Therefore more and more people spend according to a regular pattern and as part of an informal routine, time in psychiatric institutions or in prison. For a period of four years legal provisions (Lex Wasserfallen named after a conservative municipal city council member) and measures enable the local police to dissolve groups disturbing 'the public order'. Consequently about 800 administrative measures/sanctions and 1000 notifications per year have been handed down. The inclusion of the railroad station as a public space and therefore (?) subject to similar regulations has been blocked so far by the court.

Bern has one night shelter and a school pupil initiative distributes every Sunday free meals in front of the train station (thorough the week cheap meals in the night shelter). Street work is supported by the church and a municipal drop in is available. The Salvation Army, a foundation and a private association run additional shelters. 10 institutions/programs cover a broad range of accommodation facilities for the mentally ill, addicts and released prisoners such as individual housing, homes or collective housing with social assistance. The offer of therapy and counselling programs for alcohol and drug dependent people in Bern is quite comprehensive. The city of Bern has officially listed 12 institutions which offer counselling and help in various forms. This offer is complemented by three self-help organisations and 10 prevention programs. Finally 9 work rehabilitation programs are available. The most prominent organisation active in many areas is called Contact Netz (contact net).

Cannabis. In the year 2002 three shops which offered hemp products had to be closed after police controls. To improve the situation hemp shop owners founded an association (joint interest association of the hemp shops of the city of Bern, IGHSB), which agreed on a joint code of conduct after negotiations with city authorities. Since August 2002 the association is also cooperating with Contact Netz in prevention matters.

Tobacco, smoking. Smoking problems and prevention activities are not addressed on the communal level but are included in cantonal or federal policies only. The campaign to support dissonant smokers who want to stop, is implemented in Bern by the counselling network "Bernese Health" (Berne Gesundheit).

Gambling. In 1993 a popular vote eliminated the casino ban and in 2002/2003 regular casinos started operating. In Bern, which has received the license for one of the seven Grand Casinos, the demand for counselling by compulsive gamblers has increased significantly since this liberalisation.

This can be shown by the number of new cases handled by the “Bernese Health” counselling network which is the only one addressing this problem group. A close cooperation with the association for debt counselling is part of this scheme.

Communal control policies

Alcohol, tobacco and illicit hard drugs. Even though the city government has a red-green majority, drug policy measures bear the imprint of individual council members sympathising more with a more repressive approach. The policy toward marginalized groups will be a hot issue during the upcoming municipal elections in November 2004. Different attitudes cross traditional party lines. The municipal social services want to take up again proactive street work with the PINTO program (prevention-intervention-tolerance) which will be discussed before the next elections in the city council. Intervention teams will provide assistance and counselling but also enforce discipline. There seems to be broad support for this project. Under discussion is the opening of a low-threshold program for alcohol dependents and longer opening hours for the drop in for addicts which closes right now already by 21.30.

The city council has also accepted two political motions to ban commercials for tobacco and alcohol on communal ground. Currently a law on this is being drafted.

Cannabis. In July 2004, 16 members of the city council made a symbolically significant move by declaring publicly their solidarity with two cannabis users. At the same time they admitted having used cannabis themselves. Right wing parties reacted immediately and questioned the bad model behaviour of politicians.

Addiction-related reports and critical incidents in the media

The interviews for the SINR project have been conducted in Bern city from the 20 March to the 25 July 2003. During this period of time the following media reports dealt with addiction issues:

March 2003:

- The lower chamber of the national parliament agrees with lowering the blood alcohol level when driving from 0.8 to 0.5 (Der Bund, 6. and 7. March 03)
- Suggestion of the parliament commission to liberalise cannabis consumption (Der Bund, 29. March 2003)

April 2003:

- Start of the bill campaign ‘drink or drive’ of the Swiss Traffic Security Council (VSR)
- Start of the Stop-AIDS campaign 2003 (28 April 2004)

June 2003:

- Launch of the campaign ‘Smoking harms ..’ 2003 by the Swiss Federal Office of Public Health (BAG)
- Survey on politicians’ attitudes towards the de-criminalisation of cannabis conducted by the weekly journal FACTS

Another potential influence on the interviewees reactions – at least theoretically – could be linked to the broad discussion in political bodies and the media of the possibility to liberalise cannabis.

Prof. Dr Harald Klingemann (October 2004)
Institute for Social Planning and Social Management
University of Applied Sciences Berne - School of Social Work

Zał. nr 4: Kontekst sytuacyjny – Sztokholm

General characteristics and social problems of the participating city

Stockholm is the capital of Sweden and the country's by far largest city with a bit more than 760.000 inhabitants. Of these 64 % are between 20 and 64 years old, 15 % are 65 and older and 21 % are below 20 years. About 21 % of the population are foreign citizens and/or born in foreign countries. The unemployment rate is 3,6 % of the population aged 20 – 64 years (September 2004), which is less than the average for the country. Almost half of the adult population have some form of high school education, which is higher than the average for Sweden, and largely reflects the structure of the city's work life. The percentage of the adult population who were on social allowance was 5,6 % in 2003, but the figure has varied over the past years. Stockholm is divided into 18 city districts and increasing segregation among these is a concern. For example, the unemployment rate varies between 2,3 % and 5,4 %, the proportion of inhabitants with a foreign background between 12,7 % and 47, 9 % and the share of people on social allowance between 2,7 % and 27,7 %. Generally, the inner districts are the wealthiest and the outer suburbs the poorest. Politically, Stockholm is presently run by a coalition between the Social Democrats, the Leftist party and the Greens, but the pattern is that there is a shift of power between the major political blocks almost every election. In the last election, in 2002, the Leftist party got 11,2 % of the votes, the Social democrats 32,1 %, and the Greens 5,3 %. On the bourgeois side, the Liberals got 15,8 % of the votes, the Moderate party (right-wing) 26,0 %, the Christian democrats 4,4 % and the Centre party (former farmer's party) 1,3 %. On the whole the political situation in Stockholm is slightly more polarised than in the rest of Sweden. Geographically, the voting pattern follows the socio-economic pattern of the city.

Local importance and visibility of addiction problems.

Concerns about drinking and drug problems have traditionally been high on the agenda in Sweden. Although Sweden's approach to narcotic drugs is probably the toughest in Europe, the trade goes on relatively openly in the inner city as well as in certain suburbs. As concerns alcohol, Sweden's accession to the EU has meant the end to the country's traditional restrictive policy, and consumption, as well as various alcohol related problems have increased considerably during the past years. For example, there has been an increasing concern over alcohol and violence in and around pubs and restaurants. Traditionally, Sweden has spent larger resources than most countries on various forms of care for people afflicted by addiction problems and similar ailments. Even if this is probably still true, the recession of the early 1990s meant considerable cuts in these budgets, which means that these problems have become more visible than before. For example, beggars and homeless people selling Situation Stockholm (the Swedish version of Big Issue) are phenomena that have appeared in the street scene over the past five or ten years.

Objective access, opportunity structure etc.

As concerns alcohol, Sweden's traditional import restrictions have gradually been lifted since the country's accession to the EU, meaning that the overall consumption of alcohol has increased from about 7,5 litres of pure alcohol per year and person over 15 years in the mid 1990s to about ten litres today. At the same time the proportion of this consumption that concerns alcohol sold by the still existing state monopoly for retail is rapidly decreasing. As for Stockholm, the close ferry connections with Finland and the Baltic states plays a significant role in private alcohol import. In addition, Swedish taxes have been reduced and further reductions are discussed in an effort to "save" the retail

monopoly. Together with longer opening hours this means that the availability of alcohol has generally increased.

As for narcotic drugs, Sweden makes no difference between “soft” and “hard” drugs², and has a harsh attitude towards all narcotics classified substances. A major drug crime may be punished by ten years’ imprisonment which can add to more by combining several penalties. Not only possession for personal use but drug use in itself may actually be punished by six months’ imprisonment. Nonetheless, the number of experimental as well as “heavy” drug misusers have increased in Sweden during the 1990s. According to official statistics Sweden had in 1998 about 26,000 heavy drug misusers (intravenous and/or daily use), whereof about 5,000 in Stockholm. In addition, since the EU-membership has made customs control more difficult, the availability of illicit drugs is reported to be high, an prices comparatively low.

As concerns smoking, a combination of high taxes and state campaigns has meant that the proportion of smokers has decreased from around one third of the adult population in the beginning of the 1980s to less than 20 % in 2003 (almost equal proportions of men and women). Part of this development may be explained by increasing use of “snus” (snuff), that is used orally. Public transportations as well as most workplaces are smoke free, and from July 1 in 2005 all pubs, bars, restaurants and similar enterprises will have to be smoke free according to a new legislation.

Gambling is often depicted as a new and increasing problem in Sweden, although swedes have traditionally had a strong interest in the pools and betting on horses. Gambling is a state monopoly in Sweden, but today this is circumvented by gambling on the Internet. Partly to meet international competition, Sweden has, during the past few years, opened a number of state casinos, one of which is placed in Stockholm. There have been increasing concerns about this, and a growing number of private treatment centres are demanding that a larger part of the state’s revenues from gambling is spent on treatment. According to some sources there are about 300,000 dependent gamblers in Sweden at present.

Local response to addiction problems

The care and treatment of people with addiction problems in Sweden differs in a number of respects from the situation in most other countries. For one thing, Sweden has traditionally spent more resources in this area than most, even if the resources have decreased since the early 1990s. Secondly, the main responsibility for handling these problems lies with the municipal social services, even if the regional health care system is responsible for tending to medical and psychiatric complications, and also offers a number of treatment programs. Third, addiction care in Sweden has traditionally relied on inpatient care, often for extended periods (several months or even a year), even if there is a growing tendency, partly for financial reasons, to use outpatient alternatives. According to official statistics, during 2003 almost 2,000 addicts in Stockholm were referred by the social services to shelters or other living facilities, about 1,600 were given various forms of outpatient care, about 1,700 were referred to various treatment homes, and slightly less than 150 were cared for in families. In addition, around 100 addicts from Stockholm are each year sentenced to coercive care. There is also a larger number of voluntary organisations who, with financial support from the city, offers overnight shelters, protected living, day care etc. to various marginalised groups, often with addiction problems.

² Traditionally, central stimulants have – together with cannabis - been the main narcotic drug in Sweden, but heroin has over the years become more and more common

Communal control policies

The city runs a couple of relatively large prevention programs, aimed at stopping young people from drinking, using drugs and engaging in criminality. One is predominantly aimed at teaching school staff and parents effective methods for dealing with these issues, the other is aimed at stopping sales of beer and tobacco to under-aged, and to prevent over-serving in pubs, bars and restaurants. Surveillance of alcohol serving is also a municipal duty, and permits can be withdrawn if irregularities are revealed. There have also been a number of anti-drug projects in co-operation between the social services and the police, aimed at striking at drug use in particularly afflicted city districts, stopping sales and persuading and/or forcing users into treatment.

Addiction-related reports and critical incidents in the media.

Generally, issues concerning addiction problems, homelessness and psychiatric problems have been high on the agenda for public discussions and media attention during the past couple of years. Sweden's gradual abandonment of the traditional restrictive alcohol policy has caused much concern, accentuated by a bribe scandal within the state monopoly retail company. At the same time as alcohol policy has become more and more liberal, a national campaign – Mobilisation against drugs – has been launched by government to strengthen Sweden's restrictive – and according to many critics repressive – drug policy. A number of violent acts – in Stockholm and other places – by persons with combined psychiatric and addiction problems, including the murders of Sweden's foreign secretary, Anna Lind, has directed attention to deficiencies in the care system, and the government has recently promised increased resources both to psychiatric care and addiction care. Finally, some spectacular actions by an organisation for the homeless reached much media attention during Spring 2004, when the SINR interviews were performed (April).

Prof. Jan Blomqvist
Research and Development Unit
Social Services Administration

Załącznik nr 5: Kontekst sytuacyjny – Frankfurt

General information on the participant city – social problems

Frankfurt is the largest city of the federal state Hesse (city zone: 650,000 inhabitants; Frankfurt metropolitan area: 1.6 million). The proportion of foreigners amounts to 26%.

In 2002 a total of 40,000 people received subsistence aid (23,000 Germans, 17,000 foreigners, 21,000 women, 19,000 men). Frankfurt's gross expenditure on social security in 2002 totaled 294,792,000 euro.

In the year 2002 a total of 99,864 criminal offences were committed, with property offences leading the statistics with 47,000 criminal acts. At present the Frankfurt administration consists of a coalition of CDU, SPD, GRÜNE and FDP. The city mayor is Petra Roth (CDU).

Presence and local visibility of addiction issues

Every November the Bürgeramt Statistik und Wahlen (Department of Statistics and Elections) conducts a survey among Frankfurt's inhabitants with the intention of identifying what the city's biggest problems are from the point of view of its inhabitants. Whereas in the early 1990s the issue "drugs" occupied the second place, in 2003 it was ranked at place 10 (4% of the population identified the problem as particularly pressing). Compared with the early 1990s, the inhabitants of Frankfurt no longer see the drug issue as affecting the life of the community as much as for instance traffic, crime, public security, the city's financial problems, or the housing market. In the early 1990s the open drug scene was eliminated, which on weekends had previously attracted nearly 1,000 drug users and dealers to the centrally located city park. Since then, the open scene has largely shrunk to a few areas in direct proximity of the Central Station. The present open scene consists of around 150 to 200 drug users.

In the year 2002 there were 4,044 registered drug addicts in Frankfurt. International estimates indicate that a double number of registered drug addicts should be taken into account, i.e. around 8,000 drug addicts should be assumed to live in Frankfurt. The vast majority of drug addicts (2,360) display a polytoxicomaniac pattern of consumption. In Frankfurt crack is at present time the single major drug, followed by heroin, cocaine, amphetamine and XTC. The number of first-time reported users in Frankfurt has been slightly dropping since 2000 and amounted to 624 persons in 2002.

The number of drug-induced deaths has been steadily declining since the early 1990s (N = 147) and amounted to N = 28 in the year 2002.

Apart from the open drug scene, in various areas of the city center there are a number of small scenes with homeless alcohol addicts. They are tolerated, as long as the addicts do not stay on premises of public shopping centers.

There are occasional smaller cannabis scenes in different districts, but usually they quickly disappear due to persecution.

In general, the various scenes are not clearly separable from one another. In the last two years a new development has been taking place, which can be contributed mainly to the so-called "Russlanddeutsch" immigration (emigrants of German origin from the former CIS countries). This group participates both as users and as dealers. In addition, the group is distinguished by heightened alcohol consumption in combination with illegal drugs.

Accessibility and opportunities

Frankfurt, as an international communications hub, is the federal center of drug trafficking. That is also confirmed by prevalence figures concerning the consumption of cannabis.. A survey of 15- to 18-year-old students revealed a lifetime prevalence of 52% and a 30-day prevalence of 21%, whereas boys report experience with cannabis slightly more often than girls (58% compared with 42%). In the context of the survey a classification model of starting drug consumption was reported, identifying the following levels:

- Level 1 – tried alcohol and nicotine since 13: 80 to 95 %.
- Level 2 – alcohol and nicotine on a regular basis, tried cannabis since 15: 50 %.
- Level 3 – alcohol and nicotine and cannabis on a regular basis, tried party drugs since 16: 10 %.
- Level 4 – alcohol and/or cannabis daily and/or party drugs from time to time, tried XTC, opium etc.: 4 – 6 %.
- Level 5 – regular use of party drugs, heroin and crack: 1 – 2 %.

Levels 1 and 2 are classified as experimental use out of curiosity. Level 3 is experimental consumption with a considerable risk factor, and levels 4 and 5 are considered as problematic drug consumption. An overall increase in alcohol consumption has been stated, traced back especially to alcopop drinks. It remains to be seen whether a fiscal intervention by the federal government leads to a consumption decrease in that area.

In the case of smoking an increasingly restrictive limiting of publicly tolerated opportunities to smoke can be observed. In public buildings, the subway, seats of large companies etc. smoking is generally forbidden. Smokers are therefore being forced to satisfy their needs in “inhospitable” places. The issue of addiction to gambling has not been a part of the general city-wide debate on addictions.

Responses to addiction problems: institutional measures, projects and campaigns.

The “Frankfurter Weg” (“Frankfurter Way”), a system of support introduced in the early 1990s, has developed especially in low-threshold, survival-oriented, and infection-prophylactic contexts. It has become an internationally acclaimed model. Whereas previously up to 15% of the affected persons could be reached by help initiatives, the institutional contacts with addicts increased to nearly 100% in the last 7 years. This has led to a general health improvement. In 1995 26% of surveyed persons reported being HIV-positive. In the year 2002 they were only 13%. Projects initiated by low-threshold centers proved to be especially effective, including free treatment of hepatitis available at consumption sites, medical TB surveys, free medical treatment of common diseases, etc. For instance, the number of medical treatments administered in Niddastrasse, the largest injection site in Frankfurt, increased from 312 in 2000 to 736 in 2002. The attempt to decentralize the drug scene has succeeded only partially. However, the implemented strategy has resulted in a lasting reduction of massive concentration in the city center. Expanding the range of available assistance (e.g. opportunity of earning small amounts of money, work- and day-structuring actions, hygienic and medical care, etc.) has made it possible to create centers acceptable to drug addicts, even if they were located outside the city center.

There are 10 ambulatory substitution sites in different parts of the city, which offer substitution to 535 persons (male to female ratio is 63% to 37%). The total number of substitution cases has grown to 1,182 clients, with licensed physicians increasingly taking over the substitution, which proves that the ambulatory services function as entry institutions into more independent substitution by licensed physicians. 25% of the clients stay one year in methadone-based programs, 40% remain there up to 5 years, and 35% of the clients have been in the program for over 5 years.

There are six drug counseling units, which serve a slightly increased number of counseling contacts. A distinctive increase should be noted in relation to massive cannabis consumption. The drug counseling focuses on younger visitors and is oriented toward illegal drugs. Alcohol issues are handled by four counseling units.

In the last two years new preventive initiatives have been launched, partly in cooperation with the Lions Club, which are directed especially at students in the age bracket 12 – 15 years. The city of Frankfurt, in cooperation with various other organizations, has particularly focused on young adults and driving license applicants and introduced a broad prevention-oriented “Check, wer fährt”-project (“Check out who’s driving”). In the same context various peer education projects have also been organized in cooperation with the Frankfurt Technical University.

Local control policies

As crack consumers particularly contribute to the public visibility of the drug issue, in 1999 a crack project was introduced, which directly addresses consumers by means of outreach social work and street work. It is to be assumed that the police has been exerting increased pressure in the last two years, although cooperation between drug care and law enforcement institutions was also regularly undertaken in the past. Recently a common project has been launched by drug care and the police: OSSIP (“offensive Sozial-Straßen-Initiative für Prävention”, “Offensive Social Street Initiative for Prevention”), which is designed to refer drug users staying in public places to locally available institutions.

Addiction-related events during the SINR interview phase

In 2004 a pilot heroin prescription project started in Frankfurt. The initial stages of the project were accompanied by lively public discussion, especially concerning the location of the distribution site. Following the decision to locate the outpatient service in Frankfurt’s Ostend district, numerous citizen initiatives used threats and petitions in an attempt to block the establishment of the project in their neighborhood. On the occasion some old myths were also revived in mass media, for instance that drug addicts recruit schoolchildren using drugged candy. Provoked by the public debate, various local broadcast and TV magazines explored the wide field of current discussion of the drug issue. The position of the official responsible for the city’s drug policy at the time was partly contradictory, as he strongly advocates abstinence programs, while at the same time he was expected to implement the relatively very expensive heroin program, which he took over from his predecessor in the office, so to speak contrary to his own interest.

In general, reporting on the drug issue has become more accurate and factual. Previously common headlines shouting about drug-related deaths, spectacular crime constellations in the drug scene and public insecurity are now isolated cases, appearing only in few reports. Apart from that, the prevailing opinion in Frankfurt is that a certain *modus vivendi* with the previously crucial drug problem has been accomplished; although there are still some difficulties, in general the impact of the problematic situation has clearly been significantly reduced.

Prof. Volker Happel
University of Applied Sciences Frankfurt
School of Social Work

Załącznik nr 6: Przykładowe pytania i kategorie odpowiedzi do badań SINR w populacji generalnej.

Czy zgadza się Pan(i) z następującymi stwierdzeniami?
Większość uzależnionych to przestępcy.
Uzależnieni to przede wszystkim osoby z marginesu społecznego.
Uzależnieni wywołują awantury i są agresywni.
Kobietom łatwiej przezwyciężyć uzależnienie niż mężczyznom.
Jedynym wyjściem z uzależnienia jest terapia.
To przede wszystkim wina uzależnionego, że wpadł w nałóg.
Jeśli ktoś raz się uzależni, będzie uzależniony do końca życia.
kategorie odpowiedzi: <i>zdecydowanie tak, raczej tak, raczej nie, zdecydowanie nie, trudno powiedzieć</i>

Co Pana(i) zdaniem utrudnia samodzielne przezwyciężenie uzależnienia:
brak wsparcia rodziny i przyjaciół
brak pracy
brak alternatyw
otoczenie innych uzależnionych
duża dostępność substancji (alkoholu, narkotyków, nikotyny)
działania przemysłu tytoniowego, alkoholowego i narkobiznesu
słaby charakter uzależnionego
wstyd w przyznaniu się do uzależnienia
strach przed życiem bez nałogu
czynniki genetyczne
siła substancji od której jest się uzależnionym
korzyści płynące z uzależnienia
zaawansowanie nałogu
kategorie odpowiedzi: <i>zdecydowanie tak, raczej tak, raczej nie, zdecydowanie nie, trudno powiedzieć</i>

Czy mógłby (mogłaby) Pan(i) wybrać trzy czynniki, które Pana zdaniem, są najistotniejszymi przeszkodami w przezwyciężeniu uzależnienia własnymi siłami?

1. 2. 3.

Czy zatrudniłby(aby) Pan(i) byłego narkomana we własnej firmie?

Tak Nie Trudno powiedzieć

Czy zatrudniłby(aby) Pan(i) byłego alkoholika we własnej firmie?

Tak Nie Trudno powiedzieć

Co Pana(i) zdaniem, pomaga w samodzielnym wyjściu z uzależnienia?
słaba dostępność odpowiedniego leczenia
presja otoczenia (rodziny, przyjaciół, współpracowników)
zapewnienie pracy, dachu nad głową
wsparcie ze strony otoczenia (rodziny, przyjaciół, współpracowników)
znajomość innych osób, które samodzielnie przezwyciężyły uzależnienie
uświadomienie sobie korzyści z pokonania uzależnienia
zmiana środowiska
szczęście, zbieg okoliczności
znalezienie sobie nowego celu w życiu
kategorie odpowiedzi: <i>zdecydowanie tak, raczej tak, raczej nie, zdecydowanie nie, trudno powiedzieć</i>

Czy mógłby (mógłaby) Pan(i) wybrać trzy czynniki, które Pani zdaniem, najbardziej zwiększają szanse na przezwyciężenie uzależnienia własnymi siłami?

1. 2. 3.

Jakie działania ze strony państwa powinny być podjęte?
Informowanie o tym że samodzielne wyjście z uzależnienia jest możliwe.
Informowanie o możliwościach uzyskania pomocy specjalistów.
Rozpowszechnianie materiałów samopomocowych.
Tworzenie nowych placówek leczniczych.
Rozwijanie nowych programów pomocy uzależnionym zgodnie z ich specyficznymi potrzebami.
Rozwijanie programów profilaktycznych.
Inne, jakie?
kategorie odpowiedzi: <i>zdecydowanie tak, raczej tak, raczej nie, zdecydowanie nie, trudno powiedzieć</i>

Czy mógłby (mógłaby) Pan(i) wybrać 3 typy działań, które wydają się Panu(i) najistotniejsze?

1. 2. 3.