Klaudia Rutkowska

OSOBY UZALEŻNIONE W ŚWIETLE ZREALIZOWANYCH BADAŃ

Problematyka uzależnień od wielu lat jest przedmiotem badań i refleksji z wielu różnych perspektyw (por. Wald, 1986). Skupia uwagę lekarzy, psychologów, prawników, socjologów, ekonomistów, pedagogów, pracowników socjalnych. Uzależnienie bez wątpienia jest problemem ważnym, zarówno z perspektywy tych, których bezpośrednio dotyczy, jak i całych społeczności.

Aby uzmysłowić sobie skalę tego problemu, warto przypomnieć, że Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych szacuje, iż problem uzależnienia od alkoholu dotyczy ok. 2% Polaków, a kolejne 8% stanowią dorośli i dzieci żyjący w najbliższym otoczeniu osoby uzależnionej[1] (http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=155&Itemid=16). Janusz Sierosławski podaje z kolei, że 100-125 tys. osób to problemowi użytkownicy narkotyków[2] (Sierosławski, *Problem narkotyków i narkomanii w Polsce. Rozmiary i trendy zjawiska*). Lidia Cierpiałkowska wskazuje, że rocznie około 150 tys. osób uzależnionych od alkoholu oraz około 10 tys. osób uzależnionych od innych środków niż alkohol podejmuje leczenie odwykowe (Cierpiałkowska, 2007, s. 200).

---

[1] Lidia Cierpiałkowska wskazuje z kolei na nieco inne wartości: 3-4% osób uzależnionych od alkoholu oraz 9-16% osób, które żyją w najbliższym otoczeniu osób uzależnionych (Cierpiałkowska, 2007, s. 200).

[2] Dane te dotyczą 2005 roku. Dokładne oszacowanie liczby osób uzależnionych od narkotyków jest problematyczne; Jędrzejko i Biskupski szacują, że w Polsce jest 30-40 tys. osób aktywnie zażywających narkotyki i uzależnionych, a w tej grupie jest 8 tys. osób leczących się (Jędrzejko, Biskupski, 2006, s. 227). W literaturze znajdujemy najczęściej szacunki dotyczące liczby osób, które w ogóle mają kontakt z narkotykami, osób, które są pacjentami placówek leczenia uzależnień, oraz tych, którzy pojawili się w statystykach policji (por. Jędrzejko, Biskupski, 2006, s. 226-232; Pospiszyl, 2009, s. 170-171).

Refleksja historyczna uświadamia nam, że środki psychoaktywne są od wieków ważnym elementem życia codziennego, szczególnie często stosowanym w związku z celebracją szczególnych wydarzeń w życiu człowieka, o charakterze osobistym, rodzinnym, religijnym czy wspólnotowym. Warto podkreślić, że to, co w tym obszarze społecznie akceptowane, jest zmienne i kulturowo, i historycznie, czego wyrazem może być przyjęcie w Polsce w 2000 roku nowelizacji Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii zakazującej posiadania nawet najmniejszej ilości narkotyków oraz trwające w momencie pisania tych słów prace nad nowelizacją łagodzącą ten przepis (por. Cierpiałkowska, 2007, s. 196; Jędrzejko, Biskupski, 2006, s. 188-189).

Wiele spośród środków dziś uznawanych za silnie uzależniające rozpoczęło swoją karierę jako specyfiki lecznicze: opium jako środek przeciwbólowy, laudanum (opium rozpuszczone w alkoholu) jako remedium na wiele problemów zdrowotnych — od bezsenności po migrenę. Heroina znalazła zastosowanie w leczeniu schorzeń dróg oddechowych. Dopiero druga połowa XIX wieku i początek XX wieku to czas wzrostu świadomości uzależniającego działania tych substancji. Jednak jeszcze u schyłku XIX i na początku XX wieku heroiny używano do leczenia uzależnienia od morfiny (Pospiszyl, 2009, s. 158-159).

Dziś, sto lat później, nie tylko w nauce, ale również w potocznym odbiorze społecznym, obecne jest przekonanie o uzależniającym działaniu alkoholu i narkotyków. Coraz szersze jest też spektrum zachowań, które wiąże się z uzależnieniem — uzależnionym można być nie tylko od alkoholu, narkotyków czy nikotyny, ale również od Internetu, jedzenia, seksu, hazardu, gier komputerowych i wielu innych.

Definiowanie uzależnienia ma już swoją długą historię i bogatą literaturę. Sam termin wszedł do powszechnego użytku po wprowadzeniu go w 1968 r. przez Komitet Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia w miejsce innych mniej precyzyjnych określeń. Początkowo odnosił się jedynie do uzależnień lekowych (ang. *drug dependance*), wkrótce jednak zaczął obejmować wszelkie rodzaje uzależnienia. Światowa Organizacja Zdrowia proponuje definicję uzależnienia jako „psychicznego i fizycznego stanu wynikającego z interakcji między żywym organizmem a substancją chemiczną (alkohol, nikotyna, narkotyki, leki), charakteryzujący się zmianami zachowania i innymi reakcjami, do których należy konieczność przyjmowania danej substancji w sposób ciągły lub okresowy, w celu doświadczenia jej wpływu na psychikę lub by uniknąć przyszłych obja-

wów towarzyszących brakowi substancji" (Zajączkowski, 2003, s. 39-40). Współcześnie w literaturze przedmiotu wyróżnia się często dwie podstawowe grupy uzależnień: uzależnienia substancjalne (uzależnienia od środków psychoaktywnych) oraz uzależnienia niesubstancjalne (uzależnienia, przykładowo, od pracy, hazardu, ćwiczeń gimnastycznych), włączając w ten sposób do definicji uzależnienia różnego typu aktywności (Cierpiałkowska, 2006, s. 21).

Za Griffiths możemy wskazać, co łączy różnorodne typy zachowań i pozwala zaklasyfikować je do wspólnej kategorii uzależnienia. Dla osób uzależnionych zachowanie, które odpowiada na potrzebę wynikającą z uzależnienia, jest najważniejsze i możliwość zaspokojenia tej potrzeby decyduje o ich samopoczuciu. Uzależnienie wiąże się z potrzebą ciągłego zwiększania „dawek": ilości wypijanego alkoholu, godzin spędzanych w Internecie itd., a brak kolejnych „dawek" danego zachowania wywołuje objawy abstynencyjne. Realizacja potrzeb osoby uzależnionej jest zawsze obarczona pogorszeniem relacji z otoczeniem społecznym. I wreszcie, Griffiths wskazuje, że każda osoba uzależniona ma za sobą doświadczenie nieudanego zerwania z nałogiem (Pospiszyl, 2009, s. 124-125). Trzeba pamiętać jednak, że każdy rodzaj uzależnienia ma swoją specyfikę: określone cechy charakterystyczne i dynamikę.

Uzależnienie ma szczególną wagę — jest, jak ujmuje to Ewa Woydyłło, „ciężką przypadłością, która ma wysoką cenę pod względem ekonomicznym, społecznym i osobistym" (Woydyłło, 2009, s. 16). Ujmując omawiany problem mniej metaforycznym językiem, osoby uzależnione są zagrożone ubóstwem, bezrobociem, bezdomnością i zaliczane są do grup społecznych szczególnie podatnych na wykluczenie społeczne (por. Golinowska, Morecka, Styrc, Cukrowska, Cukrowski, 2008, s. 134).

Wiele uwagi, zarówno na gruncie teorii, jak i empirii życia społecznego, w ostatnim czasie poświęcono temu problemowi. Opracowuje się narzędzia diagnostyczne, teorie opisujące poszczególne fazy rozwoju uzależnienia, stawia tezy dotyczące uwarunkowań rozwoju uzależnienia (por. Cierpiałkowska, 2006, s. 25-37; Pospiszyl, 2009, s. 133-134, 181-184). Równie wiele uwagi poświęca się projektowaniu i wdrażaniu programów włączania w główny nurt życia osób wykluczonych ze względu na uzależnienie (por. Skrzypczyk, 2009, s. 47-55; Bakuła, Bakuła, 2009, s. 57-81; Makowski, 2009, s. 83-98).

U podstaw referowanego w niniejszej publikacji projektu badawczego leży przekonanie, że wciąż, mimo ogromu energii poświęconej na zmaga-

nia z problemem uzależnienia, mamy do czynienia z poważnymi lukami na mapie opisu zjawiska uzależnienia i osób tym problemem dotkniętych.

Zwraca uwagę, że choć dysponujemy wieloma (bez wątpienia potrzebnymi) analizami poświęconymi terapii osób uzależnionych, ich najbliższemu środowisku społecznemu (w szczególności rodzinie), kulturowo-społecznemu kontekstowi uzależnień (por. Cierpiałkowska, 2006), to niewiele uwagi poświęcono dotychczas zjawisku pracy wykonywanej przez osoby uzależnione; brak rzetelnych analiz siły roboczej i zmian w tym obszarze związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Problematyka ta jest ważna nie tylko ze względu na swój poznawczy walor, ale również przełożenie na praktykę życia społecznego — przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób uzależnionych.

Zrealizowane badania odpowiadają na tak określoną potrzebę — podejmują problem dzierżawy siły roboczej osób uzależnionych, aktualnie wykonywanej pracy, a w przypadku niepodejmowania pracy zawodowej obecnie ostatniego wykonywanego odpłatnie zajęcia, charakteru pracy (wykonywanej obecnie lub w sytuacji braku zatrudnienia ostatniej wykonywanej), źródła dochodów (zarówno z tytułu pracy, jak i innych) i ich wysokości.

Projekt badawczy odnosi się również bezpośrednio do problemu uzależnienia: respondenci zostali zapytani o przyczyny znalezienia się w obecnej sytuacji życiowej, chęć dokonania zmiany w swoim życiu i działania podejmowane w tym celu.

Badania objęły również kwestię wsparcia uzyskanego od instytucji do tego powołanych oraz znajomości spółdzielni socjalnych i chęci podjęcia pracy w ramach struktur tego typu. Pytania te miały szczególną wagę dla diagnozy, w jakiej mierze spółdzielnie socjalne mogą być skutecznym mechanizmem reintegracji społecznej osób uzależnionych.

Badaniem zostały objęte osoby korzystające z opieki placówek zajmujących się leczeniem uzależnień, jak i osoby nie będące beneficjentami instytucji o takim profilu działania. Przyjęto, że do próby badawczej zostaną włączone tylko te osoby, które ze względu na swoje uzależnienie doświadczają wykluczenia społecznego. Ze względu na brak rzetelnych, wiarygodnych danych klasyczny dobór celowy jednostek do próby, zgodny z cechami populacji jako całości, był niemożliwy. Szczególna sytuacja badanych zadecydowała o tym, że niemożliwy do realizacji był również klasyczny dobór losowy lub adresowy. Badacze samodzielnie musieli trafić do osoby spełniającej powyższe kryteria, kierując się dodatkowo wytycz-

nymi minimalizującym możliwość dwukrotnego dotarcia do tego samego respondenta.

Badanie objęło 120 osób uzależnionych od alkoholu i/lub narkotyków, co stanowi 23,8% ogółu respondentów w kategorii osób wykluczonych.

W próbie znalazły się 33 kobiety i 87 mężczyzn, którzy stanowili odpowiednio 27,5% i 72,5% osób uzależnionych objętych badaniem. Poniższa tabela obrazuje demograficzną charakterystykę badanych. Jak widzimy, poza dwiema skrajnymi grupami: najmłodszymi i najstarszymi respondentami, którzy byli reprezentowani w najmniejszym procentowym udziale, pozostałe grupy wiekowe są dość równoliczne, w tym najliczniej reprezentowane są osoby w wieku 22-30 lat. Biorąc pod uwagę kryterium wykształcenia, najmniej liczna (poza wykształceniem gimnazjalnym) jest grupa osób z wykształceniem wyższym, a najliczniejsza — z zasadniczym zawodowym. Zwraca uwagę, że struktura wykształcenia osób uzależnionych objętych badaniem nie jest daleka od tej reprezentującej dane dla wszystkich dorosłych Polaków[3].

Tabela 1. Charakterystyka próby — osoby uzależnione

Wiek	**Liczba osób**	**Odsetek**
Do 21 roku życia	4	3,3%
22-30 lat	35	29,2%
31-40 lat	25	20,8%
41-50 lat	24	20%
51-60 lat	27	22,5%
61 lat i więcej	5	4,2%
Wykształcenie	**Liczba osób**	**Odsetek**
Wyższe	16	13,3%
Średnie techniczne	24	20%
Średnie ogólne	23	19,2%
Zasadnicze zawodowe	29	24,2%
Gimnazjalne	1	0,8%
Podstawowe i niepełne podstawowe	27	22,5%

[3] Rocznik demograficzny 2009, www.stat.gov.pl/gus/5840_rocznik_demograficzny_PLK_HTML.htm, dostęp: 31.08.2010.

Przyjrzyjmy się najpierw tej części badań, która bezpośrednio odnosi się do pracy wykonywanej przez respondentów i uzyskiwanych przez nich dochodów.

Wyniki badań potwierdzają, jak wiele prawdy jest słowach E. Woydyłło, gdy pisze ona, że „wciąż pokutuje stereotyp alkoholika, który stoczył się do rynsztoka, pije »wynalazki« w bramie, zatacza się, awanturuje i przewraca na ulicy. Dla wielu typowy alkoholik to ten, co wystaje pod budką z piwem, nigdzie nie pracuje, jest obleśny, brudny, zdegradowany". A dalej: „Wśród leczących reprezentowane są niemal wszystkie zawody, grupy społeczne i wiekowe" (Woydyłło, 2009, s. 215). I tak też było w realizowanych badaniach: wśród respondentów znalazł się i bardzo dobrze wykształcony lekarz, i prywatny przedsiębiorca, który zarządzał przedsiębiorstwami zatrudniającymi setki osób. A obok nich studenci, pielęgniarki, pracownicy fizyczni. Jednocześnie jednak w grupie badanych znalazły się osoby odpowiadające temu uproszczonemu opisowi pijaka.

Jak pokazują zrealizowane badania, znaczna część badanych pracuje zawodowo. Z rozmów przeprowadzanych z respondentami można wyciągnąć wniosek, że dla części z nich znalezienie pracy nie jest problemem lub też nie jest problemem pierwszorzędnym. Część badanych jest zadowolona z pracy, którą wykonuje, i warunków zatrudnienia. Osobom tym towarzyszy co najwyżej obawa, że uzależnienie może doprowadzić do utraty pracy, a czasem również i poważniejszych konsekwencji, jak w przypadku osób, które pracują w służbie zdrowia czy obsługują maszyny. W grupie pracujących respondentów liczne są też osoby nie do końca usatysfakcjonowane wykonywaną pracą: ze względu na zarobki, odległość od miejsca zamieszkania czy charakter wykonywanych obowiązków. Z całą pewnością część badanych osób uzależnionych dysponuje siłą roboczą (lub lumpensiłą roboczą), która z powodzeniem może wspierać ich społeczną reintegrację. Bez wątpienia jednak znacząca część badanych zmaga się z bezrobociem, w tym część osób z długotrwałym pozostawaniem bez pracy, niemożnością znalezienia legalnego zatrudnienia oraz znaczną deprecjacją swojej siły roboczej.

Ze zrealizowanych badań wynika, że 52,5% badanych osób uzależnionych otrzymuje dochody z tytułu wykonywanej pracy; w tym największą grupę stanowią osoby uzyskujące dochody z pracy w cudzej firmie (41,7%). Warto zaznaczyć, że jest to zdecydowanie więcej niż w przypadku osób bezdomnych, osób niepełnosprawnych oraz osób skazanych, zaś mniej niż w przypadku prostytutek. Otrzymywanie dochodów z tytułu samo-

zatrudnienia zadeklarowało 8,3% badanych, znów więcej niż w przypadku osób niepełnosprawnych, osób bezdomnych, a zdecydowanie mniej niż w przypadku prostytutek (z oczywistych powodów taka forma zatrudnienia w ogóle nie występuje w przypadku osób skazanych). Uzyskiwanie dochodów z pracy poza gospodarką zadeklarowało 2,5% osób uzależnionych, czyli taki sam odsetek badanych jak w przypadku osób niepełnosprawnych, nieco więcej niż w przypadku osób bezdomnych i zdecydowanie mniej niż w przypadku osób skazanych (wśród prostytutek brak osób, które uzyskiwałyby dochody z tego tytułu). Jednocześnie 47,5% osób zadeklarowało, że nie otrzymuje żadnych dochodów z tytułu pracy. Dla porównania, poza grupą prostytutek, jest to najniższy odsetek wśród ogółu osób objętych badań (żadnych dochodów z tytułu pracy nie otrzymuje 86,8% osób bezdomnych, 68,8% osób niepełnosprawnych i 52,4% osób skazanych).

Zdecydowania większość aktywnych zawodowo osób uzależnionych jest zatrudniona w sektorze prywatnym (aż 63,5%), kolejne miejsce zajmuje szara strefa (19%), dalej sektor publiczny (11,1%), a ostatnie — czarna strefa (6,3%).

Najwięcej wśród aktywnych zawodowo osób pracuje w usługach (30,2%), a w dalszej kolejności w handlu i budownictwie (w obu przypadkach po 17,5%), przemyśle przetwórczym oraz ogrodnictwie i rolnictwie (po 11,1%). Najmniejszy odsetek znajduje zatrudnienie w finansach i instytucjach finansowanych z budżetu państwa (po 4,8%) oraz transporcie i trzecim sektorze (po 1,6%).

Biorąc pod uwagę źródło utrzymania, najsilniej reprezentowani, w gronie osób zarówno pracujących obecnie, jak i niepracujących, są ci, których głównym źródłem utrzymania jest wykonywanie stałej legalnej pracy (32,5%). Kolejną pod względem liczebności grupę stanowią ci, których utrzymuje ktoś bliski (23,3%). 12,5% trudni się nielegalną pracą, a 10,8% otrzymuje rentę lub emeryturę. Zwraca uwagę, że 5,8% wskazuje jako główne źródło dochodu pomoc społeczną i kolejne 5% organizacje dobroczynne. Pojedynczy badani wskazują na pracę dorywczą (3,3%), zasiłek dla bezrobotnych (1,7%), jałmużnę (0,8%), zgromadzone oszczędności (0,8%), drobne naruszenia prawa (0,8%), samozatrudnienie (0,8%) oraz inne (1,7%).

Respondenci zostali zapytani również o dodatkowe źródła utrzymania. Ponad połowa badanych w grupie osób uzależnionych wskazuje, że nie ma żadnego dodatkowego źródła utrzymania (53,3%). Dla 17,5% dodat-

kowe źródło dochodu stanowi wsparcie udzielane przez bliską osobę, a dla 9,2% praca dorywcza. W pojedynczych przypadkach jest to renta/emerytura, pomoc społeczna, organizacje dobroczynne, zgromadzone oszczędności, renta socjalna/rodzinna, jałmużna, drobne naruszenia prawa, zasiłek dla bezrobotnych oraz samozatrudnienie.

Średnie deklarowane dochody osób uzależnionych to 1386,10 zł[4], z czego 987,40 zł pochodzi ze źródeł legalnych. Wysokość dochodów uzyskiwanych przez osoby uzależnione jest zbliżona do tych uzyskiwanych przez osoby niepełnosprawne i ponad dwukrotnie wyższe od dochodów uzyskiwanych przez osoby bezdomne i skazane (i jednocześnie nieporównywalnie niższa od dochodów uzyskiwanych przez prostytutki). Co warte podkreślenia, średnie dochody uzyskiwane przez kobiety są nieznacznie wyższe niż w przypadku mężczyzn (odpowiednio: 1434,20 zł i 1367,50 zł). W przypadku dochodów uzyskiwanych przez kobiety większy udział mają legalne dochody — średnio 1206,10 zł, podczas gdy dla mężczyzn jest to 903 zł. Warto podkreślić również, że osoby o wyższym wykształceniu uzyskują wyższe dochody: średnie dochody uzyskiwane przez osoby z wyższym wykształceniem to 1820 zł, a w przypadku osób, które zakończyły edukację na poziomie szkoły podstawowej lub jej nie ukończyły, jest to 1165,80 zł.

Zwraca uwagę, że wprawdzie uśredniona wysokość dochodów uzyskiwanych przez osoby uzależnione jest wyższa niż płaca minimalna[5], to 40,9% osób z grupy osób objętych badaniem uzyskuje dochody równe lub niższe niż minimum socjalne[6].

Respondenci objęci badaniem zostali zapytani również o posiadaną autonomię w procesie pracy, wykonywanie dodatkowych czynności obok tych składających się na zasadniczą część pracy oraz korzystanie w czasie pracy z maszyn i/lub narzędzi. 30,2% zadeklarowało, że wykonuje swoją pracę samodzielnie, 38,1% prawie samodzielnie, a 31,7% jedynie przyczynia się do końcowego efektu. 50,8% dysponuje znaczą autonomią władzową i ma swobodę w doborze środków potrzebnych do osiągnięcia zamierzonego celu. Pozostała, niewiele mniej liczna część badanych zadeklaro-

[4] We wszystkich przypadkach, gdy mowa jest o wysokości dochodów, o ile nie zaznaczono inaczej, są to wartości netto.

[5] Płaca minimalna od 1 stycznia 2010 wynosi 1317 zł brutto (www.mpips.gov.pl; dostęp: 31.08.2010).

[6] Minimum socjalne dla jednej osoby wynosi 900 zł (www.ipiss.com.pl; dostęp: 31.08.2010).

wała, że w swej pracy kieruje się określoną procedurą działania. Ponadto 1/3 badanych w tej grupie wykonuje dodatkowe czynności obok tych, które stanowią podstawę wykonywanej pracy. Dodatkowo w grupie badanych osób 71,4% korzysta z maszyn i/lub narzędzi, a 6,3% obsługuje linię montażową.

Jak zaznaczono powyżej, znaczna część badanych w grupie osób uzależnionych nie pracuje obecnie. Tę grupę osób zapytano o czas pozostawania bez pracy oraz charakterystykę ostatnio wykonywanej pracy. Procentowe zestawienie odpowiedzi udzielonych przez respondentów obrazują dwie poniższe tabele. Charakterystyka ostatnio wykonywanej pracy osób uzależnionych jest bliska, szczególnie gdy przyjrzymy się jej pod kątem sektora własności, przedstawionej powyżej dla aktualnego zatrudnienia osób aktywnych zawodowo. Zwraca uwagę, że procentowo największy udział mają osoby, które nie pracują mniej niż rok oraz te, które nie podjęły pracy zawodowej już od ponad czterech lat. Ciekawie prezentuje się zestawienie danych osób uzależnionych z dwiema innymi grupami: osobami niepełnosprawnymi i osobami bezdomnymi. Osoby uzależnione zarówno średnio dłużej pozostają bezrobotne, jak i też więcej jest w tej grupie osób najdłużej będących bez pracy w stosunku do osób bezdomnych. A zupełnie na odwrót jest w porównaniu do osób niepełnosprawnych, gdzie zdecydowanie najwięcej jest osób długotrwale bezrobotnych. Warto podkreślić, że średnio najkrócej bez pracy pozostawały osoby o wykształceniu średnim technicznym — średnio 23,2 miesiąca, podczas gdy najdłużej osoby z wykształceniem średnim ogólnym — średnio 64,1 miesiąca. Zwraca uwagę, że kobiety pozostawały bez pracy znacznie dłużej niż mężczyźni — odpowiednio średnio 88,2 w stosunku do 40,6 miesięcy.

Tabela 2. Czas pozostawania bez pracy przez osoby uzależnione (dotyczy osób, które są obecnie bezrobotne)

Do 6 miesięcy	23,5%
7-12 miesięcy	27,5%
1-2 lata	9,8%
2-4 lata	11,8%
Powyżej 4 lat	27,5%
Średnia [miesiące]	**51,8**

Tabela 3. Ostatnio wykonywana praca przez osoby uzależnione

Sektor własności	
Publiczny	21,2%
Prywatny	61,5%
Szara strefa	17,3%
Czarna strefa	0%
Dział gospodarki	
Przemysł przetwórczy	13,7%
Transport	5,9%
Finanse	2%
Budownictwo	17,6%
Usługi	27,5%
Rolnictwo i ogrodnictwo	13,7%
Praca w instytucji finansowanej z budżetu	11,8%
Trzeci sektor	0%
Handel	7,8%

Ważną część rozmowy z respondentem stanowiły pytania dotyczące przyczyn znalezienia się w obecnej sytuacji, chęci jej zmiany i podjętych w tym celu kroków. Respondentów zapytano również o otrzymaną dotychczas pomoc od placówek do tego powołanych.

Ponad połowa (52,5%) badanych osób podaje jako przyczynę znalezienia się w obecnej sytuacji życiowej wolny wybór. 35% wskazało na nałóg, a kolejne mniej liczne wskazania to problemy rodzinne (18,3%), utrata pracy (11,7%), zdarzenie losowe (5%), choroba (4,2%), problemy emocjonalne i osobowościowe (0,8%), przestępstwo (0,8%) i inne (1,7%). Przykuwa uwagę, że aż 52,5% respondentów uważa, że znalazło się w obecnej sytuacji życiowej z wolnego wyboru. Zaryzykuję tezę, że ma to związek z terapią odwykową, która była udziałem części badanych (często niejednokrotnie). Jednym z elementów terapii jest często właśnie uświadomienie sobie przez osoby uzależnione, że to one kierują swoimi działaniami, a nie różnego typu czynniki zewnętrzne.

Zwraca uwagę, że aż 31,7% badanych osób uzależnionych odpowiedziało, że nie jest zainteresowane poprawą swojej sytuacji życiowej, co znów poza grupą prostytutek jest wynikiem najwyższym (6,6% w przy-

padku osób bezdomnych, 16,3% — niepełnosprawnych i 5,6% — osób skazanych).

Ostatnia część wywiadu dotyczyła spółdzielni socjalnych: znajomości idei spółdzielni oraz chęci uczestnictwa i podjęcia pracy w tego typu strukturze. Zwraca uwagę niska znajomość spółdzielni socjalnych — tylko 11,7% badanych spółdzielnie socjalne nie są obce. Poza prostytutkami, wśród osób uzależnionych najmniej liczna była również grupa zainteresowana podjęciem pracy w spółdzielni — jedynie 16,7% badanych. Przyczyn braku zainteresowania założeniem spółdzielni i podjęcia w niej pracy można upatrywać z jednej strony właśnie w nieznajomości tego typu instytucji — wielu respondentów zetknęło się z terminem spółdzielnia socjalna po raz pierwszy dopiero w czasie badania. W przypadku wielu osób mamy ponadto do czynienia z koncentracją przede wszystkim na walce z nałogiem i niechęcią do podejmowania innych wyzwań, które mogłoby pochłaniać energię niezbędną do mierzenia się z uzależnieniem. Relatywnie niski poziom zainteresowania podjęciem pracy w spółdzielniach socjalnych częściowo wiązać można również w przypadku niektórych respondentów ze względnym zadowoleniem z pracy.

Odnosząc się jeszcze raz do słów Ewy Woydyłło i stereotypu osoby uzależnionej, badania te pokazują nam, że uzależnienie jest udziałem osób w różnym wieku, różnej płci i profesji. Co ważne, część z nich, mierząc się z problemem uzależnienia, wciąż jest, niekiedy z przerwami poświęconymi na leczenie, aktywna zawodowo i zapewnia sobie środki utrzymania (choć często na podstawowym poziomie). Jednocześnie jednak wśród osób uzależnionych objętych badaniem liczną grupą stanowią ci, którzy nie pracują, a ich siła robocza uległa znacznej degradacji. Działania adresowane do osób uzależnionych powinny mieć więc na względzie złożoność rzeczywistości społecznej w tym obszarze. Jeszcze raz warto podkreślić, że choć średnie dochody uzyskiwane przez osoby objęte badaniem są wyższe niż minimalna pensja, to jednak wielu spośród badanych zadeklarowało dochody poniżej minimum socjalnego. I wreszcie, na szczególną uwagę zasługuje niska znajomość spółdzielni socjalnych wśród respondentów. Być może jest to przestrzeń do zagospodarowania przez praktyków przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu — wydaje się bowiem, że dotarcie przynajmniej do tych osób uzależnionych, które biorą udział w różnego typu programach leczenia uzależnień, jest zadaniem wykonalnym.

Zrealizowane badania potwierdzają zasadność formułowanych przez licznych badaczy rekomendacji dotyczących kierunków działania, wspie-

rających reintegrację społeczną osób uzależnionych. Przede wszystkim należałoby więc jeszcze raz podkreślić wagę profilaktyki uzależnień, wczesnego diagnozowania problemów alkoholowych i zapewnienia wsparcia osobom borykającym się z różnego typu trudnościami (problemy rodzinne, zdarzenia losowe, utrata pracy). Bardzo ważna wydaje też współpraca instytucji o różnym profilu działania, tak by osoba uzależniona wraz ze swoim najbliższym otoczeniem mogła zostać objęta kompleksowym, zintegrowanym systemem opieki na wszystkich etapach leczenia uzależnienia i włączania się w główny nurt życia społecznego, w tym również zawodowego.

Z tym ważnym zastrzeżeniem, że instytucje wspierające osoby uzależnione powinny mieć na względzie zjawisko „opiekuńczego uzależnienia" (por. Frieske, Poławski, 1996, s. 29) i koncentrować się na takich formach, które aktywizują, a nie „uzależniają".

BIBLIOGRAFIA

Bakuła A., Bakuła P., *Program terapii młodzieży i ich rodziców realizowany w Przychodni Terapii Uzależnień w Ostrowii Mazowieckiej*, [w:] *Młodzież i substancje psychoaktywne*, red. A. Koczaska-Siedlecka, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2009.

Cierpiałkowska L., *Psychopatologia*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2007.

Cierpiałkowska L., *Kierunki rozwoju współczesnej psychologii uzależnień (na przykładzie alkoholizmu)*, [w:] *Oblicza współczesnych uzależnień*, red. L. Cierpiałkowska, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2006.

Frieske K.W., Poławski P., *Opieka i kontrola. Instytucje wobec problemów społecznych*, Interart, Warszawa 1996.

Golinowska S., Morecka Z., Styrc M., Cukrowska E., Cukrowski J., *Od ubóstwa do wykluczenia społecznego. Badania. Koncepcja. Wyniki. Propozycje. Polska, Europa i świat*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2008.

Jędrzejko M., Biskupski R., *Narkomania — skala i charakter zjawiska*, [w:] *Patologie społeczne,* red. M. Jędrzejko, Wyższa Szkoła Humanistyczna imienia Aleksandra Gieysztora, Pułtusk 2006.

Makowski A., *Program terapii stacjonarnej realizowany w Centrum Leczenia Uzależnień „Zaroślak" w Kurczu*, [w:] *Młodzież i substancje psychoaktywne*, red. A. Koczaska-Siedlecka, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2009.

Pospiszyl I., *Patologie społeczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.

Sierosławski J., *Problem narkotyków i narkomanii w Polsce. Rozmiary i trendy zjawiska*, http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/86,Problem-narkotykow-i-narkomanii-w-Polsce-Rozmiary-i-trendy-zjawiska, dostęp: 28.09.2010.

Wald I. (red.), *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1986.

Woydyłło E., *Rak duszy. O alkoholizmie*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2009.

Skrzypczyk W., *Program TUKA/N realizowany w Profilaktyczno-Rozwojowym Ośrodku Dzieci i Młodzieży PROM w Łodzi*, [w:] *Młodzież i substancje psychoaktywne*, red. A. Koczaska-Siedlecka, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2009.

Zajączkowski K., *Uzależnienie od substancji psychoaktywnych*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2004.

Rocznik demograficzny 2009, www.stat.gov.pl/gus/5840_rocznik_demograficzny_PLK_HTML.htm, dostęp: 31.08.2010

http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=155&Itemid=16, dostęp: 22.09.2010.

www.mpips.gov.pl, dostęp: 31.08.2010.

www.ipiss.com.pl, dostęp: 31.08.2010.