

NR 4

2025

SERWIS INFORMACYJNY
UZALEŻNIENIA



Ministerstwo
Zdrowia



NPZ
NARODOWY PROGRAM ZDROWIA



KCPU
Krajowe Centrum
Przeciwdziałania Uzależnieniom

SPIS TREŚCI

Prawo

SYSTEM DOZORU ELEKTRONICZNEGO A UZALEŻNIENIA

Katarzyna Syroka-Marczewska 1

Profilaktyka

ROLA ZATRUDNIENIA SOCJALNEGO W KLUBACH I CENTRACH INTEGRACJI SPOŁECZNEJ – JAK REINTEGRACJA SPOŁECZNO-ZAWODOWA ZMIENIA LUDZKIE HISTORIE

Justyna Rozbicka-Stanisławska 7

NORWEGIA I JEJ DOŚWIADCZENIE W POLITYCE HAZARDOWEJ CHRONIĄCEJ GRACZA

Maja Ruszpel 12

Współpraca międzynarodowa

PODSUMOWANIE POLSKIEJ PREZYDENCJI W OBSZARZE POLITYKI NARKOTYKOWEJ UNII EUROPEJSKIEJ

Artur Malczewski 18

Analiza

PROBLEM UZALEŻNIEŃ W KRAJU OBJĘTYM WOJNĄ: UKRAINA

Artur Malczewski, Joanna Szmidt 19

AKTUALNY STAN WIEDZY O UZALEŻNIENIU OD PRACY JAKO PROBLEMIE KLINICZNYM I ORGANIZACYJNYM

Paweł Atroszko 27

FASD

LOKALNE STRATEGIE WSPARCIA: ODPOWIEDZIALNOŚĆ I MOŻLIWOŚCI SAMORZĄDU WOBEC FASD

Sylwia Opasińska 33

Leczenie, redukcja szkód

FILOZOFIA REDUKCJI SZKÓD W PROFILAKTYCE I PSYCHOTERAPII OSÓB ZAANGAŻOWANYCH W CHEMSEKS

Maria Brodzikowska, Grzegorz Jezierski 38

Badania, raporty

REKOMENDACJE DLA REALIZACJI PROGRAMU KONTROLOWANEGO UPRAWIANIA HAZARDU W PLACÓWKACH LECZENIA UZALEŻNIEŃ

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska 43

Internet

KONKURS DLA DZIENNIKARZY „UZALEŻNIENIA 21 WIEKU” okładka III

PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ – WARSZAWSKI SERWIS INFORMACYJNY okładka IV

Przedmiotem artykułu będzie analiza, jakie warunki osoba uzależniona, która popada w konflikt z prawem karnym, powinna spełnić, aby skorzystać z systemu dozoru elektronicznego oraz charakterystyka rodzajów dozoru.

SYSTEM DOZORU ELEKTRONICZNEGO A UZALEŻNIENIA

Katarzyna Syroka-Marczewska
Prawnik

Uwagi ogólne

Kary, środki karne i środki zabezpieczające¹, których wykonanie łączy się z zastosowaniem wobec osoby uzależnionej dozoru elektronicznego, zostały uregulowane przede wszystkim w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (dalej: KKW)². Zgodnie z treścią art. 43b § 1 KKW dozór elektroniczny jest to kontrola zachowania skazanego przy użyciu środków technicznych³. Z kolei system dozoru elektronicznego jest to ogół metod postępowania i środków technicznych służących do wykonywania dozoru elektronicznego.

Rodzaje dozoru

W art. 43b § 3 KKW przewiduje się trzy formy kontroli zachowania skazanego przy użyciu monitoringu elektronicznego: stacjonarny, mobilny i zbliżeniowy.

Warto w tym miejscu wyjaśnić, że karę pozbawienia wolności wobec osoby uzależnionej w systemie dozoru elektronicznego wykonuje się jako dozór stacjonarny. Środki karne i zabezpieczające wobec osoby uzależnionej w systemie dozoru elektronicznego wykonuje się jako dozór zbliżeniowy lub mobilny. Dozór stacjonarny służy kontroli przebywania skazanego, w określonych godzinach i dniach tygodnia, w miejscu wskazanym przez sąd. W stosunku do osób pozbawionych wolności możliwe jest wskazanie tego miejsca przez komisję penitencjarną (od 1 stycznia 2023 roku). W ten sposób ma być wykonywana kara pozbawienia wolności nieprzekraczająca roku i 6 miesięcy oraz kara pozbawienia wolności orzeczona w wymiarze niższym niż 3 lata, jeśli skazanemu do jej odbycia w zakładzie karnym pozostała część tej kary w wymiarze nie większym niż 6 miesię-

cy i nie zachodzą wobec niego warunki przewidziane w art. 64 § 2 KK. Środki karne i środki zabezpieczające mają być wykonywane na drodze dozoru mobilnego, polegającego na bieżącym monitorowaniu miejsca pobytu skazanego, niezależnie od tego, gdzie przebywa, lub na drodze dozoru zbliżeniowego, który polega na konieczności zachowania przez skazanego określonej odległości od osoby wskazanej przez sąd⁴.

W systemie dozoru elektronicznego można kontrolować:

1. przebywanie przez skazanego w określonych dniach tygodnia i godzinach we wskazanym przez sąd albo komisję penitencjarną miejscu (**dozór stacjonarny**);
2. bieżące miejsce pobytu skazanego, niezależnie od tego, gdzie skazany przebywa (**dozór mobilny**);
3. zachowywanie przez skazanego określonej minimalnej odległości od osoby wskazanej przez sąd (**dozór zbliżeniowy**).

Właściwość sądu

W sprawach związanych z udzieleniem zezwolenia na odbycie kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego właściwy jest sąd penitencjarny, w którego okręgu skazany przebywa, albo komisja penitencjarna działająca w zakładzie karnym, w którym skazany przebywa.

W sprawach związanych z wykonaniem postanowienia sądu albo decyzji komisji penitencjarnej o udzieleniu zezwolenia na odbycie kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego i ich uchyleniem właściwy jest sąd penitencjarny, w którego okręgu kara jest wykonywana, z wyjątkiem uchylenia zezwolenia z powodów, kiedy to właściwy jest sąd penitencjarny, który zezwolenia udzielił, albo sąd penitencjarny,

w okręgu którego działa komisja penitencjarna, która udzieliła zezwolenia.

Z kolei w sprawach wykonywania dozoru zbliżeniowego i mobilnego właściwy jest sąd, w którego okręgu skazany ma miejsce stałego pobytu, a jeżeli skazany nie posiada takiego miejsca – sąd, w którego okręgu orzeczono środek karny lub zabezpieczający wykonywany w systemie dozoru elektronicznego.

Rozpoczęcie dozoru elektronicznego

Kara może być wykonywana w systemie dozoru elektronicznego jedynie wówczas, gdy pozwalają na to warunki techniczne obejmujące w szczególności liczbę oraz zasięg dostępnych nadajników i rejestratorów oraz możliwości organizacyjne ich obsługi. W sytuacji, w której warunki techniczne nie są wystarczające do jednoczesnego objęcia dozorem mobilnym wszystkich skazanych, wobec których dozór taki został orzeczony, w pierwszej kolejności kieruje się do wykonania dozory mobilne orzeczone jako środek zabezpieczający.

Jeżeli skazany zamieszkuje wspólnie z inną osobą lub osobami pełnoletnimi, warunkiem rozpoczęcia dozoru stacjonarnego jest uprzednia pisemna zgoda tych osób złożona do sądu albo komisji penitencjarnej, obejmująca także umożliwienie podmiotowi dozoru przeprowadzanie czynności kontrolnych. W razie potrzeby, na zarządzenie sędziego penitencjarnego albo na żądanie komisji penitencjarnej, kurator sądowy ustala, w drodze zebrania informacji, czy skazany zamieszkuje wspólnie z inną osobą lub osobami pełnoletnimi, a jeżeli tak, to uzyskuje dane personalne tych osób, a następnie poucza je o warunkach wykonywania kary w systemie dozoru elektronicznego oraz konsekwencjach, jakie wynikają z jej wykonywania dla osób zamieszkujących ze skazanym. Kurator sądowy ustala warunki rodzinne oraz socjalno-bytowe, w których zamieszkuje skazany, w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonania kary w systemie dozoru elektronicznego. Informacje te kurator sądowy przekazuje niezwłocznie do sądu albo komisji penitencjarnej.

W przypadku dozoru zbliżeniowego lub mobilnego, po uzyskaniu od podmiotu dozoru informacji, że możliwe jest niezwłoczne rozpoczęcie wykonywania kary, sąd wydaje postanowienie o rozpoczęciu dozoru elektronicznego, w którym wyznacza termin i określa sposób zgłoszenia przez skazanego gotowości do

instalacji środków technicznych oraz określa, jakie środki techniczne mają zostać zainstalowane. Termin ten nie może być dłuższy niż 24 godziny od zwolnienia skazanego z zakładu karnego, a jeśli skazany przebywa na wolności, nie dłuższy niż 24 godziny od ogłoszenia lub doręczenia skazanemu postanowienia o rozpoczęciu dozoru elektronicznego. Jeżeli wobec skazanego przebywającego w zakładzie karnym orzeczono dozór mobilny lub zbliżeniowy, można wyznaczyć termin założenia nadajnika w okresie do 7 dni przed zakończeniem odbywania kary lub warunkowym przedterminowym zwolnieniem.

Jeżeli wobec skazanego orzeczono zakaz zbliżania się do określonej osoby kontrolowany w systemie dozoru elektronicznego, sąd poucza tę osobę o prawie do wystąpienia z wnioskiem o wyposażenie jej w rejestrator przenośny albo stacjonarny. Jeżeli osoba chroniona nie wystąpi z wnioskiem, w terminie miesiąca od otrzymania pouczenia, albo oświadczy, że nie będzie korzystać z rejestratora, sąd orzeka o zmianie dozoru zbliżeniowego na dozór mobilny.

Warunki zezwolenia na odbycie kary w systemie dozoru elektronicznego

Sąd penitencjarny może udzielić osobie uzależnionej, która została skazana zezwolenia na odbycie kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego, jeżeli zostały spełnione łącznie następujące warunki:

1. wobec skazanego orzeczono karę pozbawienia wolności nieprzekraczającą jednego roku i 6 miesięcy albo wobec skazanego orzeczono karę pozbawienia wolności w wymiarze niższym niż 3 lata i któremu do odbycia w zakładzie karnym pozostała część tej kary w wymiarze nie większym niż 6 miesięcy, a nie zachodzą warunki przewidziane w art. 64 § 2⁵, art. 64a⁶ lub art. 65 § 1 i 2⁷ Kodeksu karnego;
2. odbywaniu kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego nie stoją na przeszkodzie szczególne względy wskazujące, że w razie odbycia kary w tym systemie nie zostaną osiągnięte cele kary;
3. skazany posiada określone miejsce stałego pobytu⁸;
4. osoby pełnoletnie zamieszkujące wspólnie ze skazanym wyraziły zgodę;
5. odbywaniu kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego nie stoją na przeszkodzie warunki techniczne.

Skazanemu, który nie rozpoczął wykonywania kary w zakładzie karnym, można udzielić zezwolenia na odbycie kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego, jeżeli względy bezpieczeństwa i stopień demoralizacji, a także inne szczególne okoliczności nie przemawiają za potrzebą osadzenia skazanego w zakładzie karnym.

Skazanemu, który rozpoczął już odbywanie kary w zakładzie karnym, można udzielić zezwolenia na odbycie w systemie dozoru elektronicznego pozostałej części kary, jeżeli za udzieleniem zezwolenia przemawiają dotychczasowa postawa i zachowanie skazanego.

Oznacza to, że sąd penitencjarny może przyznać zezwolenie na odbycie kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego, jeśli spełnione są określone warunki, takie jak długość nałożonej kary, brak przeszkód do odbycia kary w tym systemie oraz posiadanie stałego miejsca zamieszkania ze zgodą osób pełnoletnich. Osobom, które nie rozpoczęły odbywania kary w zakładzie karnym, można przyznać to zezwolenie, jeśli względy bezpieczeństwa oraz inne szczególne okoliczności nie wymagają ich osadzenia. Jeżeli skazany zamieszkuje wspólnie z inną osobą lub osobami pełnoletnimi, warunkiem rozpoczęcia dozoru stacjonarnego jest uprzednia pisemna zgoda tych osób złożona do sądu albo komisji penitencjarnej, obejmująca także umożliwienie podmiotowi dozorujszącemu przeprowadzanie czynności kontrolnych. Dla skazanych, którzy już odbywają karę, istnieje możliwość przeniesienia na system dozoru elektronicznego, jeśli ich dotychczasowa postawa i zachowanie uzasadniają taką decyzję.

Komisja penitencjarna może udzielić skazanemu zezwolenia na odbycie kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego, jeżeli zostały spełnione łącznie następujące warunki:

1. wobec skazanego orzeczono karę pozbawienia wolności nieprzekraczającą 4 miesięcy, a nie zachodzą warunki przewidziane w art. 64 § 2, art. 64a lub art. 65 § 1 lub 2 Kodeksu karnego;
2. skazany rozpoczął już odbywanie kary w zakładzie karnym;
3. odbywaniu kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego nie stoją na przeszkodzie szczególne względy wskazujące, że w razie odbycia kary w tym systemie nie zostaną osiągnięte cele kary;

4. za udzieleniem zezwolenia przemawiają dotychczasowa postawa i zachowanie skazanego w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności;
5. skazany posiada określone miejsce stałego pobytu;
6. osoby pełnoletnie zamieszkujące wspólnie ze skazanym wyraziły zgodę,
7. odbywaniu kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego nie stoją na przeszkodzie warunki techniczne.

Sąd penitencjarny może cofnąć zezwolenie na odbycie kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego w określonych prawem sytuacjach. Jest to możliwe, gdy skazany nie dotrzyma wyznaczonego terminu zgłoszenia gotowości do podmiotu dozorujszącego lub unika natychmiastowego zainstalowania przez ten podmiot rejestratora czy założenia nadajnika. Ponadto jeżeli skazany, przebywając w systemie dozoru elektronicznego, naruszył prawo, na przykład popełniając przestępstwo lub przestępstwo skarbowe, albo unika wypełnienia obowiązków związanych z dozorem lub innych nałożonych obowiązków wówczas również Sąd penitencjarny może cofnąć zezwolenie na odbycie kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego. Jak już wspomniano, nie bez znaczenia są warunki techniczne. Kara może być wykonywana w systemie dozoru elektronicznego jedynie wówczas, gdy pozwalają na to warunki techniczne, obejmujące w szczególności liczbę oraz zasięg dostępnych nadajników i rejestratorów oraz możliwości organizacyjne ich obsługi. W razie gdy warunki techniczne nie są wystarczające do jednoczesnego objęcia dozorem mobilnym wszystkich skazanych, wobec których dozór taki został orzeczony, w pierwszej kolejności kieruje się do wykonania dozory mobilne orzeczone jako środek zabezpieczający. Dla przykładu warto odwołać się do rozstrzygnięcia Sądu Apelacyjnego w Krakowie, który stwierdził, że brak możliwości skalibrowania urządzenia elektronicznego tylko do obrębu nieruchomości zajmowanej przez skazanego, skutkuje uznaniem braku przesłanek formalnych do rozpoznawania wniosku o udzielenie zgody na odbycie kary w systemie dozoru elektronicznego⁹.

Reasumując, osoba uzależniona może skorzystać z systemu dozoru elektronicznego w następujących sytuacjach:

1. **Krótki wymiar kary:** gdy nałożona kara pozbawienia wolności nie przekracza jednego roku i 6 miesięcy, lub gdy kara wynosi mniej niż 3 lata, a pozostała

- część do odbycia w zakładzie karnym nie jest większa niż 6 miesięcy.
2. **Brak przeszkód prawnych:** jeśli nie zachodzą warunki, które uniemożliwiałyby odbycie kary w systemie dozoru elektronicznego, takie jak sytuacje określone w art. 64 § 2, art. 64a lub art. 65 Kodeksu karnego.
 3. **Miejsce pobytu:** osoba musi posiadać stałe miejsce zamieszkania, które będzie dostępne dla służb dozоровych (w ocenie Sądu Apelacyjnego w Krakowie, warunek „miejsca stałego pobytu” w rozumieniu art. 43la § 1 KKW, w przypadku zezwolenia na odbywanie kary w systemie dozoru elektronicznego wyczerpuje również sytuacja, gdy skazany czasowo przebywa w konkretnym miejscu, gdzie wykonuje pracę oraz prowadzi życie osobiste, a nie ma on miejsca zamieszkania lub dotknięty jest bezdomnością¹⁰).
 4. **Zgoda osób zamieszkujących wspólnie:** w przypadku, gdy w miejscu zamieszkania skazany mieszka z osobami pełnoletnimi, muszą one wyrazić zgodę na ten system dozoru.
 5. **Zgodność z warunkami technicznymi:** system dozoru elektronicznego musi być technicznie możliwy do zrealizowania w danym przypadku, zgodnie z wymogami prawnymi.

Dodatkowo, jeśli osoba jeszcze nie rozpoczęła odbywania kary w zakładzie karnym, może ubiegać się o dozór elektroniczny, jeśli względy bezpieczeństwa oraz stopień demoralizacji nie wymagają jej osadzenia.

Obowiązki związane z systemem dozoru elektronicznego

Skazany ma obowiązek zgłosić podmiotowi dozoru, w terminie i w sposób, które zostały określone przez sąd albo komisję penitencjarną, gotowość do instalacji środków technicznych.

Jak już wspomniano, są różne rodzaje dozoru, tj. dozór elektroniczny, dozór stacjonarny, dozór mobilny oraz dozór zbliżeniowy. Każdy z tych rodzajów dozoru wiąże się z określonymi obowiązkami prawnymi dla osoby, która jest poddawana takiemu nadzorowi. Oznacza to, że dana osoba musi przestrzegać zasad i warunków narzuconych przez prawo, związanych z danym rodzajem dozoru. Skazany, wobec którego wykonywany jest **dozór elektroniczny**, ma obowiązek:

- nieprzerwanie nosić nadajnik;

- dbać o powierzone mu środki techniczne, w tym zwłaszcza chronić je przed utratą, zniszczeniem, uszkodzeniem lub uczynieniem niezdatnymi do użytku, oraz zapewniać ich stałe zasilanie energią elektryczną;
- udostępniać podmiotowi dozoru powierzone środki techniczne do kontroli, naprawy lub wymiany na każde żądanie tego podmiotu, w tym również umożliwiając pracownikom tego podmiotu wejście do pomieszczeń, w których skazany przebywa, lub na nieruchomości stanowiącą jego własność lub będącą w jego zarządzie;
- udzielać prezesowi sądu lub upoważnionemu sędziemu, sądowemu kuratorowi zawodowemu, podmiotowi dozoru i podmiotowi prowadzącemu centralę monitorowania wyjaśnień dotyczących przebiegu odbywania kary i wykonywania nałożonych obowiązków oraz stawiać się na wezwania sędziego i kuratora.

Skazany, wobec którego wykonywany jest **dozór stacjonarny**, ma ponadto obowiązek:

- pozostawać we wskazanym przez sąd albo komisję penitencjarną miejscu w wyznaczonym czasie¹¹;
- odbierać połączenia przychodzące do rejestratora stacjonarnego;
- umożliwiać sądowemu kuratorowi zawodowemu wejście do mieszkania lub na nieruchomość, gdzie zainstalowano rejestrator;
- udzielać osobom upoważnionym, na ich żądanie, wyjaśnień, dotyczących przebiegu odbywania kary i wykonywania nałożonych obowiązków, również przy użyciu rejestratora stacjonarnego.

Skazany, wobec którego wykonywany jest **dozór mobilny lub zbliżeniowy**, ma ponadto obowiązek:

- nieprzerwanie nosić rejestrator przenośny;
- odbierać połączenia przychodzące do rejestratora przenośnego;
- udzielać osobom upoważnionym, na ich żądanie, wyjaśnień dotyczących przebiegu odbywania kary i wykonywania nałożonych obowiązków, również przy użyciu rejestratora przenośnego.

Ponadto sąd penitencjarny może nałożyć na skazanego odbywającego karę pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego obowiązki określone w art. 72 Kodeksu karnego. Obowiązki, o których mowa powyżej, są następujące: informowanie sądu lub kuratora o przebiegu okresu próby, przeproszenie pokrzywdzonego, wykonywanie ciążącego obowiązku łżenia na utrzy-

manie innej osoby, wykonywanie pracy zarobkowej, do nauki lub przygotowania się do zawodu, powstrzymanie się od nadużywania alkoholu lub używania innych środków odurzających, poddanie się terapii uzależnień, poddanie się terapii, w szczególności psychoterapii lub psychoedukacji, uczestnictwo w oddziaływaniach korekcyjno-edukacyjnych, powstrzymanie się od przebywania w określonych środowiskach lub miejscach, powstrzymanie się od kontaktowania się z pokrzywdzonym lub innymi osobami w określony sposób lub zbliżania się do pokrzywdzonego lub innych osób, opuszczenie lokalu zajmowanego wspólnie z pokrzywdzonym oraz inne stosowne postępowanie, które może zapobiec popełnieniu ponownie przestępstwa¹².

Odpowiedzialność prawna za zniszczenie lub uszkodzenie środków technicznych służących do wykonywania dozoru elektronicznego

Przepisy prawa przewidują odpowiedzialność za zniszczenie lub uszkodzenie środków technicznych służących do wykonywania dozoru elektronicznego. Zgodnie z art. 66a Kodeksu wykroczeń (dalej: KW)¹³, osoba, wobec której wykonuje się karę, środek karny lub środek zabezpieczający, w systemie dozoru elektronicznego, albo osoba chroniona, która umyślnie dopuszcza do zniszczenia, uszkodzenia, uczynienia niezdatnym do użytku nadajnika, rejestratora stacjonarnego lub przenośnego stanowiących środki techniczne służące do wykonywania dozoru elektronicznego, podlega karze aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny. Czyn polega w tym przypadku na dopuszczeniu do zniszczenia, uszkodzenia, uczynienia niezdatnym do użytku. Sprawca nie musi sam przez własne działanie wskazanych w przepisie przedmiotów zniszczyć, uszkodzić czy uczynić niezdatnymi do użytku¹⁴. Wykroczenie z art. 66a KW może zostać popełnione przede wszystkim przez zaniechanie, ale nie można wykluczyć również działania. Omawiane wykroczenie ma charakter materialny, co oznacza, że do jego znamion należy skutek w postaci zniszczenia, uszkodzenia lub uczynienia wskazanego przedmiotu niezdatnym do użytku. Sprawca zatem będzie ponosić odpowiedzialność wówczas, gdy dopuszcza do nastąpienia wskazanych w nim skutków. Nie muszą one nastąpić w wyniku oddziaływania jakiegś innej osoby.

Skutek ów może pojawić się w efekcie zadziałania praw fizyki, naturalnej konsekwencji pewnych zdarzeń lub ich braku. Stanowi realizację znamion tego wykroczenia dopuszczenie do rozładowania się urządzenia, gdy sprawca umyślnie nie podłącza go do źródła prądu. Rozładowane urządzenie staje się niezdatne do użytku. Podobnie należy potraktować sytuację, gdy sprawca zostawia np. urządzenie na ganku lub w otwartym oknie podczas ulewnego deszczu. Jeżeli woda spowoduje uszkodzenie urządzenia, sprawca zrealizuje znamiona „dopuszczenia do uszkodzenia”¹⁵.

Wykroczenie z art. 66a KW może zostać popełnione wyłącznie przez podmioty wskazane w tym przepisie: osobę, wobec której wykonuje się karę, środek karny lub środek zabezpieczający, w systemie dozoru elektronicznego oraz osobę chronioną. Osoba, wobec której wykonuje się karę, środek karny lub środek zabezpieczający w trybie dozoru elektronicznego, ma obowiązek m.in. dbać o powierzone jej środki techniczne, w tym zwłaszcza chronić je przed utratą, zniszczeniem, uszkodzeniem lub uczynieniem niezdatnymi do użytku, oraz zapewniać ich stałe zasilanie energią elektryczną (art. 43n § 1 pkt 2 KKW). Zrealizowanie znamion omawianego wykroczenia uniemożliwia spełnienie jeszcze jednego obowiązku – odbierania połączeń przychodzących do rejestratora stacjonarnego (art. 43n § 2 pkt 2 KKW). Osoba chroniona jest to pokrzywdzony, względem którego na sprawcę został nałożony na podstawie art. 41a KK zakaz zbliżania się. Osoba taka może, jeżeli wobec skazanego orzeczono zakaz zbliżania się do niej kontrolowany w systemie dozoru elektronicznego, wystąpić z wnioskiem o wyposażenie jej w rejestrator przenośny albo stacjonarny (art. 43l KKW).

Uwagi końcowe

Jak czytamy na stronie Ministerstwa Sprawiedliwości, „od 2009 roku z Systemu Dozoru Elektronicznego skorzystało już ponad 200 tysięcy osób, a Polska osiągnęła jedno z najwyższych miejsc w Europie pod względem liczby skazanych objętych dozorem elektronicznym w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców”¹⁶. Wykonywanie kary pozbawienia wolności w Systemie Dozoru Elektronicznego posiada duży potencjał resocjalizacyjny ze względu na minimalizowanie patologicznego wpływu izolacji więziennej na osobę pozbawioną wolności w różnych jej wymiarach¹⁷. Oznacza to, że osoba uza-

leżniona również może skorzystać z Systemu Dozoru Elektronicznego, przy spełnieniu warunków, o których mowa była w niniejszym opracowaniu.

W ocenie Sądu Apelacyjnego w Krakowie, dozór elektroniczny powinien dotyczyć przede wszystkim sprawców wchodzących w konflikt z prawem po raz pierwszy lub niezdemoralizowanych – ale zarazem takich, wobec których zastosowanie jedynie kar wolnościowych *sensu stricto*, nie byłoby odpowiednie¹⁸. Przesłanki udzielenia skazanemu zezwolenia na odbywanie kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego mają charakter ocenny, jednakże sąd nie może skupiać się tylko na okolicznościach dotyczących czynu i czynić je decydującymi, bowiem w tym postępowaniu sąd penitencjarny ma ustalić, czy cechy sprawcy, a więc jego postawa, właściwości i warunki osobiste, w różnych ich aspektach, pozwolą w sposób niezakłócony osiągnąć cele szczególnie-prewencyjne kary odbywanej w tym systemie¹⁹.

Przypisy

- ¹ Środek zabezpieczający to instytucja prawna stosowana w polskim prawie karnym, mająca na celu ochronę społeczeństwa przed osobami, które mogą stanowić zagrożenie z uwagi na swoje zachowanie oraz problemy, takie jak np. uzależnienia. Katalog środków zabezpieczających jest następujący: elektroniczna kontrola miejsca pobytu, terapia, terapia uzależnień, pobyt w zakładzie psychiatrycznym lub innym zakładzie zamkniętym. Środek zabezpieczający i sposób jego wykonywania powinien być odpowiedni do stopnia społecznej szkodliwości czynu zabronionego, który sprawca może popełnić oraz prawdopodobieństwa jego popełnienia, a także uwzględnić potrzeby i postępy w terapii lub terapii uzależnień. Warto w tym kontekście zauważyć, że czasu stosowania środka zabezpieczającego nie określa się z góry. Środki zabezpieczające, (w tym także elektroniczną kontrolę miejsca pobytu), można orzec wobec sprawcy m.in. w razie skazania za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka. Sprawca, wobec którego orzeczono elektroniczną kontrolę miejsca pobytu, ma obowiązek poddania się nieprzerwanej kontroli miejsca swojego pobytu sprawowanej za pomocą urządzeń technicznych, w tym noszonego nadajnika.
- ² Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy, Dz.U. z 2025 r. poz. 911, 1423.
- ³ Środkami technicznymi służącymi do wykonywania dozoru elektronicznego są: 1) centrala monitorowania;
- ²⁾ system teleinformatyczny, za pomocą którego podmiot prowadzący centralę monitorowania, podmiot dozoru, sądy, sądowi kuratorzy zawodowi i inne uprawnione podmioty przetwarzają informacje związane z organizowaniem i kontrolowaniem wykonywania kar w systemie dozoru elektronicznego (system komunikacyjno-monitorujący); 3) nadajniki; 4) rejestratory stacjonarne i przenośne.
- ⁴ I. Zgoliński w: Kodeks karny wykonawczy. Komentarz red. J. Lachowski, Warszawa 2023, komentarz on-line do artykułu 43b KKW, TEZA 3.
- ⁵ Jeżeli sprawca uprzednio skazany za przestępstwo umyślne na karę pozbawienia wolności popełnia w ciągu 5 lat po odbyciu co najmniej 6 miesięcy kary umyślne przestępstwo podobne do przestępstwa, za które był już skazany, sąd wymierza karę przewidzianą za przypisane przestępstwo w wysokości powyżej dolnej granicy ustawowego zagrożenia, a może ją wymierzyć w wysokości do górnej granicy ustawowego zagrożenia zwiększonego o połowę LUB jeżeli sprawca w ciągu 5 lat po odbyciu co najmniej 6 miesięcy kary pozbawienia wolności orzeczonej za zbrodnię zabójstwa w związku ze zgwałceniem lub za przestępstwo przeciwko wolności seksualnej zagrożone

- karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 8 lat, popełnia ponownie taką zbrodnię lub takie przestępstwo, sąd wymierza karę pozbawienia wolności przewidzianą za przypisane przestępstwo w wysokości od dolnej granicy ustawowego zagrożenia zwiększonego o połowę do górnej granicy ustawowego zagrożenia zwiększonego o połowę (podwyższenie górnego ustawowego zagrożenia nie dotyczy zbrodni), który odbył łącznie co najmniej rok kary pozbawienia wolności i w ciągu 5 lat po odbyciu w całości lub części ostatniej kary popełnia ponownie umyślne przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu, przestępstwo zgwałcenia, rozboju, kradzieży z włamaniem lub inne przestępstwo przeciwko mieniu popełnione za użyciem przemocy lub groźbą jej użycia, sąd wymierza karę pozbawienia wolności przewidzianą za przypisane przestępstwo w wysokości od dolnej granicy ustawowego zagrożenia zwiększonego o połowę do górnej granicy ustawowego zagrożenia zwiększonego o połowę.
- ⁶ Jeżeli sprawca w ciągu 5 lat po odbyciu co najmniej 6 miesięcy kary pozbawienia wolności orzeczonej za zbrodnię zabójstwa w związku ze zgwałceniem lub za przestępstwo przeciwko wolności seksualnej zagrożone karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 8 lat, popełnia ponownie taką zbrodnię lub takie przestępstwo, sąd wymierza karę pozbawienia wolności przewidzianą za przypisane przestępstwo w wysokości od dolnej granicy ustawowego zagrożenia zwiększonego o połowę do górnej granicy ustawowego zagrożenia zwiększonego o połowę.
- ⁷ Przepisy dotyczące wymiaru kary, środków karnych oraz środków związanych z poddaniem sprawcy próbie, przewidziane wobec sprawcy określonego w art. 64 § 2, stosuje się także do sprawcy, który z popełnienia przestępstwa uczynił sobie stałe źródło dochodu lub popełnia przestępstwo działając w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa oraz wobec sprawcy przestępstwa o charakterze terrorystycznym.
- ⁸ W ocenie Sądu Apelacyjnego, warunek "miejsca stałego pobytu" w rozumieniu art. 43la § 1 KKW, w przypadku zezwolenia na odbywanie kary w systemie dozoru elektronicznego wyczerpuje również sytuacja, gdy skazany czasowo przebywa w konkretnym miejscu, gdzie wykonuje pracę oraz prowadzi życie osobiste, a nie ma on miejsca zamieszkania lub dotknięty jest bezdomnością, postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie - II Wydział Karny z dnia 20 maja 2025 r., II AKz 365/25, Legalis nr 3226443.
- ⁹ Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie - II Wydział Karny z dnia 20 kwietnia 2022 r., II AKz 348/22, Legalis nr 2690822.
- ¹⁰ Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie - II Wydział Karny z dnia 20 maja 2025 r., II AKz 365/25, Legalis nr 3226443.
- ¹¹ Obowiązek ten obejmuje pozostawanie skazanego w miejscu stałego pobytu lub w innym wskazanym miejscu w wyznaczonym czasie. Sąd penitencjarny albo komisja penitencjarna określa przedziały czasu w ciągu doby i w poszczególnych dniach tygodnia, w których skazany ma prawo się oddalić z miejsca stałego pobytu lub innego wskazanego miejsca na okres nieprzekraczający 12 godzin dziennie, w szczególności w celu: świadczenia pracy; wykonywania praktyk religijnych lub korzystania z usług religijnych; sprawowania opieki nad osobą małoletnią, osobą niedołązną lub chorą; kształcenia i samokształcenia oraz wykonywania twórczości własnej; korzystania z urządzeń lub zajęć kulturalno-oświatowych i sportowych; komunikowania się z obrońcą, pełnomocnikiem oraz wybranym przez siebie przedstawicielem, o którym mowa w art. 42KW; komunikowania się z podmiotami, o których mowa w art. 38 § 1 KW; utrzymywania więzi z rodziną lub innymi bliskimi osobami; korzystania z opieki medycznej lub udziału w terapii; dokonania niezbędnych zakupów.
- ¹² Obowiązki te mogą zostać nałożone również na wniosek prokuratora lub sądownego kuratora zawodowego, a także komisji penitencjarnej, jeżeli udzieliła skazanemu zezwolenia na odbycie kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego.
- ¹³ Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń, Dz. U. z 2025 r., poz. 734.
- ¹⁴ Magdalena Budyn-Kulik w: Kodeks wykroczeń. Komentarz pod red. Daniluk, Warszawa 2023, wydanie on-line, komentarz do art. 66 a, teza 2.
- ¹⁵ Ibidem.
- ¹⁶ <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/wiecej-skazanych-objetych-sde--co-zmieni-sie-w-2025-roku>, dostęp z dnia 30.11.2025 r.
- ¹⁷ Aldona Nawój-Sleszyński, Realizacja celów wykonywania kary pozbawienia wolności poza zakładem karnym w Systemie Dozoru Elektronicznego, PROBACJA, nr 1/2025, s. 97.
- ¹⁸ Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie - II Wydział Karny z dnia 29 marca 2023 r., II AKz 335/23, Legalis nr 2935489.
- ¹⁹ Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie - II Wydział Karny z dnia 22 listopada 2021 r., II AKz 1274/21, Prokuratura i Prawo 2022 nr 5, poz. 38.

Ustawa o zatrudnieniu socjalnym z 2003 roku stworzyła ramy dla nowatorskiego podejścia do osób wykluczonych. Zatrudnienie socjalne miało wypełnić lukę pomiędzy biernymi formami pomocy a otwartym rynkiem pracy. Stało się swoistym pomostem łączącym pomoc społeczną i otwarty rynek pracy. Umożliwia ono uczestnictwo w zajęciach reintegracji zawodowej i społecznej, a następnie stopniowy powrót do aktywności zawodowej wielu osobom doświadczającym różnego rodzaju wykluczenia społecznego.

ROLA ZATRUDNIENIA SOCJALNEGO W KLUBACH I CENTRACH INTEGRACJI SPOŁECZNEJ – JAK REINTEGRACJA SPOŁECZNO-ZAWODOWA ZMIENIA LUDZKIE HISTORIE

Justyna Rozbicka-Stanisławska
Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień w Gdańsku

Wprowadzenie

Choć o wykluczeniu społecznym mówi się dziś coraz częściej, niewiele osób zdaje sobie sprawę, jak złożony i długotrwały jest proces powrotu do pełnego uczestnictwa w życiu zawodowym i społecznym. Zjawisko wykluczenia społecznego pozostaje jednym z najpoważniejszych wyzwań współczesnej polityki społecznej. Osoby, które od lat pozostają poza rynkiem pracy, po kryzysach zdrowotnych, wychodzące z uzależnień, mierzące się z kryzysem bezdomności czy opuszczające zakłady karne, zmagają się nie tylko z brakiem zatrudnienia. Muszą także odzyskać poczucie sprawczości, pewność siebie, umiejętność współpracy z innymi, a często również podstawowe kompetencje społeczne. Badania wskazują, że reintegracja społeczna i zawodowa wymaga wielowymiarowego wsparcia, dostosowanego do indywidualnych potrzeb oraz możliwości uczestników (Grotowska-Leder, 2015; Szarfenberg, 2018). W tym kontekście szczególną rolę odgrywają podmioty zatrudnienia socjalnego: Kluby Integracji Społecznej (KIS) oraz Centra Integracji Społecznej (CIS). Kluby Integracji Społecznej (KIS) oraz Centra Integracji Społecznej (CIS) są miejscami, które od lat skutecznie pomagają przejść tę trudną drogę. To przestrzenie, w których praca zaczyna się nie od CV, ale od człowieka. Od jego historii, możliwości, ograniczeń i nadziei. Artykuł przedstawia rolę zatrudnienia socjalnego w tych instytucjach w ujęciu praktycznym, społecznym, opartym zarówno

na przepisach prawa, jak i na realnych przykładach zmian w życiu uczestników.

Zatrudnienie socjalne – fundament systemu wsparcia

Ustawa o zatrudnieniu socjalnym z 13 czerwca 2003 roku stworzyła ramy dla nowatorskiego podejścia do osób wykluczonych. Zatrudnienie socjalne miało wypełnić lukę pomiędzy biernymi formami pomocy a otwartym rynkiem pracy. Stało się swoistym pomostem łączącym pomoc społeczną i otwarty rynek pracy. Umożliwia ono uczestnictwo w zajęciach reintegracji zawodowej i społecznej, a następnie stopniowy powrót do aktywności zawodowej wielu osobom doświadczającym różnego rodzaju wykluczenia społecznego.

Osoby wykluczone społecznie, o których mówi ustawa o zatrudnieniu socjalnym, mają najczęściej trudną sytuację finansową. Pośród wielu problemów, z jakimi się borykają (bieda, niepełnosprawność, brak zaradności życiowej, długotrwała choroba, czy uzależnienia), jednym z poważniejszych jest bezrobocie i bezradność na rynku pracy. Często jest on zarówno przyczyną, jak i skutkiem innych wymienionych problemów wskazanych grup odbiorców zatrudnienia socjalnego. Częstym zjawiskiem w przypadku tych osób jest występowanie korelacji wielu problemów społecznych jednocześnie. Łączne występowanie tak wielu trudnych zjawisk, w tym uzależnienia od alkoholu, czy

innych substancji psychoaktywnych wymaga przygotowania kompleksowych działań oraz wsparcia na kilku płaszczyznach m.in. psychologicznej, społecznej, socjalno-bytowej, zdrowotnej, zawodowej. Osoby te potrzebują zintegrowanego systemu wsparcia ukierunkowanego na odzyskanie przez nie poczucia własnej wartości, wiary we własne siły potrzebne do pokonywania różnego rodzaju barier pojawiających się na drodze ku usamodzielnieniu. Te same problemy występują najczęściej w środowisku osób uzależnionych od alkoholu, dlatego też ciężko im wrócić do środowiska i utrzymać abstynencję po zakończonej terapii. Wysoce zindywidualizowana, kompleksowa oferta zajęć w CIS gwarantuje wysoką jakość i efektywność działań.

Działania podmiotów zatrudnienia socjalnego skierowane są przede wszystkim do osób długotrwale bezrobotnych, osób w kryzysie bezdomności, osób borykających się z uzależnieniem, osób doświadczających przemocy, osób opuszczających zakłady karne, osób z niepełnosprawnościami, osób w kryzysie uchodźczym, osób z chorobami psychicznymi. Katalog potencjalnych uczestników podmiotów zatrudnienia socjalnego cały czas się zmienia, gdyż zmienia się otaczająca nas rzeczywistość.

Zatrudnienie socjalne powstało z myślą również o osobach, które mają nakładające się wykluczenia. Bardzo często np. kryzys bezdomności pociąga za sobą również problem z uzależnieniem czy zaburzenie psychiczne, które współwystępuje jednocześnie. Osoby z tak skomplikowanym życiorysem potrzebują dużo czasu, aby móc powrócić do pełnienia ról społecznych, takich jak pracownik, sąsiad, kolega czy współlokator. W takich sytuacjach proces reintegracji jest długotrwały i wymaga akceptacji podążania za małymi krokami uczestnika bądź uczestniczki zajęć w Centrum. W praktyce oznacza to, że osoba, która przez lata nie pracowała i z różnych powodów nie jest gotowa na etat, może w bezpiecznych warunkach nauczyć się na nowo funkcjonowania w środowisku zawodowym, ale też wesprzeć cały proces odnalezienia się w środowisku społecznym. Kluby i Centra Integracji Społecznej pomagają odbudować nawyki, wzmocnić motywację, ale też zrozumieć, że porażki są elementem procesu, a nie ostateczną diagnozą człowieka.

Kluby Integracji Społecznej – pierwszy krok do zmiany

KIS pełnią przede wszystkim rolę środowiska wstępnej aktywizacji. Są miejscem, w którym uczestnik odbudowuje podstawowe kompetencje społeczne oraz

psychiczne zasoby pozwalające na wejście w proces reintegracji zawodowej. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że osoby długotrwale bezrobotne często wymagają najpierw odbudowy motywacji, poczucia sprawczości i nawyków funkcjonowania w grupie, zanim będą gotowe do podjęcia aktywności zawodowej (Kalinowska, 2020).

W praktyce działania KIS obejmują: treningi kompetencji społecznych, warsztaty rozwoju osobistego, doradztwo zawodowe, konsultacje psychologiczne, trening budżetowy oraz zajęcia integracyjne. Kluby są miejscem, gdzie uczestnik „uczy się siebie na nowo”, w warunkach bezpiecznych i elastycznych.

KIS są miejscem, gdzie zaczyna się odbudowa życia. To tu trafiają osoby, które często dopiero osuwają się z myślą o powrocie do aktywności. Jest to luźna forma aktywizacji bez określonych na sztywno ram czasowych. Warunkiem udziału w tych zajęciach jest podpisanie kontraktu socjalnego w ośrodku pomocy społecznej. Pracownicy KIS mówią często, że zanim człowiek zacznie pracować, musi „zacząć wierzyć, że może pracować”. To właśnie w klubach pojawia się pierwsza zmiana – uczestnicy uczą się systematyczności, przełamywania izolacji, radzenia sobie z emocjami czy budowania relacji.

Centra Integracji Społecznej – miejsce, gdzie teoria spotyka się z praktyką

CIS to kolejny etap, ale o innym charakterze. To tu zaczyna się realna praca nad zmianą. Uczestnicy angażują się w zajęcia zawodowe w pracowniach tematycznych – od usług porządkowych, przez gastronomię, rękodzieło, po prace budowlane czy ogrodnicze. W przeciwieństwie do tradycyjnych kursów, wszystko odbywa się „na żywym organizmie”. Zadania są prawdziwe, a ich efekty widoczne od razu.

Centrum Integracji Społecznej realizuje reintegrację zawodową i społeczną osób wykluczonych bądź zagrożonych wykluczeniem społecznym w oparciu o ustawę o zatrudnieniu socjalnym z dnia 13.06.2003 r. z późniejszymi zmianami, w tym osób z uzależnieniem od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych poprzez następujące usługi:

1. Kształcenie umiejętności pozwalających na pełnienie ról społecznych i osiągnięcie pozycji społecznych dostępnych osobom niepodlegającym wykluczeniu społecznemu.

2. Nabywanie umiejętności zawodowych oraz przyuczenie do zawodu, przekwalifikowanie lub podwyższenie kwalifikacji zawodowych.
3. Naukę planowania życia i zaspokajania potrzeb własnym staraniem, zwłaszcza przez możliwość osiągnięcia własnych dochodów przez zatrudnienie lub działalność gospodarczą.
4. Uczenie umiejętności racjonalnego gospodarowania posiadanymi środkami pieniężnymi.

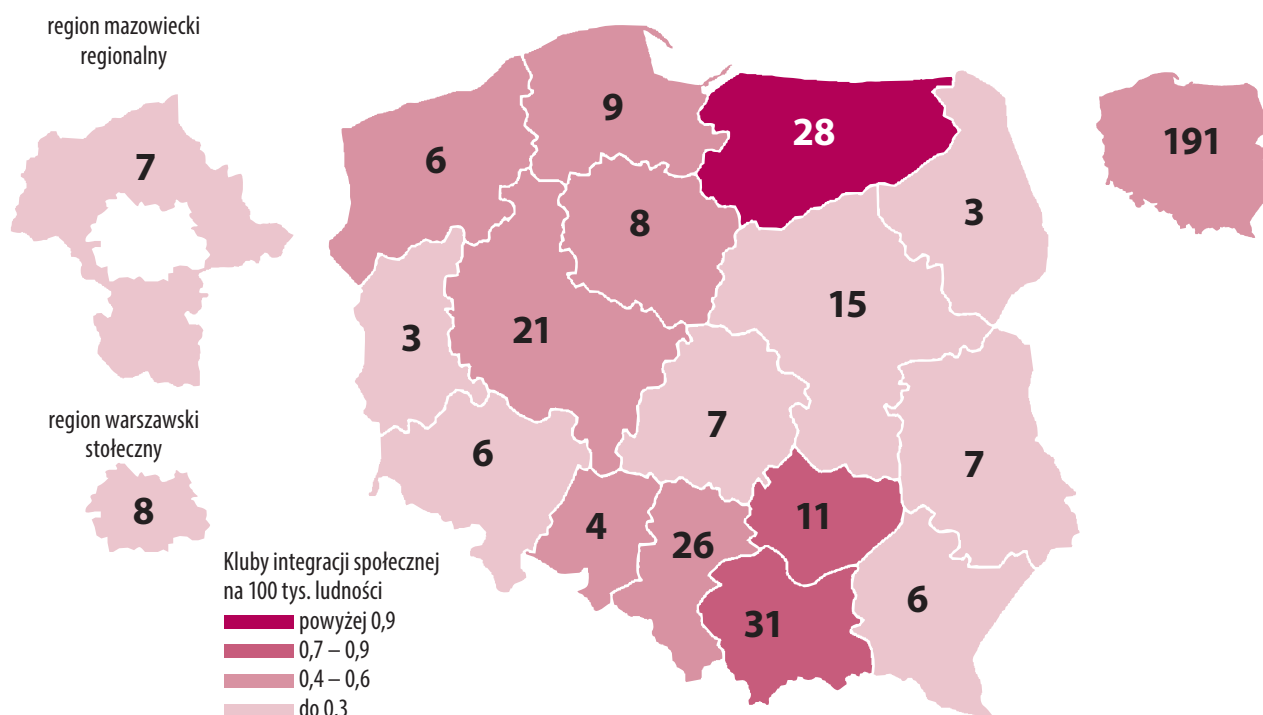
Centrum Integracji Społecznej jest o tyle ważnym miejscem na mapie instytucji zajmujących się pomocą społeczną, gdyż uwzględnia naczelną zasadę prawidłowo udzielonej pomocy – pomoc powinna uaktywniać, powinna przywracać umiejętność samodzielnego sterowania własnym życiem, nie powinna uzależniać. Powinna dać możliwość optymistycznego spojrzenia w przyszłość. W CIS naczelnym hasłem jest „praca zamiast zasiłku”, aczkolwiek trzeba pamiętać, że zatrudnienie samo w sobie nie rozwiąże wszystkich problemów społecznych. Aby konstruktywnie się z nimi uporać, potrzebne jest odpowiednie wsparcie. Każdy uczestnik CIS może liczyć na pracę i wsparcie specjalistów w rozwiązaniu nagromadzonych przez lata problemów o podłożu psychologicznym i społecznym.

CIS jest przede wszystkim przedsięwzięciem edukacyjnym, w którym osoby wykluczone społecznie, uczestnicząc w procesie reintegracji społecznej i zawodowej, uczą się zachowań społecznych i ekonomicznych, przygotowując się do pracy na otwartym rynku. Zatrudnienie socjalne nie jest pracą zarobkową, ale aktywnością, dzięki której osoba wykluczona zdobywa umiejętności zawodowe, znajduje miejsce w społeczeństwie, odzyskuje swoją sprawczość.

Uczestnictwo w CIS ma określoną strukturę. Skierować do udziału w zajęciach w Centrum, zgodnie z ustawą o zatrudnieniu socjalnym, może zakład lecznictwa odwykowego, powiatowe centrum pomocy rodzinie, ośrodek pomocy społecznej, a w przypadku przekształcenia ośrodka pomocy społecznej w centrum usług społecznych na podstawie przepisów Ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych – centrum usług społecznych, organizacja pozarządowa lub klub integracji społecznej. Można też zostać przyjętym na podstawie własnego wniosku lub wniosku przedstawiciela ustawowego złożonego bezpośrednio w jednostce.

Po przejściu procesu diagnozy wspólnie opracowuje się Indywidualny Program Zatrudnienia Socjalnego (IPZS). Program ten powinien określać zakres i formy reintegracji zawodowej i społecznej oraz określić osoby odpowiedzialne

Mapa 1. Kluby Integracji Społecznej według województw i regionów w 2022 roku.



Źródło: GUS; www.stat.gov.pl.

za realizację programu. Program na wniosek każdej ze stron może ulec zmianie w trakcie jego realizacji.

Zgodnie z ustawą udział w zajęciach to minimum 30 godzin tygodniowo. Najczęściej program w CIS realizowany jest od poniedziałku do piątku przez 6 godzin dziennie. Uczestnik może być objęty Indywidualnym Programem Zatrudnienia Socjalnego do 24 miesięcy. W tym czasie kierownik Centrum musi zapewnić uczestnikom: szkolenie w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy; przeprowadzenie odpowiednich badań lekarskich; odzież roboczą i obuwie robocze; bezpieczne i higieniczne warunki uczestnictwa w zajęciach, w tym środki ochrony indywidualnej; nieodpłatnie jeden posiłek dziennie w trakcie pobytu.

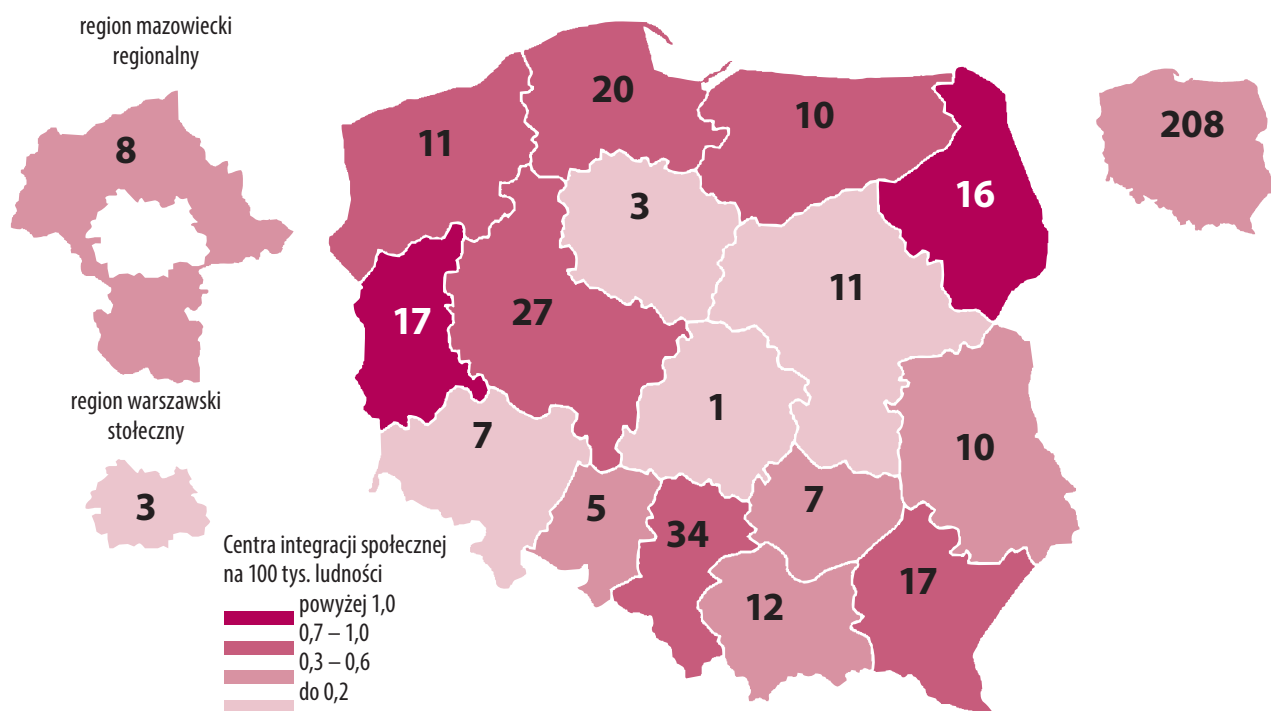
Uczestnikom zajęć w Centrum przysługuje ubezpieczenie z tytułu wypadku w trakcie pobytu w Centrum na podstawie przepisów o zaopatrzeniu z tytułu wypadków lub chorób zawodowych powstałych w szczególnych okolicznościach. Każdemu uczestnikowi od początku realizacji IPZS przysługuje świadczenie integracyjne w wysokości 120% zasiłku dla bezrobotnych tj. ok. 2000 zł miesięcznie. Ważne jest to, że świadczenie integracyjne jest wolne od zajęć komorniczych i wlicza się do okresu składkowego do emerytury w ZUS. Dodatkowo każdy uczestnik może

w okresie uczestnictwa wykorzystać 6 dni wolnych pełnopłatnych, a także do maksymalnie 3 dni nieobecności nieusprawiedliwionej w miesiącu, za które potrącane jest świadczenie integracyjne w wysokości 1/20 za każdy dzień. Ponadto za okres niezdolności do uczestniczenia w zajęciach wskutek choroby potwierdzonej przez lekarza, jednak nie dłuższy niż 21 dni w okresie całego uczestnictwa w Centrum, świadczenie integracyjne ulega zmniejszeniu o 1/40 za każdy dzień niezdolności.

Mając na uwadze powyższe, ważne jest, aby zauważyć, że tego typu zabezpieczenie potrzeb socjalno-bytowych uczestników CIS pozwala na szczegółową diagnozę i zajęcie się realnymi problemami człowieka, np. uzależnieniem czy doświadczaniem przemocy, które często są fundamentem pojawiającego się na dalszym etapie wykluczenia społecznego.

Bardzo dobrą praktyką może tu być nawiązanie współpracy z poradnią lub ośrodkiem terapii uzależnień. Dzięki wymianie doświadczeń i zapoznaniu specjalistów psychoterapii uzależnień z ofertą CIS-u, pacjenci ośrodka kończąc lub jeszcze będąc w procesie psychoterapii uzależnień, mogą zostać uczestnikami CIS-u i rozpocząć proces zmiany swojej sytuacji socjalno-bytowej i poprawy jakości życia.

Mapa 2. Centra Integracji Społecznej według województw i regionów w 2022 roku.



Źródło: GUS; www.stat.gov.pl.

Dzięki elastyczności oferty Centrum Integracji Społecznej z programu aktywizacji społeczno-zawodowej mogą skorzystać pacjenci będący np. w programie leczenia substytucyjnego. Bardzo często ta grupa pacjentów boryka się z trudnościami w obszarze socjalno-bytowym. W Centrum można zindywidualizować ofertę i dobrać zajęcia, które pozwolą na przykład na kontynuację leczenia substytucyjnego, a jednocześnie pozwolą realnie zmieniać sytuację życiową jednostki, w tym aktywizację zawodową. Bardzo często Centra Integracji Społecznej oferują swoim uczestnikom dostęp do porad prawnych. Tego typu działanie pozwala na uregulowanie zaległych spraw i postępowań, które często są dużym hamulcem w podjęciu zatrudnienia na otwartym rynku pracy.

Udział w zajęciach oferowanych przez podmioty zatrudnienia socjalnego stanowi również bogatą ofertę programu postrehabilitacyjnego. Zwłaszcza po wielomiesięcznej terapii w oddziałach stacjonarnych, gdzie proces zdrowienia i powrót do życia jest olbrzymim wyzwaniem dla pacjentów. Szeroki wachlarz zajęć społecznych, w tym różnego rodzaju warsztatów oraz wyjść czy wycieczek integracyjnych pozwala odkryć swoje pasje i zasoby.

CASE STUDY 1: Marek – odbudowa tożsamości zawodowej po izolacji penitencjarnej.

Marek, 42 lata, trafił do KIS po zakończeniu wieloletniej kary pozbawienia wolności. Zmagał się z bezradnością, dezorientacją i brakiem wiary, że może powrócić na rynek pracy. Początkowo pojawiał się nieregularnie, unikał pracy w grupie i otwartej komunikacji.

Po trzech miesiącach uczestnictwa w treningach kompetencji społecznych i konsultacjach indywidualnych udało mu się przejść do CIS. Początki w pracowni usług porządkowych były trudne – problemy z organizacją czasu, nieumiejętność współpracy. Dzięki instruktorom i wsparciu zespołu stopniowo odbudował poczucie sprawczości i kompetencji. Dziś pracuje w branży porządkowej, ma stabilne zatrudnienie i – jak sam podkreśla – „odzyskał normalność”, „wrócił do ludzi”.

CASE STUDY 2: Ewa – odbudowa relacji społecznych i drogi zawodowej.

Ewa, 37 lat, przez wiele lat zmagała się z kryzysem zdrowia psychicznego połączonym z narastającym wycofaniem społecznym. Jej funkcjonowanie było bardzo ograniczone, a podjęcie pracy wydawało się niemożliwe.

W KIS rozpoczęła od indywidualnej pracy z psychologiem oraz warsztatów kompetencji społecznych. Po kilku miesiącach przeszła do CIS, gdzie uczestniczyła w pracowni

rękodzieła. Udział w kiermaszach i warsztatach twórczych pozwolił jej odbudować relacje społeczne i poczuć wartość własnej pracy. Obecnie prowadzi drobną działalność twórczą, odzyskując stabilność i niezależność. Jak podkreśla – najważniejsze, że „odzyskała swoje życie”.

Znaczenie zatrudnienia socjalnego

Zatrudnienie socjalne to nie tylko zdobywanie kwalifikacji. To powrót do życia – krok po kroku, z pomocą specjalistów, w bezpiecznym tempie. Jego największą siłą jest kompleksowość: aktywizacja społeczna, rozwój kompetencji zawodowych, odbudowa motywacji oraz realne doświadczenie pracy.

Zatrudnienie socjalne pełni szczególną rolę w procesie zdrowienia osób z uzależnieniem od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Badania wskazują, że reintegracja społeczna jest jednym z kluczowych czynników utrzymania abstynencji i zapobiegania nawrotom. Udział w KIS i CIS oferuje:

1. Strukturyzację dnia i stabilizację funkcjonowania.
2. Odbudowę kompetencji społecznych osłabionych przez izolację i wieloletnie używanie substancji.
3. Wzmacnianie poczucia sprawczości i samoskuteczności – kluczowych w terapii uzależnień.
4. Redukcję stygmatyzacji poprzez aktywny udział w życiu społecznym i zawodowym.
5. Trening funkcjonowania w środowisku zadaniowym bez substancji.
6. Stopniowy, realistyczny powrót na rynek pracy.
7. Kompleksowe wsparcie w problemach współwystępujących – od zadłużeń po kryzysy rodzinne.

Te wszystkie elementy sprawiają, że podmioty zatrudnienia socjalnego stają się nie tylko narzędziem aktywizacji, lecz integralnym elementem procesu zdrowienia.

Bibliografia

- Grotowska-Leder J. (2015), Reintegracja społeczna i zawodowa osób wykluczonych, IPiSS.
- Kalinowska K. (2020), Rola instytucji zatrudnienia socjalnego w przeciwdziałaniu wykluczeniu społecznemu, *Polityka Społeczna*, nr 4.
- Rymsza M. (2014), *Aktywna polityka społeczna*, WUW.
- Szarfenberg R. (2018), *Pomoc społeczna i praca socjalna w systemie wsparcia osób wykluczonych*, ISP.
- Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym.

W Polsce z roku na rok zwiększana jest oferta dostępnych legalnie gier na rynku hazardowym – rośnie liczba salonów z automatami, rośnie liczba gier online. A przepisy o „odpowiedzialnej grze”, które miały zobowiązywać firmy do oddziaływań edukacyjnych i profilaktycznych, w praktyce okazały się martwe i nieskuteczne. Równolegle – kontrola nad grami nielegalnymi w internecie nadal jest niewystarczająca i mamy wzrost zainteresowania hazardem w grupie osób niepełnoletnich oraz wzrost liczby uzależnionych. Czy ten trend da się zatrzymać?

NORWEGIA I JEJ DOŚWIADCZENIE W POLITYCE HAZARDOWEJ CHRONIĄCEJ GRACZA

Maja Ruszpel
Fundacja Inspiratoria

Polska nie jest jedynym krajem na świecie, który ma problem z agresywną, dynamiczną polityką branży gier hazardowych online. Właściwie nie ma kraju na świecie, który nie borykałby się w mniejszym lub większym stopniu z nielegalnym hazardem lub grami na pieniądze online, które wymykają się ustawodawstwu – jak choćby mechanizmy gier hazardowych w grach komputerowych.

Eksperti „The Lancet” wzywają do zmiany polityki hazardowej

Rok temu naukowcy zgromadzeni wokół magazynu „The Lancet” przygotowali specjalną publikację poświęconą w całości uzależnieniu od hazardu¹ oraz wpływowi dostępności gier pieniężnych na zdrowie publiczne na całym świecie. Konieczne są – apelowała grupa skupiona wokół „The Lancet” – silniejsze regulacje skoncentrowane na zapobieganiu szkodom oraz ochronie zdrowia, a biorąc pod uwagę coraz bardziej globalny charakter branży, niezbędna jest międzynarodowa koordynacja w zakresie podejść regulacyjnych. Szczególnie, że hazard nigdy do tej pory w całej historii świata nie był tak łatwo dostępny i nigdy tak szybko się nie rozwijał. Tymczasem szkody dla zdrowia i dobrego samopoczucia wynikające z hazardu są poważniejsze, niż wcześniej sądzono i wykraczają poza zaburzenia związane z hazardem. Zdaniem specjalistów ewolucja branży hazardowej znajduje się w kluczowym momencie; zdecydowane działania podjęte teraz mogą zapobiec lub złagodzić szkody dla zdrowia w przyszłości. Tym samym specjaliści zaapelowali do rządów wszystkich krajów o zwiększenie prac mających na celu wypra-

cowanie racjonalnego prawa hazardowego. Wezwali jednocześnie polityków i ustawodawców do szybkich działań – jak dotąd bowiem, zdaniem naukowców, rządy na całym świecie poświęcały zbyt mało uwagi szkodom wynikającym z hazardu i nie zrobiły wystarczająco dużo, aby im zapobiegać lub je łagodzić.

Są jednak kraje, których wspomniany problem dotyczy w nieznacznym stopniu – jednym z nich jest Norwegia. Przykład polityki hazardowej, jaką prowadzą mieszkańcy tego najbardziej wysuniętego na północ kraju Europy, daje wiele do myślenia. Co więcej, może inspirować, bo przede wszystkim pokazuje, że świat, w którym gry hazardowe są wręcz na marginesie przemysłu rozrywkowego, jest możliwy.

Norwegia: skala uzależnienia

Gdy analizujemy skalę uzależnienia od hazardu w różnych krajach, Norwegia od lat plasuje się na jednym z ostatnich miejsc. I choć w tym kraju aż 61,8% mieszkańców ma do czynienia z grami hazardowymi – czyli dwukrotnie więcej niż w Polsce – to z analizy przeprowadzonej jesienią 2022 roku przez Centrum Badań nad Hazardem Uniwersytetu w Bergen wynika, że uzależnionych od hazardu jest „jedynie” 23 tys. mieszkańców kraju, czyli około 0,4% populacji. To – porównując do Polski – wynik imponujący, bowiem na 31,7% Polaków grających w gry hazardowe w ciągu ostatnich 12 miesięcy, aż 35 319 uprawia hazard w sposób świadczący o uzależnieniu.

Niestety, w Polsce w ciągu ostatnich pięciu lat liczba osób grających patologicznie – wzrosła o 30%. Tymczasem w Norwegii liczba osób uzależnionych... spadła – ponieważ wspomniane 23 tys. osób to połowa tego, co trzy lata wcześniej. (Ocenia się też, że w grupie zagrożonej uzależnieniem od hazardu jest 107 tys. osób, czyli o 15 tys. mniej niż w 2019 roku).

Pozostaje zadać sobie pytanie: jak oni to robią, że to działa?

Ustawa hazardowa i podstawowe zasady gry

Przede wszystkim wiąże się to z zupełnie różnym od naszego myśleniem na temat tego, czym jest państwo, jaka jest jego rola chroniąca, a także jakie aktywności swoich obywateli państwo nagradza, a do jakich zniechęca.

Jak więc duże są różnice w myśleniu o tym, czym jest i po co jest hazard w społeczeństwie, po co się pisze ustawę poświęconą regulacji jego istnienia w danym kraju, pokaże nam porównanie ustawy hazardowej obu krajów. Pierwsze paragrafy polskiej ustawy określają cel, w jakim powstała. Jest nim opisanie: *warunków urządzania gier hazardowych i zasad prowadzenia działalności w tym zakresie oraz zasad opodatkowania podatkiem od gier hazardowych, zwanym dalej „podatkiem od gier”*. Natomiast w norweskiej *Pengespilleloven*², czyli ustawie hazardowej przyjętej 18 marca 2022 roku paragraf pierwszy, który definiuje jej cele, pokazuje skrajnie różne od polskiego myślenie. Tymi celami są bowiem:

- *zapobieganie problemom związanym z uzależnieniem od hazardu oraz innym negatywnym konsekwencjom gier hazardowych;*
- *zapewnienie, że gry hazardowe będą prowadzone w odpowiedzialny i bezpieczny sposób;*
- *zapewnienie, że zyski z gier hazardowych będą przekazywane na publiczne cele niezarobkowe.*

Skądinąd w Norwegii wiele organizacji pozarządowych, jak SOS Wioski Dziecięce czy WWF, prowadzi punkty z grami, a seniorzy, obstawiając los, mogą środki nań przeznaczone przekierować na wybrane przez siebie, ważne dla nich, cele społeczne.

Ustawa norweska jest też krótsza od polskiej, ma bowiem 6 stron (polska ustawa liczy zaś 97 stron). Wynika to najpewniej z faktu, że główną różnicą pomiędzy polskim a norweskim rynkiem jest ta, że w Norwegii rynek ten całkowicie należy do państwa. A zatem to,

co w polskiej ustawie określa działania szeregu różnych i niepowiązanych ze sobą podmiotów – chociażby kasyn stacjonarnych, kasyna online czy spółki skarbu państwa, która m.in. oferuje gry Lotto – w norweskiej dotyczy głównie jednego operatora, którym jest Norsk Tipping (NP). Posiada on wyłączność na oferowanie wielu gier hazardowych. Oferuje gry liczbowe stacjonarnie i online (lotto), gry sportowe (zakłady bukmacherskie), gry kasynowe online, bingo oraz zdraпки.

Aby zostać klientem Norsk Tipping, musisz mieć ukończone 18 lat i posiadać:

- ważny numer dowodu osobistego lub numer ID,
- numer telefonu komórkowego,
- numer konta (którego jesteś właścicielem),
- BankID.

Te zasady powodują, że nie ma żadnej możliwości, by zagrać online w Norwegii, będąc obywatelem polskim i logując się z Polski.

Karta gracza

Takie obostrzenia powodują też, że gracze norwescy mają coś, co można by określić „kartą gracza” – jest to właśnie wyżej wspomniany numer, który trzeba podać za każdym razem, gdy chce się skorzystać z rozrywki, którą jest Lotto, zdraпки, zakłady bukmacherskie czy choćby kasyno internetowe. Bez jego podania żadna gra nie jest możliwa. W efekcie oznacza to też, że każdy z Norwęgów ma swoje konto do gier hazardowych, które jest zindywidualizowane i którego używa, bez względu na to, czy gra stacjonarnie, czy online – i które jest do niego przypisane. Tym samym, dzięki istnieniu przypisanego, zindywidualizowanego konta, wiadomo, w jakie gry Olaf czy Olle gra, ile na nie wydaje oraz czy przypadkiem nie traci nad tym kontroli (informacje te gromadzone są w jednym miejscu). A wszelkie regulacje, także te mające na celu ochronę gracza, są spójne i konsekwentne oraz jednolite – bez względu na to, o jakich grach hazardowych mówimy. W to bowiem m.in. wchodzi także przestrzeganie limitów środków finansowych, jakie przeznaczają się na granie – a warto dodać, że istnieje tylko jeden limit, ustalony przez państwo ogólnie, obowiązujący w rozliczeniu miesięcznym i przekroczenie go uniemożliwia dalsze granie w jakąkolwiek grę.

Porównując to rozwiązanie z polskimi realiami, warto wspomnieć, że „kartą gracza” dysponują klienci Tota-

lizatora Sportowego, uprawiający gry na automatach. W pozostałe gry w Polsce – w kasynach, w kolekturach, w punktach naziemnych zakładów bukmacherskich – gra się właściwie anonimowo (w kasynie trzeba się wylegitymować z dowodu osobistego, ale nic poza tym). Wykluczone z anonimowości jest jedynie granie na legalnych stronach online, głównie u operatorów zakładów bukmacherskich oraz jednego legalnego w Polsce kasyna online. Jednak czym innym jest nie być anonimowym, a czym innym używać spersonalizowanej, indywidualnej karty gracza. W przypadku zakładów bukmacherskich online i kasyna online ma miejsce po prostu proces rejestracji – z podaniem danych ze swojego dowodu osobistego. I dzieje się tak każdorazowo – ponieważ różne strony są prowadzone przez różnych operatorów, u których proces ten przebiega według tych samych reguł. Co więcej, w Polsce, bez zmian prawnych i systemowych, wprowadzenie karty gracza na ten moment nie byłoby możliwe, ponieważ na rynku – poza spółką skarbu państwa, którą właśnie jest wspomniany Totalizator, działa 28 podmiotów³, z czego część ze sobą stale rywalizuje, a część w ogóle nie jest zainteresowana żadnymi działaniami z obszaru odpowiedzialnej gry, poza tymi, które na nich wymusza ustawa. Tymczasem trzeba byłoby znaleźć rozwiązanie, na które wszystkie te firmy chciałyby się zgodzić.

Automaty i kasyna

Kolejna różnica między Polską a Norwegią dotyczy miejsc gier, w których spotkać możemy gry należące do tzw. twardego hazardu – chodzi o miejsca, w których znajdują się automaty, czyli tzw. jednoręcy bandyci. Przypomnijmy, że automaty – z racji swoich strukturalnych cech, do których należy choćby szybkie tempo gry, proste zasady gry, nieregularne wzmocnienia czy prawie wygrana – należą do najbardziej uzależniających rozrywki wśród wszystkich gier hazardowych.

Jak ten problem został rozwiązany? Co zrobili Norwegowie, by go rozwiązać i zmniejszyć liczbę osób uzależnionych?

Po pierwsze – zakazali istnienia kasyn stacjonarnych. W Norwegii nie istnieją więc takie miejsca gry, które byłyby choćby odpowiednikiem czegoś, co w Polsce jest znane od lat (aktualnie mamy w kraju 49 tego typu ośrodków gry⁴) i posiadają w swojej ofercie ruletkę, gry

karciane czy wspomniane automaty; najczęściej będąc czynnymi całą dobę.

Po drugie – już w 2002 roku norweskie władze rozpoczęły prace nad ograniczeniem liczby automatów do gier. Jeden z oficjalnie podanych powodów ograniczenia brzmiał: liczba osób uzależnionych od hazardu rosła niemal proporcjonalnie do liczby automatów. W efekcie, w lipcu 2007 roku w Norwegii zakazano w ogóle używania automatów do gry. A w 2009 roku rząd ponownie wprowadził interaktywne terminale wideo (IVT), ale o mniejszym negatywnym wpływie na środowisko. Urządzenia te mają globalny ustawowy limit maksymalnej straty w ciągu dnia i miesiąca oraz wymagają od użytkowników rejestracji i ustalenia osobistego limitu.

Osobą, która rozpoczęła tę reformę, był burmistrz Drammen, Tore Opdal Hansen – to on był jednym z tych, którzy przejęli inicjatywę w usunięciu automatów. Burmistrz rozpoczął kampanię, aby same gminy mogły zdecydować, czy chcą wdrożyć automaty do gry. Był inicjatorem tzw. buntu burmistrzów, w ramach którego 148 burmistrzów⁵ kraju zjednoczyło się pod żądaniem, aby sami mogli decydować, czy chcą mieć automaty do gry na terenie swojej gminy, a jeśli tak, to w jakim zakresie. Wysłał e-maile do wszystkich burmistrzów kraju – było to w czasach, gdy 70 tys. Norwegów było uzależnionych od hazardu. Ostatecznie aż 210 burmistrzów poparło Opdala Hansena.

W Polsce, jak wiele osób może pamiętać, likwidację punktów z automatami rozpoczęto w 2009 roku – były to punkty, nad którymi państwo nie miało ówczesnie żadnej kontroli (m.in. można było tam pić alkohol, wstąpić z osobą niepełnoletnią etc.) W ich miejsce, po 2015 roku zaczęto otwierać objęte nadzorem Totalizatora Sportowego (czyli spółki skarbu państwa) salony z automatami. Granie tam podlega obostrzeniom – trzeba ustalić limit środków oraz czas spędzany na grze, trzeba się zarejestrować z dowodu osobistego. W tej chwili jest ich już prawie 2100⁶.

Karta gracza i limity

Wspomniana wcześniej karta gracza, jest niezwykle ważnym narzędziem stosowanym do profilaktyki i przeciwdziałania uzależnieniu od hazardu. Mówią o tym choćby badacze z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w swoim raporcie z badań poświęconych analizie

prawnych rozwiązań na świecie – rekomendując ją jako rozwiązanie korzystne dla polskiego systemu. Dlaczego karta gracza jest tak ważna? Bo to właśnie dopiero z nią można wprowadzić skuteczne zasady odpowiedzialnego grania i skuteczne do ich realizacji narzędzia.

Tymi narzędziami są po pierwsze limity – limity czasu oraz limity środków finansowych przeznaczanych na grę. W Polsce znów istnieje obowiązek nakładany na gracza, by ten, w momencie rejestracji, ustalił właśnie wspomniane własne indywidualne limity. W praktyce jednak ten zapis nie działa, ponieważ – przykładowo

limitem dziennym, jaki można sobie ustalić, jest 23 godziny i 59 minut, a limit finansowy może obejmować – przykładowo – 300 tys. zł. Poza tym, u każdego z operatorów można ustalać zupełnie różne limity i przekraczając je w jednym miejscu, nadal można zachować je na grę w innym. W Norwegii wygląda to zupełnie inaczej. Całkowity limit na gry – jak już wspomniano – jest odgórny i obejmuje wszystkie zarejestrowane gry w Norsk Tipping, niezależnie od tego, czy grasz online, czy stacjonarnie. Z uwagi na to, że każdy Norweg ma swoją kartę gracza, do której przypisane są wszystkie gry, limit jest jeden. Najnowsze badania pokazują, że

to najmłodszy są najbardziej narażeni na problemy z hazardem, dlatego w 2023 roku dla graczy w wieku 18-20 lat wprowadzono limit strat w wysokości 2000 koron miesięcznie. A od 1 lutego 2025 roku gracze w wieku od 20 do 24 lat również otrzymali nowe maksymalne limity strat. Zostały one podzielone na dwa poziomy: 20-21 lat – 3000 koron, 22-24 lata – 5000 koron.

I tak, wedle wieku, limit przyznawany jest w następujący sposób:

- 18 i 19 lat: 2000 koron – równowartość 720 złotych,
- 20 i 21 lat: 3000 koron – równowartość 1000 złotych,
- 22-24 lata: 5000 koron – równowartość 1800 złotych,
- 25 lat i więcej: 20 000 koron – równowartość 7200 złotych⁷.

Od dawna wiadomo, że skutecznym narzędziem z obszaru odpowiedzialnej gry jest tzw. przerwa w grze. Przerwa ma na celu wybicie gracza z ciągu grania, wymuszenie wyjścia z gry i swoiste „otrzeźwienie”. Nie dziwi więc, że w norweskim internetowym kasynie po godzinie każdy gracz musi odbyć obowiązkową piętnastominutową przerwę. Ten więc, kto gra w Kong-Kasino, Flax, Yezz! i Bingoria – czyli gry, które mają wyższy potencjał uzależniający, gry kasynowe, online – musi zrobić obowiązkową przerwę, jeśli gra dłużej niż godzinę⁸. Dotyczy to również Multix i Belago. Ale

gracz może też zrobić przerwę w grze sam – ustalając to formalnie i wybierając okres trwania przerwy: na 1 dzień (24 godziny), 7 dni, 30 dni, 180 dni lub do wybranej daty zakończenia, maksymalnie do jednego roku. A ponieważ Norwedzy mają wszystko dobrze policzone, przeanalizowane oraz sprawdzone, wiedzą też, że wśród ich graczy przerwy w grze to popularny wskaźnik oddziaływań profilaktycznych. Dane z 2024 roku pokazują, że przerwy trwające 1 dzień – wykorzystano 113 tys. razy, 7 dni – 45 tys. razy, 30 dni – 48 tys. razy, 180 dni – 42 tys. razy. Dodatkowo wykorzystano 86 tys. przerw o dowolnej długości. Jeśli natomiast gracz chce nie

tylko zrobić sobie przerwę, ale w ogóle uniemożliwić sobie granie na swoich urządzeniach elektronicznych, to może zamontować sobie aplikację Gamban⁹. Norsk Tipping zachęca swoich klientów za pośrednictwem wielu informacji i udogodnień do korzystania z tej możliwości. Po pierwsze, Gamban wymaga licencji, a tę klient otrzyma bezpłatnie od Norsk Tipping i może korzystać z niej przez okres do 5 lat za darmo. Aplikacja ta pomaga skutecznie zerwać z graniem online, ponieważ blokuje dostęp do ponad 60 tys. witryn i aplikacji hazardowych na całym świecie. Dostępna jest dla wszystkich systemów – Windows, MacOS, iOS i Android. System Gamban można zainstalować na maksymalnie 15 urządzeniach.

Rok temu naukowcy zgromadzeni wokół pisma „The Lancet” przygotowali specjalną publikację poświęconą w całości uzależnieniu od hazardu oraz wpływowi dostępności gier piętniętych na zdrowie publiczne na całym świecie. Konieczne są – apelowali specjaliści – silniejsze regulacje skoncentrowane na zapobieganiu szkodom i ochronie zdrowia. A biorąc pod uwagę coraz bardziej globalny charakter branży, niezbędna jest międzynarodowa koordynacja w zakresie podejść regulacyjnych.

Komunikacja z graczem

Zaskakująca dla polskiego odbiorcy może być norweska polityka komunikacji z graczem dotycząca tego zachowania. Przy każdej z gier na stronie internetowej Norsk Tipping jest wyraźna informacja (napisana odpowiednio dużą czcionką) dotycząca prawdopodobieństwa wygranej. Przykładowo – na zdrapkach napis brzmi: *Szansa na wygraną głównej nagrody wynosi 1:400 000.*

Norsk Tipping oferuje także coś, co można nazwać „księgowością gry”. Gracze mogą łatwo sprawdzić, ile pieniędzy wykorzystali na hazard (w tym na jaką grę) w ciągu ostatniego tygodnia, miesiąca czy roku – nawet więc, gdyby klienci chcieli uniknąć myślenia o tym, ile stracili, to i tak otrzymają widoczne powiadomienia na ten temat.

Istnieje także specjalna aplikacja, która nazywa się Spillepuls¹⁰ (po polsku Puls Gry). Jest to aplikacja, która śledzi zachowania gracza w czasie rzeczywistym, analizuje je, ocenia podejmowane przez gracza ryzyko (zależnie od wyboru gier, spędzanego na grach czasu, wydatków), a następnie wysyła mu specjalne powiadomienia, które mają na celu ostrzeżenie go oraz zmotywowanie do zmiany. Aplikacja głównie informuje o zmianach w zachowaniu gracza, ostrzega, motywuje do refleksji. Narzędzie to zapewnia także przegląd i kontrolę nad nawykami i zachowaniami związanymi z graniem. Ocena ryzyka uwzględnia bowiem historię gier, sięgającą pięciu tygodni wstecz. Jesienią 2022 roku NT otrzymało za tę aplikację nagrodę EL Innovation Awards.

Jak pisze Sylwia Skorstad, narzędzie to wspiera graczy, by gra nie wymknęła im się spod kontroli – a gdy klient zacznie grać bardziej ryzykownie „na ekranie jego telefonu lub komputera pojawia się informacja: „Cześć Oskar, mamy dla ciebie wiadomość”. Jeśli ją otworzy, widzi kolejną: „Cześć, gotowy odpowiedzieć na pytanie? Czy w ciągu ostatnich miesięcy grałeś...?”. Oskar ma do wyboru trzy odpowiedzi: więcej, tyle samo i mniej. Bez względu na to, co wybierze, zobaczy swój spersonalizowany wykres wydatków w ostatnim okresie, z zaznaczeniem tendencji i porównaniem średnich wartości w jego grupie wiekowej. Oskar może więc się przekonać, że jego przeciętny równolatek wydaje miesięcznie na przykład 80 euro, podczas gdy on w ciągu ostatnich trzech miesięcy zwiększył wydatki ze 150 do 250 euro. W kolejnym kroku Puls Gry proponuje mu obniżenie granicy miesięcznych wydatków do konkretnej kwoty. Na tym etapie większość

graczy wybiera obniżenie limitu, za co otrzymuje graficzną pochwałę. Ponieważ ryzyko zwiększenia wydatków na hazard rośnie po wygranych, Puls Gry od razu wkracza do akcji. Jeśli Oskar wygra więcej od przeciętnej, widzi na ekranie wiadomość: „Gratulacje! Wygrałeś 78 euro! Ile chcesz przelać na swoje konto bankowe?”. System sugeruje mu przetransferowanie całej kwoty. Kiedy pieniądze są na koncie, ryzyko iż Oskar wyda je na hazard, znacząco maleje”¹¹.

I wreszcie program osobistych interwencji. Czym jest? Wyspecjalizowaną formą reagowania w sytuacji, gdy gracz zaczyna przegrywać za dużo. Ten program jest prowadzony już kilka lat – i polega na bezpośrednim kontakcie z graczem. Początkowo był on realizowany jako pilotaż – pierwszy wybór padł na ponad 100 osób, które w ostatnim roku przegrały w Norsk Tipping najwyższe kwoty. Konsultanci przeszkoleni z dialogu motywującego wykreślali ich numer, pytali, czy chcą rozmawiać i czy chcą poznać rzeczywistą kwotę przegranych za ubiegły rok. Z czasem zaś stał się codzienną praktyką – firma zaczęła go rozwijać. Osób, które w efekcie zrezygnowały z grania było niewiele, poniżej 1%. Ale wiele z nich zmieniało swoje nawyki i zachowania podczas gry.

Jak to wygląda dziś? Wyszukani w Norsk Tipping konsultanci wybierają numer telefonu do takiego klienta, a następnie zachęcają do autorefleksji, analizy oraz użycia narzędzi do kontrolowanego grania lub motywują do podjęcia terapii bądź zaprzestania grania. Pięciu pracowników wykonuje od 3 do 400 telefonów w miesiącu, kontaktując się z graczami, którzy znaleźli się w grupie wysokiego ryzyka. W rozmowie pada pytanie o wspomnianą już wielkość przegranych w ostatnim roku – najczęściej klient ma problem z odpowiedzią, więc pracownik podaje dokładną kwotę. Skutek? 80% rozmówców deklaruje, że chce zniwelować problem.

Warto zaznaczyć, że w polskim systemie żadne ze wspomnianych rozwiązań nie istnieje – ani aplikacja Gamban, ani przerwy wymuszone w czasie gry, tak jak limity odgórne. Nie ma też informacji o prawdopodobieństwie wygranej, aplikacji ostrzegającej przed ryzykownym zachowaniem czy interwencjami ze strony operatora gry. Pracownicy polskich firm hazardowych, którzy uczestniczyli w prowadzonym przeze mnie szkoleniu z odpowiedzialnej gry, słysząc o norweskich interwencjach bezpośrednich, podkreślali, że polski gracz prawdopodobnie zareagowałby złością na taki telefon –

czuły się kontrolowany i inwigilowany. Czy tak byłoby w rzeczywistości? Nie wiemy, bo nikt tego nie sprawdził.

Hazard nielegalny online

Norwegowie są narodem wiernym swojemu krajowi i rzadko korzystają z gier nielegalnych, oferowanych na zagranicznych stronach internetowych. Poza tym w odpowiedzi na rosnące wykorzystanie platform międzynarodowych, Norweski Urząd ds. Gier Hazardowych rozpoczął w styczniu 2024 roku egzekwowanie blokowania DNS. Pozwoliło to władzom ograniczyć dostęp do niektórych domen na poziomie dostawcy usług internetowych (ISP) – w zasadzie odcinając norweskich użytkowników od nielicencjonowanych witryn.

Jak mówiła na początku tego roku była już prezes Norsk Tipping, Tonje Sagstuen: *Ponad dziewięć na dziesięć koron, którymi Norwegowie grali w zeszłym roku, zostało wydanych w ramach regulowanej części rynku. Ponad 2,3 mln klientów wybrało w zeszłym roku grę w Norsk Tipping, a zdecydowana większość wybrała gry loteryjne. Nielegalna reklama zniknęła z telewizji, a blokowanie DNS zaczyna działać. To stwarza dobre warunki do aktywnego działania na rzecz zapobiegania problemom z hazardem, zgodnie z celem regulacji*¹².

Co ważne, norweskie banki nie mogą przelewać pieniędzy na konta prywatnych spółek oferujących gry hazardowe. A i sami Norwegowie są zobligowani do płacenia w kraju podatków od wygranych w zagranicznych kasynach. Jak jeszcze radzą sobie z nielegalnym hazardem? W sposób, który w Polsce mógłby się wydać kontrowersyjny: Norsk Tipping śledzi bowiem ofertę kasyn online i dostosowuje swoją ofertę do tej istniejącej nielegalnie, udostępniając klientom podobne gry, które jednocześnie wiążą się z mniejszym ryzykiem pojawienia się problemu uzależnienia.

Norwegia nie chce wpuścić na rynek operatorów zagranicznych (czego dokonała Szwecja), za co jest powszechnie, na wielu międzynarodowych branżowych portalach internetowych, atakowana – jest nazywana „przestarzała”, „archaiczna”.

Ale prawda chyba jest odmienna – polityka norweska konsekwentnie nie popularyzuje hazardu, a także w żadnym stopniu nie nagradza zachowań hazardowych i do nich nie zachęca. Już wiele lat temu zakazała programów VIP, programów lojalnościowych i bonusów, które namawiają do obstawiania meczy czy grania. (Po rozpoczęciu meczu na żywo nie można także obstawiać zakładów sporto-

wych). A w kasynie internetowym nie oferuje się żadnych prezentów powitalnych czy gratisowych zakręceń kołem. Tymczasem te elementy marketingu w Polsce są codziennością – wystarczy wejść na jakąkolwiek stronę internetową zakładów bukmacherskich, by się o tym przekonać.

Co więcej, wydaje się, że Norwegia nie potrzebuje oferty zagranicznych firm na swoim rynku.

Wymienione na początku tego artykułu zapisy z norweskiej ustawy hazardowej określające jako pierwszy cel przeciwdziałanie uzależnieniu od hazardu, są traktowane serio. Nie tylko bowiem gracze mogą otrzymać wyspecjalizowaną pomoc, ale także ich rodziny. Na stronie Norsk Tipping znajduje się przekierowanie na Błękitny Krzyż¹³, który prowadzi infolinię, będącą ważną niskoprogową ofertą pomocową dla graczy i ich bliskich. Usługa ma zasięg ogólnopolski, jest bezpłatna i łatwo dostępna, z możliwością kontaktu telefonicznego i online. Jeśli chce się wziąć udział w trzymiesięcznym programie, to należy się zapisać. Dla rodzin jest program obejmujący 12 cotygodniowych telefonów. Oferta nie wymaga skierowania; osoba rejestruje się za pośrednictwem strony internetowej Blue Cross.

Pytaniem otwartym na koniec pozostanie: czy, a jeśli tak, to jakie elementy polityki norweskiej można by zaimplementować w Polsce? Wydaje się, że panująca na rynku konkurencyjność i walka o gracza pomiędzy wieloma podmiotami może – bez interwencji państwa – nigdy na to nie pozwolić. Głównym i powtarzającym się argumentem, jaki słyszałam przez osiem lat prowadzenia szkoleń dla firm hazardowych, był taki, że wdrażanie odpowiedzialnej gry może spowodować utratę klientów. A z tym argumentem Norsk Tipping nie musi się borykać, ponieważ jest monopolistą.

Przypisy

- ¹ [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(24\)00167-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(24)00167-1/fulltext)
- ² <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2022-03-18-12>
- ³ <https://www.podatki.gov.pl/pozostale-podatki/gry-hazardowe/zaklady-wzajemne-i-gry-hazardowe-przez-internet/>
- ⁴ <https://www.podatki.gov.pl/media/11039/wykaz-obo-wi%C4%85zuj%C4%85cych-koncesji-na-kasyna-gry-wg-stanu-na-21-10-2025.pdf>
- ⁵ https://www.nrk.no/norge/skal-kommunene-fa-bestemme-selv_-1.2203261
- ⁶ <https://www.salonygier.pl/logowanie>
- ⁷ <https://www.norsk-tipping.no/spillevevt/spilleproblemer>
- ⁸ <https://www.norsk-tipping.no/spillevevt/spilleproblemer>
- ⁹ <https://gamban.com/>
- ¹⁰ <https://www.norsk-tipping.no/spillevevt/spillepuls>
- ¹¹ <https://republikakobiet.pl/artykuly-sg/norsk-tipping-jak-reguluje-sie-hazard-w-norwegii/>
- ¹² <https://www.norsk-tipping.no/artikler/resultatet-for-2024-er-klart>
- ¹³ <https://www.blakors.no/spilleavhengighet/parorende-til-spilleavhengig/>

Polska prezydencja zakończyła się w czerwcu 2025 roku i była okresem intensywnej aktywności, której centrum stanowiły prace Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków w Brukseli. To właśnie w tym gremium – odpowiedzialnym za kierowanie i zarządzanie unijną polityką narkotykową – Polska wyznaczyła kierunki półrocznej współpracy, koncentrując się zarówno na zagadnieniach redukcji popytu, jak i ograniczaniu podaży narkotyków, przy dużym nacisku na współpracę międzynarodową i strategiczne planowanie.

PODSUMOWANIE POLSKIEJ PREZYDENCJI W OBSZARZE POLITYKI NARKOTYKOWEJ UNII EUROPEJSKIEJ

Artur Malczewski

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Horyzontalna Grupa Robocza ds. Narkotyków (HDG) kieruje i zarządza pracami Rady UE w obszarze narkotyków. Grupa ta koordynuje unijne działania w zakresie ograniczania popytu i podaży narkotyków. Jej prace mają wielowymiarowe podejście: koordynacja, współpraca międzynarodowa oraz badania, monitorowanie i ocena. Główne zadania HDG to:

- przygotowywanie Strategii i Planów Działania w obszarze narkotyków oraz monitorowanie ich wdrażania,
- wymiana – w gronie państw członkowskich i państw trzecich – informacji o krajowych politykach narkotykowych i innych istotnych kwestiach dotyczących narkotyków, w tym redukcji popytu na narkotyki,
- koordynacja działań państw członkowskich w UE i za granicą (np. na forum Komisji ds. Środków Odurzających w Wiedniu).

Polska prezydencja zakończyła się w czerwcu 2025 roku¹ i była okresem intensywnej aktywności, której centrum stanowiły prace Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków w Brukseli². To właśnie w tym gremium – odpowiedzialnym za kierowanie i zarządzanie unijną polityką narkotykową – Polska wyznaczyła kierunki półrocznej współpracy, koncentrując się zarówno na zagadnieniach redukcji popytu, jak i ograniczaniu podaży narkotyków, przy dużym nacisku na współpracę międzynarodową i strategiczne planowanie. Prezydencja wykorzystywała szeroką sieć partnerstw instytucjonalnych i geograficznych, współpracując m.in. z Agencją UE ds. Narkotyków (EUDA), Europolem, państwami trzecimi oraz organizacjami międzynarodowymi, takimi jak Komisja ds. Środków

Odurzających ONZ (CND). W ramach prac HDG Polska wprowadziła temat wiodący związany z profilaktyką przestępczości i substancji psychoaktywnych, co stało się osią licznych debat, spotkań eksperckich i działań konsultacyjnych. Duży nacisk położono na kwestie jakości działań profilaktycznych. Prezydencja zorganizowała m.in. debaty dotyczące syntetycznych katynonów, Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce (EDPQS) oraz minimalnych standardów jakości w obszarze redukcji popytu. Szczególną uwagę poświęcono również problematyce przeciwdziałania przedawkowaniom oraz pracom nad przyszłą unijną Strategią Narkotykową. W tym kontekście Polska, działając wspólnie z partnerami z Trio Prezydencji – Danią i Cyprem – prowadziła szerokie konsultacje z Komisją Europejską i Sekretariatem Rady, kładąc fundamenty pod nowy strategiczny dokument UE.

Znaczącym elementem polskiej prezydencji była aktywność w wymiarze dyplomacji europejskiej. Polska reprezentowała Unię Europejską w dialogach z kluczowymi regionami i państwami – od Brazylii, poprzez Ukrainę i Mołdawię, aż po Stany Zjednoczone i państwa Azji Centralnej. Szczególne znaczenie miała współpraca z regionem Ameryki Łacińskiej i Karaibów (CELAC), w ramach której Polska – jako współprzewodniczący Mechanizmu UE–CELAC – zorganizowała w Warszawie XXV Spotkanie Wysokiego Szczebla. Wydarzenie zgromadziło ponad 150 uczestników z blisko 50 krajów i potwierdziło silną pozycję Polski jako jednego z kluczowych koordynatorów unijnej polityki narkotykowej na arenie międzynarodowej.

W ramach współpracy z systemem ONZ Polska aktywnie uczestniczyła w pracach Komisji ds. Środków Odurzających (CND), prezentując m.in. rezolucję dotyczącą bezpieczeństwa funkcjonariuszy likwidujących nielegalne laboratoria narkotyków syntetycznych, zgłoszoną w imieniu całej UE. Było to wyrazem nie tylko praktycznego podejścia Polski do problemu narkotyków syntetycznych, ale również wzmocnienia jej pozycji w obszarze międzynarodowych negocjacji politycznych. Jednym z kluczowych momentów prezydencji było także spotkanie Krajowych Koordynatorów ds. Narkotyków w Warszawie, poświęcone metodologii strategii foresight jako narzędzia przyszłego planowania polityki narkotykowej UE. Zastosowanie tej perspektywy pozwoliło uczestnikom wskazać priorytety, które mogą w istotny sposób ukształtować kolejne etapy polityki antynarkotykowej na poziomie europejskim.

Rezultaty polskiej prezydencji były nie tylko merytoryczne, ale również strukturalne. Opracowano i przyjęto konkluzje Rady dotyczące „Paktu o nowych narkotykach syntetycznych i nowych substancjach psychoaktywnych”, będącego jednym z najważniejszych dokumentów w obszarze walki z dynamicznie rozwijającym się ryn-

kiem substancji syntetycznych. Pierwszy raz pakt został przyjęty w trakcie pierwszej polskiej prezydencji w 2011 roku. Liczne spotkania – organizowane w Brukseli, Wiedniu i Warszawie – umożliwiły zacieśnienie współpracy między państwami członkowskimi i partnerami międzynarodowymi, a Polska w trakcie półroczna stała się jednym z najważniejszych głosów kształtujących europejską politykę narkotykową.

Polska prezydencja była zatem okresem intensywnej pracy, wielowymiarowej współpracy i znaczących rezultatów. Dzięki kompleksowemu podejściu – obejmującemu działania eksperckie, dyplomatyczne i strategiczne – udało się zarówno wzmocnić europejską koordynację w obszarze narkotyków, jak i podnieść rangę Polski jako jednego z głównych aktorów unijnej i międzynarodowej polityki narkotykowej.

Przypisy

¹ O pracach w ramach polskiej prezydencji pisaliśmy na łamach SIU w nr 1 i 2/2025.

² W ramach polskiej prezydencji grupą HDG kierowali z ramienia Policji (MSWiA) Michał Aleksandrowicz, a ze strony KCPU dr Artur Malczewski.

Jak wygląda skala używania narkotyków w Ukrainie? Z jakimi problemami mierzy się ten kraj objęty wojną, starając się pomóc osobom uzależnionym? Jaka jest skala przestępczości narkotykowej u naszych wschodnich sąsiadów? Niniejszy artykuł stara się odpowiedzieć na te pytania.

PROBLEM UZALEŻNIEŃ W KRAJU OBJĘTYM WOJNĄ: UKRAINA

Artur Malczewski, Joanna Szmidt
Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Niniejszy artykuł powstał m.in. na bazie dyskusji Unia Europejska – Ukraina, zorganizowanej w Brukseli w lutym 2025 roku przez zespół polskiej prezydencji. Materiał przedstawia także informacje przygotowane zarówno przez stronę ukraińską, jak również przez organizacje międzynarodowe, jak UNODC, oraz wyniki najnowszych badań zrealizowanych wśród ukraińskiej młodzieży szkolnej (ESPAD).

Rozpowszechnienie używania narkotyków

Według badania ESAPD¹ z 2024 roku 12,8% ukraińskich nastolatków deklaruje, że kiedykolwiek w życiu używało konopi indyjskich (marihuany), w tym 17,6% chłopców i 8,7% dziewcząt, co stanowi półtora raza więcej niż w 2019 roku (8,7%). Używanie marihuany w ciągu ostatnich 12 miesięcy deklaruje 9,1% badanych (13,2%

chłopców i 5,6% dziewcząt), co również jest znacznym wzrostem w porównaniu z poprzednią edycją badań z 2019 roku (5,7%). Używanie konopi indyjskich w ciągu ostatnich 30 dni wzrosło ponad dwukrotnie, do poziomu 7% (w tym 10,7% chłopców i 3,9% dziewcząt). Odsetek tzw. wysokiego ryzyka używania konopi indyjskich (na podstawie 6 wskaźników) wyniósł 73,2% wśród wszystkich użytkowników konopi indyjskich (w 2019 roku – 51,9%) i 3,7% wśród wszystkich nastolatków. Oznacza to, że co najmniej 3,7% wszystkich nastolatków jest narażonych na wysokie ryzyko problematycznego używania (5,4% chłopców i 2,2% dziewcząt). W 2019 roku odsetek ten wynosił 2,8%. W 2019 roku doświadczenie używania różnych nielegalnych substancji (innych niż konopie indyjskie) wahało się od 0,7% (substancje iniekcyjne, metadon, halucynogenne grzyby) do 2,2% (amfetamina), natomiast w 2024 roku nastąpił gwałtowny wzrost odsetka osób deklarujących używanie przynajmniej raz w życiu. Najczęściej wskazywaną substancją jest ecstazy (MDMA) – 5,6%, a najrzadziej – gamma-hydroksymaślan sodu (GHB) – 3,1%. We wszystkich typach substancji chłopcy są około 2,5 raza bardziej skłonni niż dziewczęta przyznać się do używania ich w ciągu życia. Niepokojący jest fakt, że odsetek regularnych użytkowników (3 razy lub więcej) przewyższa odsetek tych, którzy spróbowali danej substancji tylko raz lub dwa razy – szczególnie wśród chłopców (w niektórych przypadkach dziewczęta częściej niż chłopcy próbują jednorazowo). Wczesne zapoznanie się z substancjami psychoaktywnymi (przed 14. rokiem życia) zwiększa ryzyko ich regularnego używania w przyszłości. Wśród wszystkich użytkowników konopi indyjskich z ostatnich 30 dni, 69% miało wczesne doświadczenia z tą substancją. Najmłodsza grupa chłopców (urodzeni w latach 2009–2010) z największym udziałem wczesnych prób (10%) wśród wszystkich grup wiekowo-płciowych jest najbardziej narażona na dalsze problematyczne używanie.

Używanie ryzykowne

Zgodnie z metodologią międzynarodowego projektu ESPAD obliczono zintegrowany wskaźnik używania nielegalnych substancji w ciągu życia, uwzględniający doświadczenia z takimi substancjami, jak konopie indyjskie, ecstazy, amfetamina, metamfetamina, kokaina, crack, heroina, LSD i GHB. Według danych z 2024 roku, wskaźnik ten wynosi 15,8% wśród wszystkich nastolatków, w tym 20,6% w grupie chłopców i 11,7% w grupie dziewcząt. Najwyższy poziom używania narkotyków odnotowano wśród młodzieży, która status materialny swojej rodziny ocenia jako wysoki (20,5%) lub niski (24,1%). Młodzież ze średnim statusem deklaruje niższy poziom używania (średni – 12,3%, powyżej średniego – 14,0%). Wszystkie wskaźniki są znacząco wyższe wśród nastolatków, którzy doświadczyli przymusowego przesiedlenia lub są uchodźcami wewnętrznymi. Odsetek używania wielu substancji jednocześnie (np. papierosy, alkohol, konopie indyjskie, leki uspokajające i inne narkotyki) wynosi 6,9%. Politoksykomania jest silnie powiązana z wczesnym rozpoczęciem używania substancji – spośród tych, którzy wcześniej zaczęli używać konopi indyjskich, 64,6% obecnie klasyfikuje się jako użytkownicy wielu substancji. Wśród osób, które nie podejmowały takich prób, tylko 2,9% jest obecnie użytkownikami. Wczesne używanie stanowi więc szczególne zagrożenie i wskazuje na potrzebę skoncentrowania działań profilaktycznych na zapobieganiu próbom użycia substancji psychoaktywnych przed ukończeniem 14. roku życia. Ryzykowne praktyki związane z używaniem substancji są powiązane z większym występowaniem depresji, lęku i stresu wśród młodzieży. Wśród osób, które wcześniej rozpoczęły używanie konopi indyjskich, 53,7% doświadcza wysokiego poziomu depresji, 58,4% – wysokiego poziomu lęku, a 40% – wysokiego poziomu stresu.

Tabela 1. Odsetek respondentów, którzy zgadzają się (suma odpowiedzi „całkowicie się zgadzam” i „częściowo się zgadzam”) ze stwierdzeniami dotyczącymi używania mediów społecznościowych.

Edycja badania ESPAD	Przekonanie ankietowanych o nadmiernym korzystaniu z mediów społecznościowych	Występowanie negatywnych emocji związanych z brakiem możliwości spędzania czasu w mediach społecznościowych	Przekonanie rodziców, że ich dzieci spędzają za dużo czasu w mediach społecznościowych
2019	55,4	23,9	43,6
2024	54,6	31,1	39,4

Źródło: Badanie ESPAD.

Picie napojów alkoholowych

Około 76,7% ukraińskich nastolatków deklaruje, że kiedykolwiek w życiu piło alkohol (w 2019 roku – 85,7%). Znaczne doświadczenie (ponad 10 razy w życiu) deklaruje 33,6% badanych (spadek z 46,3% w poprzedniej edycji). W ciągu ostatnich 12 miesięcy alkohol spożywało 63,7% ankietowanych nastolatków, a w ciągu ostatniego miesiąca – 39,1%, co oznacza spadek w porównaniu z 2019 rokiem (odpowiednio 74,7% i 46,5%). W ostatnich 30 dniach alkohol częściej spożywały dziewczęta (43,6%) niż chłopcy (37,5%). Dziewczęta częściej wybierają wino i napoje niskoprocentowe, a chłopcy – piwo. Najpopularniejsze napoje wśród wszystkich respondentów to szampan lub wino (35,1%) oraz piwo (28,8%). Mocne alkohole spożywa 16,8% nastolatków (głównie chłopcy). Większość nastolatków ogranicza się do małych dawek alkoholu, szczególnie dziewczęta. Wspominając ostatnią konsumpcję alkoholu, większość badanych wskazuje na najmniejsze ilości podane w kwestionariuszu: do 500 ml piwa, napoju niskoalkoholowego lub cydru, do 200 ml wina lub do 80 ml mocnego alkoholu. Dziewczęta częściej ograniczają się do małych ilości, chłopcy częściej spożywają większe dawki, zwłaszcza mocnych trunków. Picie okazjonalne częściej dotyczy dziewcząt, natomiast regularne – chłopców. Regularne picie alkoholu (więcej niż 10 razy) jest najczęstsze wśród nastolatków wychowywanych w rodzinach o poziomie dobrobytu poniżej średniego. Dotyczy to zarówno konsumpcji w ciągu całego życia, jak i w ostatnim roku oraz miesiącu. Częściej piją regularnie również ci, którzy doświadczyli traumatycznych przeżyć związanych z wojną, w porównaniu do tych, którzy takich doświadczeń nie mieli. Najczęściej wskazywane powody picia alkoholu to: „pomaga mi się dobrze bawić na imprezie” (31,9%), „sprawia, że wydarzenia są przyjemniejsze” (26,5%), „poprawia atmosferę imprez i uroczystości” (26,4%), „to zabawa” (21,8%), „lubię to uczucie” (21,8%), „żeby

się upić” (19,7%), „pomaga, gdy jestem przygnębiony lub zestresowany” (19,7%), „żeby poprawić nastrój” (18,8%), „żeby zapomnieć o problemach” (18,0%). Rzadziej nastolatki wskazują na motywacje związane z przynależnością do grupy (np. „żeby nie czuć się wykluczonym”, „żeby być lubianym”).

Mimo że nastolatki deklarują hedonistyczne motywacje do picia alkoholu, ich stan psychiczny sugeruje coś innego. Zarówno okazjonalne, jak i regularne picie alkoholu koreluje z wyższym poziomem depresji, lęku i stresu. Wśród osób pijących okazjonalnie odsetek wysokiego poziomu tych zaburzeń jest około 1,5 razy wyższy niż wśród osób niepijących. W przypadku regularnego picia, odsetki te są około dwa razy wyższe.

Uzależnienie od mediów społecznościowych

Ponad połowa badanej ukraińskiej młodzieży (54,6%) zgłosiła problemy związane ze zbyt nadmiernym korzystaniem z mediów społecznościowych, podczas gdy blisko jedna trzecia respondentów zgłosiła zły humor i samopoczucie w sytuacjach, kiedy nie mogli z nich korzystać. Prawie 40% nastolatków stwierdziło, że ich rodzice uważają, że poświęcają oni na tę aktywność zbyt dużo czasu. Względem poprzedniej edycji badania ESPAD nieznacznie zmniejszył się odsetek nastolatków zgłaszających problemy z nadmiernym używaniem mediów społecznościowych (55,4% w 2019 roku). Za niepokojący można uznać wzrost wskaźnika występowania negatywnych emocji związanych z brakiem możliwości spędzania czasu w mediach społecznościowych (23,9% w 2019 roku).

Nastolatki i gry komputerowe

Badanie wskazało, że 20,9% młodzieży w ogóle nie gra w gry komputerowe, 19,2% gra w gry komputerowe

Tabela 2. Odsetek respondentów, którzy zgadzają się (suma odpowiedzi „całkowicie się zgadzam” i „częściowo się zgadzam”) ze stwierdzeniami dotyczącymi grania w gry komputerowe.

Edycja badania ESPAD	Przekonanie ankietowanych o nadmiernym graniu w gry komputerowe	Występowanie negatywnych emocji związanych z brakiem możliwości spędzania czasu na graniu w gry komputerowe	Przekonanie rodziców, że ich dzieci spędzają za dużo czasu na graniu w gry komputerowe
2019	27,5	13,9	25,7
2024	36,6	24,4	33,5

Źródło: Badanie ESPAD.

przynajmniej raz w tygodniu, a blisko jedna trzecia (31,8%) gra w nie codziennie. Częstotliwość grania w gry komputerowe jest wyższa wśród chłopców, z których blisko połowa (49,8%) gra w gry komputerowe codziennie, podczas gdy dziewczęta przeważnie grają w gry od kilku razy w miesiącu (15,1%) lub kilka razy w skali roku (21,6%). Blisko jedna trzecia dziewcząt (29,5%) w ogóle nie gra. O ile ponad 25% badanej młodzieży nie spędza czasu na graniu na urządzeniach elektronicznych, w tym na komputerze, konsolach, smartfonach czy tabletach, 17,3% badanych nastolatków spędziło na graniu w gry komputerowe 6 godzin lub więcej w dni powszednie (poniedziałek-piątek), a 18,4% grało tak długo podczas weekendów i dni wolnych/świąt. W porównaniu z poprzednią edycją badania, wyniki wskazują, że w obydwu badanych przedziałach czasowych tygodnia odnotowano wzrosty wskaźnika nastolatków grających ok. 2-3 godziny, ok. 4-5 godzin oraz 6 godzin lub więcej. Ponadto badanie wykazało zwiększenie świadomości badanej młodzieży w percepcji nadmiernego spędzania czasu na graniu w gry komputerowe. W 2024 roku 36,6% nastolatków uważało, że poświęca zbyt dużo czasu na granie w gry komputerowe, wskazując na znaczny wzrost tego odsetka względem roku 2019, kiedy 27,5% nastolatków wskazało na świadomość tego problemu. Znaczący wzrost odnotowano również w zakresie zgłaszanych negatywnych emocji w wyniku braku możliwości grania (wzrost z 13,9% w 2019 roku do 24,4% w 2024 roku) oraz wśród nastolatków, których rodzice uważali, że spędzają zbyt dużo czasu, grając w gry komputerowe (wzrost z 25,7% w 2019 roku do 32,5% w 2024 roku).

Udział w grach o charakterze hazardowym

Badanie ESPAD wskazało, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdecydowana większość badanej młodzieży

(81,0%) nie grała w gry hazardowe, tj. takie, w których obstawia się pieniądze i w których można pieniądze wygrać. O ile odsetek ten jest w dalszym ciągu wysoki, o tyle odnotowano spadek tego odsetka względem roku 2019, w którym 85,9% badanej młodzieży nigdy nie grało w gry hazardowe. Wyniki w podziale na płeć respondentów wskazują, iż największy wpływ na ten spadek miał spadek odsetka dziewcząt, które nie grały w gry hazardowe w ciągu ostatnich 12 miesięcy (spadek z 93,3% w 20219 roku do 85,5% w 2024 roku), jednak w dalszym ciągu odsetek ten jest wyższy niż odsetek chłopców (75,8%).

Gdy analizujemy granie w gry hazardowe stacjonarnie w barach, kasynach, salonach gier, punktach bukmacherskich czy innych podobnych miejscach oraz online, to największą popularnością cieszyły się gry karciane i gry w kości (12,6% w formie stacjonarnej oraz 11% w formie online) oraz gry na automatach (10,8% w formie stacjonarnej oraz 9,6% online) (tabela 3.). Bez względu na rodzaj gier oraz miejsce uprawiania hazardu na pieniądze, rozpowszechnienie tego typu zachowań wśród chłopców było większe niż u dziewcząt. Dane socjodemograficzne wskazały, iż generalnie problem ten dotyczył głównie mieszkańców miast (10,5%) oraz szkół zawodowych (10,8%).

Ponadto zauważalnym problemem jest odnotowany znaczący wzrost rozpowszechnienia zachowań ryzykownych związanych z uprawianiem hazardu. Podczas gdy w 2019 roku 5,5% nastolatków wskazało na odczuwanie potrzeby stawiania coraz większych pieniędzy, to w 2024 roku odsetek ten wzrósł ponad dwukrotnie – do 13,7%. Odsetek chłopców, którzy odczuwali tę potrzebę, był dwukrotnie wyższy niż odsetek dziewcząt, jednak to u dziewcząt różnica na przestrzeni ostatnich edycji badania była większa (wzrost z 2,4% w 2019 roku do 9,3% w 2024 roku). Drugim badanym wskaźnikiem grania problemowego był odsetek uczniów, którzy kłamali

Tabela 3. Odsetek nastolatków, którzy grali w gry hazardowe z pewną częstotliwością stacjonarnie oraz online w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem (2024 rok).

	STACJONARNIE			ONLINE		
	Chłopcy	Dziewczęta	Wszyscy	Chłopcy	Dziewczęta	Wszyscy
Automaty	14,8	7,2	10,8	13,5	6,2	9,6
Gry karciane/gry w kości	16,4	9,4	12,6	14,8	8	11
Loterie (bingo, lotto)	13	7,1	9,8	12,4	5,7	8,8
Zakłady sportowe	12,9	5,2	8,8	12,6	4,4	8,2

Źródło: Badanie ESPAD.

w sprawie tego, jak wiele grają. I w tym przypadku odnotowano widoczny wzrost względem ostatniej edycji badania ESPAD – 9,0% uczniów przyznało się do kłamania na temat wydatków na gry hazardowe w 2024 roku, podczas gdy w roku 2019 odsetek ten osiągnął 2,8%. Chłopcy (13,5%) prawie trzykrotnie częściej niż dziewczęta (5,2%) kłamali na temat swoich wydatków, jednak tak jak w przypadku potrzeby stawiania coraz większych pieniędzy, wzrost odsetka wśród dziewcząt był wyższy – z 1,1% w 2019 roku do 5,2% w 2024 roku.

Leczenie osób używających narkotyków w Ukrainie

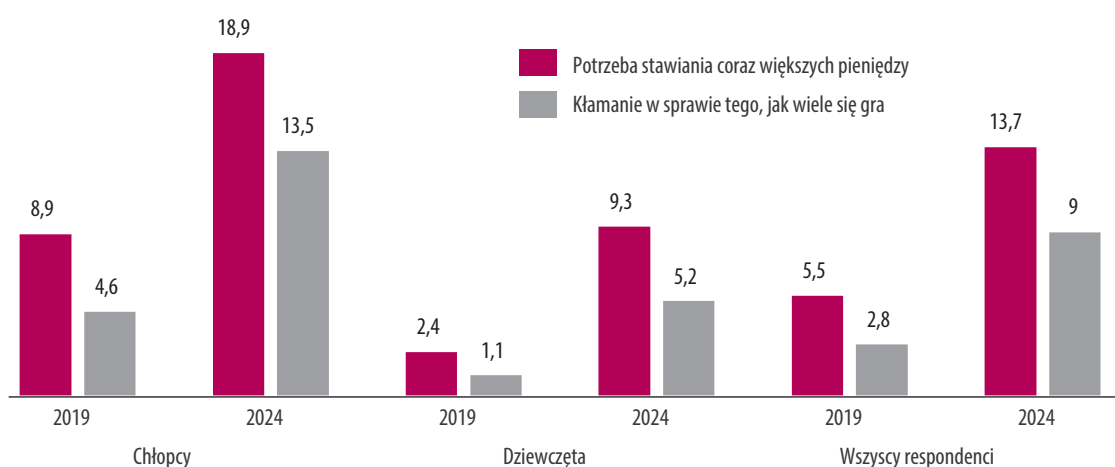
Według danych przedstawionych przez stronę ukraińską w trakcie spotkania UE–Ukraina u naszego wschodniego sąsiada było około 270 tys. iniekcyjnych użytkowników narkotyków, co stanowi największy wskaźnik w Europie. Ponad 200 tys. użytkowników narkotyków w iniekcjach jest odbiorcami programów redukcji szkód. W ramach tych programów rozdano 16 385 034 igieł i strzykawek. Najczęściej używanym narkotykiem w iniekcjach jest tzw. uliczny metadon. W 2024 roku prawie 15 tys. osób zostało zdiagnozowanych jako uzależnionych od narkotyków po raz pierwszy w życiu, jak również ponad 55 tys. osób zostało objętych leczeniem z powodu narkotyków. 91% osób leczonych było użytkownikami opioidów oraz stymulantów. System leczenia osób uzależnionych od narkotyków w Ukrainie napotyka wiele poważnych trudności. Do tej pory nie zatwierdzono Strategii Państwowej Polityki Narkotykowej do 2030

roku, co znacznie ogranicza możliwość skoordynowanych działań w tym obszarze. Nie istnieją ustandaryzowane procedury medyczne w leczeniu zaburzeń związanych z używaniem alkoholu, a także brakuje systemu wczesnego wykrywania i interwencji w przypadkach nadużywania narkotyków. Sektor opieki zdrowotnej cierpi na ogólny niedobór personelu medycznego, a zaangażowanie specjalistów spoza sektora medycznego w działania na rzecz zdrowia psychicznego jest niewielkie. Usługi leczenia uzależnień od narkotyków są niewystarczające – dominuje leczenie szpitalne w ostrych przypadkach zatruc lub poprzez terapię substytucyjną, natomiast programy rehabilitacyjne często nie opierają się na metodach naukowo potwierdzonych. Brakuje również zróżnicowanych programów leczenia – zarówno pod względem intensywności, jak i dostosowania do indywidualnych potrzeb pacjentów. Współpraca między służbami społecznymi i medycznymi jest słaba, a grupy samopomocowe są słabo zintegrowane z ogólną strukturą świadczenia usług. Dodatkowe obawy budzi wysoki odsetek osób zażywających narkotyki dożylnie (1,3% w 2022 roku) oraz osób żyjących z HIV w tej grupie (25,6%) – oba wskaźniki są najwyższe na świecie i są zgodne z sytuacją w Ukrainie.

W obszarze redukcji szkód również odnotowano wiele niepokojących trendów:

- Liczba klientów korzystających z usług redukcji szkód spadła o 5%, a w niektórych regionach dostęp do tych usług został ograniczony z powodu działań wojennych.

Wykres 1. Granie problemowe w gry hazardowe w roku 2019 i 2024 (%).



Źródło: Badanie ESPAD.

- Migracja wewnętrzna (około 3,5 mln osób) oraz trudna sytuacja socjoekonomiczna zwiększyły podatność tej grupy na marginalizację.
- Wzrosła liczba niezidentyfikowanych klientów, co uniemożliwia ich objęcie opieką zdrowotną.
- Brakuje odpowiedniego personelu – zarówno medycznego, jak i pracowników socjalnych.
- Utrudnienia w transporcie i konieczność skupienia się na podstawowych potrzebach (takich jak pieniądze, jedzenie, ubrania, schronienie i praca) sprawiają, że zdrowie przestaje być priorytetem dla wielu osób z tej grupy.

Rynek narkotykowy i przemysł narkotyków

Ukraina mierzy się również z narastającym problemem przestępczości narkotykowej. Liczba zarejestrowanych przestępstw związanych z nielegalnym obrotem narkotykami w celu sprzedaży wzrosła o 40,7% (z 10 162 w 2022 roku do 14 302 w 2023 roku). Liczba osób skazanych za przestępstwa narkotykowe wzrosła o 55,9% (z 7948 do 12 388). O 67% wzrosła liczba wykrytych nielegalnych laboratoriów narkotykowych. Wojna w Ukrainie zakłóciła istniejące i rozwijające się szlaki przemytu heroiny i kokainy przez ten kraj, co spowodowało spadek ich rozpowszechnienia i liczby przejęć w szerszym regionie. Przed 2022 roku Ukraina była znanym węzłem tranzytowym dla różnych narkotyków, a główne punkty wejścia stanowiły port w Odessie i lotnisko Boryspol. Na przykład co najmniej od połowy 2010 roku istniały bezpośrednie i pośrednie transporty kokainy (głównie drogą morską) z Ameryki Łacińskiej, głównie do portów w regionie Odessy. Wraz z trwającą wojną, przemysłnicy starają się dostosowywać metody przemytu i zwiększają lokalną produkcję, aby zaspokoić popyt krajowy. Na przykład w 2022 roku kokaina, uważana za narkotyk elitarny w Ukrainie, była w przeważającej mierze w rękach krajowych dilerów i dystrybutorów, a nie przemysłników transgranicznych. Ponadto w latach 2022–2023 przejęcia heroiny (w ilościach gramowych, a nie kilogramowych) w Ukrainie były bardzo ograniczone, co wskazuje na poważny spadek przepływów. Spadek ten zaobserwowano również w Europie, a także w Federacji Rosyjskiej i Azji Centralnej – jako skutek nie tylko międzynarodowych wydarzeń (w tym zakazu uprawy opium w Afganistanie), ale również, potencjalnie, wojny w Ukrainie. Niemniej

jednak istnieją wyraźne oznaki wzrostu transgranicznego przemytu narkotyków syntetycznych i konopi indyjskich. Znaczny rozwój produkcji i przemytu narkotyków syntetycznych w Ukrainie jest stałym trendem w ostatnich latach, głównie ze względu na istniejącą wcześniej wiedzę technologiczną oraz rozwijający się rynek krajowy i inne znaczące rynki w regionie. Warto odnotować fakt, że ilości nowych substancji psychoaktywnych (NSP) oraz stymulantów typu amfetamina (ATS), przejętych w Ukrainie, potroiły się w latach 2019–2022, podczas gdy przejęcia opiatów spadły. Substancje te są w przeważającej mierze produkowane na potrzeby rynku krajowego. Potwierdza to wzrost liczby zgłoszonych nielegalnych laboratoriów – z 17 zlikwidowanych w 2019 roku do 102 w 2023 roku. Amfetamina zajmowała pierwsze miejsce pod względem produkcji w tych laboratoriach, z udziałem (malejącym) 82% w 2020 roku i 71% w 2022 roku. W 2023 roku najwięcej laboratoriów zlokalizowano w Kijowie i jego regionie oraz w obwodzie rówieńskim, gdzie liczba zlikwidowanych laboratoriów wzrosła z jednego w 2020 roku do 12 w 2023 roku. Specjalizowały się one głównie w produkcji amfetaminy i metamfetaminy.

W Ukrainie obserwuje się trend wzrostu konsumpcji syntetycznych stymulantów, syntetycznych opioidów, nowych substancji psychoaktywnych (NSP) oraz słomy makowej. Szczególnie rynek NSP, a zwłaszcza syntetycznych katynonów rozszerzył się w 2021 roku, głównie wśród osób zażywających narkotyki drogą iniekcji. Prawdopodobnie wynika to z rozwoju internetowej sprzedaży i konsumpcji. Produkcja w Europie Wschodniej wydaje się wykorzystywać prekursory nieobjęte międzynarodową kontrolą. Po lutym 2022 roku przemysł syntetycznych katynonów i prekursorów do Ukrainy organizowany był przez zachodnie granice kraju z UE i Mołdawii, przy użyciu usług pocztowych i transportu drogowego. Trendy te utrzymywały się również w latach 2022–2023. Ekspansję katynonów w ostatnich latach ułatwiał rosyjskojęzyczny rynek darknetowy Hydra, który przed swoją likwidacją w kwietniu 2022 roku odpowiadał za 80–90% wszystkich sprzedaży narkotyków w darknecie. W przeciwieństwie do niemal wszystkich innych rynków darknetowych, sprzedaż narkotyków na Hydrze w latach 2018–2022 zdominowana była przez stymulanty – zwłaszcza katynony – a dopiero później konopi indyjskie i inne narkotyki.

W miarę zamykania szlaków tranzytowych i spadku użycia heroiny, w Ukrainie wzrosło również spożycie

innych substancji jako tańszych alternatyw. Użytkownicy przechodzą na niemedyczne stosowanie metadonu, który normalnie stosowany jest w leczeniu uzależnień jako terapia substytucyjna. Metadon był jednym z najczęstszych narkotyków dostępnych na nielegalnym rynku ukraińskim przed 2022 rokiem. Czterokrotny niemal wzrost cen detalicznych heroiny w 2022 roku sprawił, że stała się ona niedostępna dla wielu użytkowników, którzy przeszli na tańsze, łatwiej dostępne opioidy, kontynuując trend odchodzenia od heroiny obserwowany już wcześniej.

W wyniku zakłóceń na rynku nielegalnych opiatów, nielegalny rynek metadonu w Ukrainie przeszedł na produkcję krajową w celu zaspokojenia lokalnego popytu. Działalność nielegalnych laboratoriów produkujących ten syntetyczny opioid jest regularnie rejestrowana. Część wyprodukowanego metadonu przemycana jest przez zorganizowane grupy przestępcze do sąsiednich krajów w celu dalszej odsprzedaży. Wydaje się jednak, że po 2022 roku skala przemytu za granicę jest ograniczona – prawdopodobnie z powodu rosnącego krajowego popytu, zamknięcia granic i działań wojennych na północnym wschodzie i wschodzie Ukrainy. Dane wskazują, że narkotyki syntetyczne są coraz częściej wykrywane wśród personelu wojskowego, co jest napędzane popytem na terenach frontowych. Dowody wskazują także, że zorganizowane grupy przestępcze angażują się głównie w przemyt narkotyków syntetycznych.

Utrzymanie funkcjonującego systemu w czasie wojny

Utrzymanie ciągłości usług w obszarze zdrowia publicznego i uzależnień było możliwe dzięki konsekwentnemu i spójnemu podejściu zgodnemu z wytycznymi WHO. System przeciwdziałania uzależnieniom w Ukrainie wzmocniono o następujące filary:

- Standaryzacja opieki medycznej z wykorzystaniem protokołów opartych na dowodach naukowych.
 - Rozwój kwalifikacji personelu medycznego i opieki społecznej poprzez szkolenia i system podnoszenia kompetencji.
 - Budowa nowoczesnych systemów danych wspierających monitorowanie i podejmowanie decyzji.
 - Dostosowanie ram prawnych i regulacyjnych do standardów międzynarodowych.
 - Zapewnienie stabilnego i zrównoważonego finansowania.
 - Ścisła koordynacja międzysektorowa i efektywne zarządzanie na poziomie krajowym.
- Wojna przyniosła szereg wyzwań, które znacząco utrudniają zarówno kontrolę podaży substancji, jak i prowadzenie działań leczniczych oraz profilaktycznych. Nastąpiła:
- Utrata kontroli państwa nad terytoriami okupowanymi oraz zanik funkcji regulacyjnych.
 - Zmiana tradycyjnych szlaków przemytu i rosnące ubóstwo wpływające na zachowania ryzykowne.
 - Znaczące pogorszenie zdrowia psychicznego ludności, sprzyjające używaniu substancji.
 - Wzrost konsumpcji tanich, syntetycznych substancji oraz nadużywanie leków farmaceutycznych.
 - Koncentracja usług w zakresie leczenia głównie na interwencjach ostrych, bez odpowiednich modeli długoterminowej opieki.
- Według danych z 2024 roku co piąta osoba korzystająca z opieki psychiatrycznej miała diagnozę związaną z używaniem substancji psychoaktywnych. Badania ESPAD potwierdzają także wzrost używania substancji wśród młodzieży. Aby zbudować nowoczesny, stabilny system profilaktyki i leczenia uzależnień, Ukraina wskazuje na kilka priorytetowych obszarów:
- Inwestowanie w profilaktykę opartą na dowodach naukowych, szczególnie wśród młodzieży.
 - Traktowanie uzależnienia jako choroby przewlekłej wymagającej ciągłej, zintegrowanej opieki.
 - Zwalczanie stygmatyzacji poprzez kampanie informacyjne i edukację publiczną.
 - Rozwój kadr oraz wprowadzenie specjalizacji „addiktołóg”²², zgodnej ze standardami międzynarodowymi.
 - Rozszerzanie dostępu do usług społecznościowych, programów środowiskowych i wsparcia rówieśniczego.
- W celu zapewnienia trwałości usług według ekspertów z Ukrainy konieczne są działania strukturalne i organizacyjne:
- Wzmocnienie systemów danych i monitorowania, wspierających podejmowanie decyzji.
 - Rozszerzenie współpracy z partnerami międzynarodowymi, szczególnie z UE.
 - Optymalizacja zasobów poprzez wykorzystanie telemedycyny i narzędzi cyfrowych.
 - Stałe podnoszenie kwalifikacji pracowników ochrony zdrowia i służb społecznych.

Podsumowanie

Obecna sytuacja narkotykowa w Ukrainie wymaga kompleksowych reakcji w zakresie bezpieczeństwa, zdrowia, polityki społecznej i egzekwowania prawa, z uwzględnieniem aspektów naukowych, środowiskowych, społeczno-politycznych, technologicznych i międzynarodowych. Ułatwianie legalnego handlu jako takiego (szczególnie drogą lądową i kolejową) powinno nastąpić przy jednoczesnym ograniczaniu działań przestępczych. W ramach zwalczania przestępczości narkotykowej uwaga powinna zostać skoncentrowana na zwalczaniu nowych form przemytu, np. przez kurierów czy pocztę i promowanie innowacyjnych metod dochodzeniowych. W obszarze cyberprzestępczości warto zwrócić uwagę na szkolenie służb w zakresie dochodzeń internetowych w sprawach przestępstw związanych z narkotykami. Jednym z istotnych działań powinno być zwrócenie uwagi na nielegalne przepływy finansowe poprzez identyfikację i przeciwdziałanie praniu pieniędzy pochodzących z przestępstw narkotykowych. W obszarze zdrowia publicznego istotne wydaje się zapewnienie dostępu do leczenia, rehabilitacji, profilaktyki HIV, pomocy psychologicznej oraz leczenia osób w zakładach karnych. Warto zwrócić uwagę na wzmocnienie współpracy między sektorem zdrowia, pomocy społecznej i innymi w oparciu o standardy etyczne.

Ponadto jednym z elementów zmian może być promowanie etycznego leczenia i zapewnienie ciągłości opieki dla osób z uzależnieniami oraz usług dla grup wrażliwych np. tworzenie programów dla kobiet, młodzieży, osób wewnątrznie przesiedlonych.

Pomimo pozytywnych zmian i zwiększonej uwagi międzynarodowej, jeśli obecne trendy nie zostaną skutecznie opanowane, nielegalna produkcja, używanie substancji psychoaktywnych oraz handel narkotykami mogą mieć potencjalnie destabilizujący wpływ na odbudowę Ukrainy – szczególnie biorąc pod uwagę ryzyko używania substancji psychoaktywnych wśród weteranów i przesiedlonych społeczności. Istnieje również zagrożenie, że produkowane w Ukrainie narkotyki zostaną wyeksportowane do dochodowych rynków w krajach UE. W Polsce odnotowano działania ukraińskich grup przestępczych zajmujących się m.in. nielegalną produkcją narkotyków, w tym odnotowano największe w UE laboratorium metadonu w kryształach, który nie jest w takiej formie używany przez polskich odbiorców. Dalsze trwanie

wojny może zwiększyć podatność ludności lokalnej – zwłaszcza młodzieży, uchodźców, osób osadzonych oraz innych grup wrażliwych – na uzależnienia i inne ryzykowne zachowania.

Podsumowując, Ukraina stoi obecnie przed poważnymi wyzwaniami związanymi z rosnącym używaniem substancji psychoaktywnych, leczeniem uzależnień i ograniczaniem szkód wśród osób używających narkotyków, a także z rosnącą przestępczością narkotykową, co wymaga pilnych działań strategicznych i systemowych. Jednakże warto podkreślić, że pomimo pełnoskalowej wojny oraz problemów gospodarczych system pomocy osobom uzależnionym cały czas funkcjonuje. Ukraińskie doświadczenia mogą być zatem pomocne w budowaniu systemu odporności państwa na sytuacje kryzysowe. W tym kontekście sukcesy i porażki w przeciwdziałaniu problemom uzależnień w Ukrainie byłyby przydatne do analizy potrzeb i wyzwań dla innych państw naszego regionu, które mogą, oby nie, spotkać się w przyszłości z podobnymi wyzwaniami.

Bibliografia

Drug Situation in Ukraine and Neighboring Countries - UNODC assessment¹ for consideration at the Horizontal Working Party on Drugs of the Council of the EU, 12 February 2025.

ESAPD 2024: Smoking, alcohol and illicit drug use among school-aged adolescents: prevalence and trends in Ukraine based on the results of the 2024 study within the framework of the international project ESAPD, Kyiv 2024.

Prezentacja: „Latest developments in drug policy and the current landscape of drug-related issues in Ukraine”, Olga Gvozdetzka, Acting Deputy Director General of the Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine. 12 stycznia 2025, Bruksela.

Przypisy

¹ Metodologia badania opiera się na protokole międzynarodowego projektu badawczego „European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs” (ESPAD), co umożliwia porównywanie orientacji behawioralnych młodzieży z różnych krajów europejskich. W 2024 roku grupą docelową badania byli uczniowie urodzeni w 2008 roku – mieli w czasie badania 15–16 lat. W Ukrainie badaniem objęto uczniów urodzonych w latach 2006–2010, a więc w wieku od 14 do 17 lat. Łączna liczba respondentów wyniosła 8819 uczniów (4074 chłopców i 4745 dziewcząt).

² Specjalista, który zajmuje się profilaktyką, leczeniem i rehabilitacją w zakresie uzależnień, w tym od substancji psychoaktywnych oraz behawioralnych.

Badania pokazują, że pracoholizm występuje w populacji pracujących na istotną skalę, szacowaną na około 14%, przy czym osoby prowadzące własną działalność gospodarczą konsekwentnie wykazują najwyższe ryzyko. Jest to o tyle istotne, że w wielu krajach, w tym w Polsce, osoby te stanowią znaczną część populacji pracujących (w Polsce około 20%).

AKTUALNY STAN WIEDZY O UZALEŻNIENIU OD PRACY JAKO PROBLEMIE KLINICZNYM I ORGANIZACYJNYM

Paweł Atroszko

Zakład Psychologii Uzależnień Behawioralnych
Uniwersytet Gdański

Większość ludzi musi pracować, żeby mieć środki na życie. Zdolność do ciężkiej pracy to jedna z najwyżej cenionych wartości społecznych. Praca daje nam poczucie bezpieczeństwa, przynależności do wspólnoty, poczucia sprawczości, niezależności i dla wielu ludzi jest jednym z głównych aspektów poczucia sensu życia i tożsamości. Czy faktycznie uzależnienie od pracy jest problemem, którym powinniśmy sobie zaprzętać głowę?

Rosnąca świadomość zagrożeń związanych z pracą

Jeszcze do niedawna wiele zjawisk, których szkodliwy wpływ na zdrowie i życie ludzkie obecnie dobrze rozumiemy i wobec których mamy odpowiednie systemy zabezpieczeń, było powszechnych w Polsce i na całym świecie, i nikt nie „zawracał sobie nimi głowy”. Ekspozycja na pył azbestowy, praca w kopalniach bez nowoczesnej wentylacji i detekcji metanu, zatrucia ołowiem i metalami ciężkimi w hutnictwie oraz przemyśle chemicznym, praca na wysokości bez zabezpieczeń, kontakt z substancjami rakotwórczymi, nadmierny hałas i wibracje, praca przy maszynach pozbawionych osłon i wyłączników bezpieczeństwa. Badania naukowe i rosnąca świadomość społeczna konsekwencji tych zjawisk umożliwiły zmiany i odpowiednią prewencję. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na ważny fakt, mianowicie według oszacowań Światowej Organizacji Zdrowia i Międzynarodowej Organizacji Pracy, a także Globalnego Obciążenia Chorobami rocznie na całym świecie więcej ludzi umiera wskutek powikłań sercowo-naczyniowych (choroba niedokrwienna serca i udary) spowodowanych długimi godzinami pracy (55 godzin tygodniowo i więcej)

niż z powodu wszystkich możliwych konsekwencji używania wszystkich nielegalnych narkotyków (heroina, kokaina itd.) łącznie. Długie godziny pracy są ściśle związane ze stresem, a stres z kolei jest dobrze udokumentowanym czynnikiem związanym z ryzykiem, przebiegiem i zaostrzeniem wielu chorób będących głównymi przyczynami zgonów i niepełnosprawności na świecie. Oprócz chorób układu krążenia należą do nich zaburzenia metaboliczne, takie jak cukrzyca typu 2, choroby autoimmunologiczne i zapalne, przewlekłe choroby układu oddechowego i pokarmowego, migrena i przewlekłe zespoły bólowe, liczne choroby dermatologiczne, a także szeroka grupa zaburzeń psychicznych wrażliwych na stres, w tym depresja, zaburzenia lękowe i choroba afektywna dwubiegunowa.

Nie ma zatem wątpliwości, że długie godziny pracy są jednym z najważniejszych zagrożeń epidemiologicznych, źródeł ludzkiego cierpienia i kosztów społecznych i ekonomicznych, między innymi związanych z obniżoną produktywnością i kosztami opieki medycznej. Współczesne badania naukowe spójnie pokazują, że uzależnienie od pracy jest ściśle związane z długimi godzinami pracy, nadgodzinami i stresem zawodowym. Niedawne globalne badanie uzależnienia od pracy w 85 krajach świata, pod kierownictwem polskiego zespołu z Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach (dr Edyta Charzyńska) i Uniwersytetu Gdańskiego (dr hab. Paweł Atroszko), wykazało, że objawy uzależnienia od pracy są uniwersalne na całym świecie i związane z wysokim stresem zawodowym i obniżonym zadowoleniem z pracy.

Jednak nie wszystkie osoby, które długo pracują, są uzależnione od pracy. Większość osób musi ciężko pracować, żeby utrzymać siebie i swoje rodziny. Niektóre pracują dużo,

bo lubią pracować i nie są od pracy uzależnione. Jak należy w tym kontekście rozumieć znaczenie pracoholizmu?

W świetle badań naukowych uzależnienie od pracy jest bardzo ważnym problemem indywidualnym, społecznym i ekonomicznym ze względu na cztery kwestie. Po pierwsze, jest jednym z najczęściej występujących, jeśli nie najczęstszym uzależnieniem behawioralnym w populacji ogólnej. To oznacza, że nawet jeśli nie wszystkie osoby narażone na długie godziny pracy są osobami uzależnionymi od pracy, to istotna ich część – jest. Po drugie, jego konsekwencje dotyczą nie tylko samej osoby uzależnionej, ale również jej rodziny, w tym dzieci, współpracowników i odbiorców pracy. Po trzecie, uzależnienie od pracy generuje znaczące koszty zdrowotne i ekonomiczne — zwiększa ryzyko chorób przewlekłych, obniża efektywność pracy, sprzyja absencji i prezenteizmowi (obecności w pracy pomimo choroby), a w dłuższej perspektywie prowadzi do strat dla organizacji, systemu opieki zdrowotnej oraz całej gospodarki. Po czwarte, nawet jeśli osoba pracująca długie godziny początkowo nie ma objawów pracoholizmu, to fakt takiego zaangażowania i związany z tym stres może zwiększyć ryzyko rozwoju tego uzależnienia.

Definicja uzależnienia od pracy

Za początek badań nad uzależnieniem od pracy przyjmuje się prace Waynea Oatesa, który spopularyzował pojęcie pracoholizmu. Na przełomie lat 60. i 70. XX wieku zauważył on, że pewne osoby przejawiają w relacji do pracy symptomy analogiczne do tych, które obserwuje się u osób uzależnionych od alkoholu. Od tego czasu pojawiały się różne definicje pracoholizmu, rozwinęły się stopniowo badania i opracowywano teorie wyjaśniające to zjawisko. Po około 50 latach i zgromadzeniu odpowiednich danych empirycznych, środowisko naukowe wypracowało pewien konsensus, w którym przyjęto, że pracoholizm przejawia się podobnie jak inne uzależnienia behawioralne (np. od gier komputerowych czy hazardu) oraz uzależnienia od substancji i na obecnym etapie powinien być rozumiany jako potencjalne zaburzenie o charakterze uzależnienia. Z perspektywy historycznej warto w tym miejscu wspomnieć, że kiedy tworzone pierwsze oficjalne klasyfikacje zaburzeń psychicznych w połowie XX wieku wszystkie uzależnienia rozumiane były jako przejaw zaburzonej osobowości. Z czasem badania i rozwój teorii sprawiły, że zostały one uznane za osobny rodzaj zaburzenia (tzn. uzależnienie) o swoistych cechach związanych z etiologią

(powstawaniem), przebiegiem, rozpowszechnieniem, konsekwencjach, odpowiedzią na oddziaływanie terapeutyczne czy nawrotach. Miało to kluczowe praktyczne znaczenie dla rozpoznawania tych problemów, ich prewencji i terapii. Jest to też ważny aspekt historii uzależnienia od pracy, gdyż objawy związane z pracoholizmem są rozpoznawane w oficjalnych klasyfikacjach chorób i zaburzeń jako przejaw cech zaburzenia osobowości obsesyjno-kompulsywnej, zwanej też anankastyczną, takich jak perfekcjonizm, sztywne przestrzeganie zasad i potrzeba kontroli. Osoby z tym zaburzeniem często pracują nadmiernie z poczucia przymusu, winy lub lęku przed niedoskonałością. Taki nadmierny wysiłek może prowadzić do konfliktów w pracy i w rodzinie oraz obniżać jakość życia. To zaburzenie osobowości jest najczęściej występującym zaburzeniem osobowości w populacji ogólnej i wśród populacji klinicznych, a także generuje najwyższe koszty ekonomiczne (bezpośrednie i pośrednie) spośród wszystkich zaburzeń osobowości, w tym zaburzenia osobowości z pogranicza (borderline). Jednak liczne badania pokazują, że pracoholizm nie może być wyłącznie rozumiany jako przejaw tego zaburzenia, gdyż wiele osób, które nie ma cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej przejawia objawy uzależnienia od pracy. Ponadto objawy pracoholizmu są typowe dla zaburzenia o charakterze uzależnienia, zwłaszcza w zakresie utraty kontroli nad zachowaniem, objawami tolerancji (ta sama ilość pracy nie daje tego samego efektu w zakresie satysfakcji, ulgi czy innych pozytywnych doświadczeń lub konieczne jest zwiększanie ilości pracy lub jej intensywności w celu uzyskania podobnych efektów), czy objawami odstawiennymi. Utrata kontroli obejmuje trzy główne aspekty. Po pierwsze, w odniesieniu do rozpoczynania pracy – osoba nie potrafi odmówić sobie podjęcia obowiązków, mimo potrzeby odpoczynku. Może też podejmować pracę w nieodpowiednim kontekście, np. podczas spotkań rodzinnych i uroczystości, wakacji, w nocy zamiast odpoczynku. Po drugie, brak kontroli nad czasem i intensywnością pracy – osoba uzależniona od pracy często pracuje dłużej niż planowała, ponad wymagania organizacji i własne potrzeby zdrowotne. Po trzecie, kontynuowanie pracy mimo negatywnych konsekwencji dla zdrowia, życia rodzinnego i samopoczucia. Związana z tym jest niezdolność do przerywania pracy, kiedy byłoby to wskazane.

Z kolei objawy odstawienne są podobne w swojej strukturze i charakterze do objawów uzależnienia od stymulantów (np. amfetaminy czy kokainy). Osoby uzależnione od pracy doświadczają napięcia, niepokoju, lęku lub irytacji,

gdy próbują ograniczyć godziny pracy lub w czasie dni wolnych od pracy, a także obniżonego nastroju, poczucia pustki i braku sensu. Pojawia się silna potrzeba powrotu do pracy, przypominająca przymus znany z innych uzależnień, a także objawy somatyczne, takie jak bóle głowy, napięcie mięśniowe, problemy ze snem i trudności z koncentracją. Te dolegliwości utrudniają oderwanie się od pracy i mogą utrwaląć kompulsywny wzorzec zachowania charakterystyczny dla pracoholizmu.

W konsekwencji tych obserwacji i badań naukowych uzależnienie od pracy definiuje się jako zaburzenie o charakterze uzależnienia behawioralnego, które charakteryzuje się kompulsywną potrzebą pracy oraz obsesyjnym zaangażowaniem aktywnościami o charakterze pracy, prowadzącymi do znaczących szkód i cierpienia o charakterze upośledzającym funkcjonowanie osoby lub ważnych relacji społecznych (przyjaciół i rodziny). Zachowanie to cechuje utrata kontroli nad aktywnością o charakterze pracy i utrzymuje się przez znaczący okres czasu. Problemowe zachowania związane z pracą mogą mieć różną intensywność – od łagodnej do ciężkiej. Psychologowie organizacji i pracy zwracają zwłaszcza uwagę na aspekt pracoholizmu, który ma charakter behawioralny i przejawia się w pracowaniu przez bardzo długie godziny. Pracoholicy pracują dłużej, niż jest to od nich oczekiwane, przekraczając to, co jest konieczne zarówno z perspektywy wymagań organizacyjnych, jak i potrzeb finansowych.

Rozpowszechnienie

Badania pokazują, że pracoholizm występuje w populacji pracujących na istotną skalę, szacowaną na około 14%, przy czym osoby prowadzące własną działalność gospodarczą konsekwentnie wykazują najwyższe ryzyko. Jest to o tyle istotne, że w wielu krajach, w tym w Polsce, osoby te stanowią znaczną część populacji pracujących (w Polsce około 20%). Pracownicy niewykwalifikowani, kadra średniego szczebla, technicy oraz zwykli pracownicy biurowi wykazują stosunkowo niższą częstość występowania pracoholizmu. Menedżerowie konsekwentnie wykazują wyższe ryzyko niż osoby na stanowiskach niekierowniczych. Również rolnicy oraz pracownicy sektora usługowego (tzw. pink-collar) wykazują stosunkowo wysoką częstość występowania pracoholizmu.

Co ważne, pracoholizm dotyczy nie tylko pracy zawodowej, ale wszelkich czynności o charakterze pracy. Obserwuje się go wśród uczniów i studentów w odniesieniu do czynności

uczenia się i wówczas konceptualizuje się go jako tzw. uzależnienie od uczenia się – wczesna forma uzależnienia od pracy. Badania podłużne wykazały, że osoby uzależnione od uczenia się po zakończeniu edukacji i wejściu na rynek pracy znacznie częściej są uzależnione od pracy. Wśród osób bezrobotnych i na rencie lub emeryturze pracoholizm może rozwinąć się w relacji do czynności związanych z prowadzeniem domu, ogródka czy innych aktywności mających charakter pracy. Polskie badania na próbach reprezentatywnych wskazują, że pracoholizm występuje w tych grupach z podobną częstością, jak wśród niektórych zawodów.

Warto podkreślić, że rozpowszechnienie uzależnienia od pracy badane z użyciem analogicznych kryteriów do badań innych uzależnień wykazuje kilkakrotnie wyższe występowanie w populacji ogólnej w porównaniu do oficjalnie rozpoznawanych uzależnień behawioralnych. Uzależnienie od hazardu dotyczy około 1% populacji, a uzależnienie od gier komputerowych około 2-3% populacji ogólnej.

Współwystępujące problemy zdrowia psychicznego

Zarówno instytucje związane z ochroną zdrowia, jak i organizacje powinny zwracać na to zjawisko szczególną uwagę, ponieważ pozostaje ono w ścisłym związku z problematyką zdrowia psychicznego w miejscu pracy. Pracoholizm współwystępuje z szeroką gamą zaburzeń psychicznych, w tym z obsesyjno-kompulsywnym zaburzeniem osobowości (OCPD), zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym (OCD), zaburzeniami lękowymi (uogólnionym, społecznym) i nastroju (depresją, chorobą dwubiegunową), zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), zaburzeniami odżywiania (anoreksją, bulimią, a także uzależnieniem od jedzenia), zaburzeniami związanymi z używaniem substancji oraz innymi uzależnieniami behawioralnymi. Z tego powodu pracoholizm jest problemem wymagającym szczególnego, kompleksowego podejścia oraz odpowiednio dobranych działań prewencyjnych i interwencyjnych. Pracoholizm dzieli istotne czynniki ryzyka z większością wymienionych zaburzeń (np. niestabilność emocjonalna), a w wielu przypadkach to już istniejące problemy psychiczne mogą zwiększać ryzyko jego rozwoju, między innymi jako formy radzenia sobie i samoleczenia. Na przykład osoby z ADHD mogą pracować więcej w celu kompensacji problemów z uwagą lub w celu maskowania nadpobudliwości psychoruchowej.

Konsekwencje pracoholizmu

Większość badań nad samym pracoholizmem ma charakter korelacyjny. Niemniej jednak rośnie liczba badań podłużnych, które pozwalają lepiej zrozumieć konsekwencje tego zjawiska. Powstają również studia przypadków, badania jakościowe, intensywne badania podłużne (dziennikowe) czy badania eksperymentalne. W świetle całokształtu badań nad rolą długich godzin pracy oraz stresu zawodowego i ogólnego w kontekście rozwoju i zaostrzania się chorób fizycznych i psychicznych, a także uwzględniając ścisły związek pracoholizmu z długimi godzinami pracy, można wysunąć wnioski wskazujące na silne przesłanki, że uzależnienie od pracy odgrywa istotną rolę jako czynnik prowadzący do lub nasilający negatywne konsekwencje zdrowotne.

Dla osoby

Osoby uzależnione od pracy częściej doświadczają pogorszenia stanu zdrowia fizycznego, przewlekłego stresu i wypalenia zawodowego. Zwiększa się u nich ryzyko nadużywania substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu i stymulantów, a także występowania objawów lękowych i depresyjnych. Ponadto pracoholizm może prowadzić do problemów ze snem, podwyższenia ciśnienia krwi oraz zwiększonego ryzyka rozwoju chorób sercowo-naczyniowych i innych chorób związanych z silnym stresem. Długotrwałe, kompulsywne zaangażowanie w pracę może również pogłębiać zaburzenia psychiczne i emocjonalne, wpływając na ogólne samopoczucie i jakość życia osoby.

Dla organizacji i odbiorców pracy

Pracoholizm negatywnie oddziałuje na funkcjonowanie zawodowe i środowisko pracy. Osoby uzależnione od pracy wykazują mniejszą skłonność do zachowań prospołecznych. Jednocześnie częściej pojawiają się u nich zachowania kontrproduktywne, w tym mobbing wobec współpracowników i podwładnych, co może znacząco zaburzać klimat społeczny w miejscu pracy.

Na podstawie badań nie można wyciągnąć wniosku, że pracoholizm zwiększa ogólną efektywność pracy, wręcz przeciwnie, pracoholicy częściej wykazują absencję, prezenteizm (obecność mimo niepełnej sprawności), a także wyrażają większe zamiary odejścia z pracy. Badania obejmujące 85 kultur wskazują, że uzależnienie od pracy współpracowników i przełożonych może zwiększać ryzyko własnego pracoholizmu.

Silne powiązania pracoholizmu z wypaleniem, wyczerpaniem, dystresem, zmęczeniem poznawczym i przeciążeniem zwiększają ryzyko popełniania błędów i obniżenia jakości wykonywanej pracy. W zawodach wysokiego ryzyka, takich jak opieka zdrowotna, lotnictwo, służby ratunkowe, finanse czy prawo, konsekwencje mogą być dramatyczne, prowadząc do poważnych zagrożeń dla bezpieczeństwa i jakości decyzji. Jednocześnie pracoholizm oddziałuje na wszystkie inne zawody, w których skutki mogą być mniej oczywiste, lecz kumulować się w czasie – dotyczy to nauczycieli, pracowników socjalnych, badaczy, inżynierów czy menedżerów, co może prowadzić do znaczących strat społecznych.

Szczególną uwagę należy zwrócić na dwie kwestie. Po pierwsze, menedżerowie mają wyższe ryzyko uzależnienia od pracy. Po drugie, działania menedżerów wpływają na ich podwładnych i środowisko pracy. Biorąc to pod uwagę, pracoholizm przestaje być problemem jedynie osoby, a staje się problemem zespołu, środowiska pracy, a w przypadku kierownictwa najwyższego szczebla – całej organizacji. Przełożony uzależniony od pracy może mieć negatywny wpływ na funkcjonowanie zawodowe, efektywność pracy, dobrostan i zdrowie fizyczne i psychiczne dziesiątek, setek a nawet tysięcy pracowników, w zależności od wielkości organizacji i szczebla. Konsekwentnie wpływ ten będzie się pośrednio przekładał na odbiorców pracy. Problem jest tym poważniejszy, że charakterystyczną cechą uzależnień jest brak wglądu osoby uzależnionej w problem. Badania wskazują, że w kontekście uzależnień od substancji ponad 90% osób nigdy nie rozpoznaje problemu i nie szuka wsparcia. Niekiedy mechanizm ten nazywa się „wyparciem” i „zaprzeczaniem”, co sugeruje, że osoba uzależniona w jakimś sensie wie, że ma problem, ale podejmuje decyzję, że będzie temu zaprzeczać. Jednak w świetle najnowszych badań neuropsychologicznych bardziej adekwatnym opisem tego zjawiska jest ograniczony wgląd w sytuację. Innymi słowy osoba uzależniona ma utrudnione przetwarzanie informacji o swojej sytuacji. W pewnym sensie faktycznie nie rozumie i nie widzi problemu. Być może opracowanie procedur lub rozwiązań pozwalających na zwiększenie tego wglądu wśród liderów jest jednym z najważniejszych wyzwań dla uniwersalnej prewencji uzależnienia od pracy.

Dla rodziny i społeczeństwa

Pracoholizm wpływa także negatywnie na życie rodzinne i relacje społeczne. Osoby uzależnione od pracy zapewniają mniej wsparcia partnerom, co sprzyja obniżeniu

jakości relacji małżeńskich/partnerskich oraz pojawianiu się konfliktów między obowiązkami zawodowymi a życiem rodzinnym. Pracoholizm wiąże się z niższym zadowoleniem z życia rodzinnego, pogorszeniem funkcjonowania rodziny, wycofywaniem się z interakcji i problemami w komunikacji. Dzieci osób uzależnionych od pracy częściej wykazują problemy emocjonalne i behawioralne, a także są bardziej narażone na rozwinięcie pracoholizmu w dorosłym życiu. Ma to szczególne znaczenie w kontekście rosnących problemów zdrowia psychicznego młodych pokoleń na całym świecie. Długie godziny pracy rodziców i opiekunów, w tym wynikające z ich pracoholizmu, braku odpowiednich kontaktów z dziećmi, pogorszonym stanem zdrowia fizycznego i psychicznego, wypaleniem, objawami depresyjnymi, nadużywaniem substancji psychoaktywnych w celu radzenia sobie i innymi problemami związanymi z ograniczonymi zasobami pozwalającymi na wysokiej jakości interakcje z dziećmi mogą częściowo wyjaśniać pogarszający się dobrostan dzieci i nastolatków.

Czynniki ryzyka

Indywidualne

Kilka czynników zostało dobrze przebadanych i wykazuje konsekwentne powiązania z pracoholizmem. Należą do nich:

- stanowiska kierownicze,
- wysokie wymagania zawodowe,
- wysoki stres zawodowy i stres ogólny,
- cechy osobowości, takie jak perfekcjonizm, neurotyczność, niska samoocena oraz wzorzec osobowości typu A (związany z rywalizacyjnością i pośpiechem),
- rodzice uzależnieni od pracy.

Większość z tych zmiennych (zwłaszcza cechy osobowości i pracoholizm rodziców) można wiarygodnie uznać za czynniki ryzyka, ponieważ poprzedzają one wystąpienie pracoholizmu.

Z kolei w przypadku niektórych zmiennych – takich jak stanowiska kierownicze, wysoka presja w pracy czy stres – związek może być niejednoznaczny lub dwukierunkowy. Oznacza to, że bycie menedżerem i doświadczanie wysokich wymagań może zwiększać ryzyko uzależnienia od pracy, ale także samo uzależnienie może sprzyjać obejmowaniu stanowisk menedżerskich i zwiększaniu presji zawodowej. Inne ważne czynniki, takie jak wiek, płeć (większość badań wskazuje na wyższe ryzyko u kobiet), wykształcenie, status społeczno-ekonomiczny oraz cechy osobowości jak narcyzm

czy sumienność, mają bardziej złożone lub niespójne związki z pracoholizmem i wymagają dalszych badań.

Organizacyjne uwarunkowania pracoholizmu

Warunki pracy i czynniki organizacyjne odgrywają kluczową rolę w rozwoju pracoholizmu. Wysokie i przewlekłe obciążenie pracą, ograniczone wsparcie społeczne, ekstremalnie konkurencyjny klimat społeczny oraz kultura nadmiernej pracy – w której pracowanie ponad normę jest traktowane jako standard – stanowią czynniki sprzyjające rozwojowi pracoholizmu. Mogą one wpływać na zachowania osób uzależnionych od pracy, a w dalszej perspektywie kształtować przekonania i normy dotyczące pracy, zwiększając centralność pracy i generując poczucie winy oraz niepokój w sytuacji niespełnienia nowych, zawyżonych standardów.

Niska świadomość i zaprzeczanie problemowi

Jednym z kluczowych wyzwań w przeciwdziałaniu pracoholizmowi jest powszechne zaprzeczanie i niechęć do szukania pomocy. Wiele osób nie postrzega swoich zachowań jako problematycznych, co jest szczególnie widoczne u osób uzależnionych od pracy ze względu na wysoką społeczną akceptację ciężkiej pracy. Na przykład badanie par pokazało, że mniej niż 50% osób uznanych przez partnera za uzależnione od pracy identyfikowało siebie jako takie właśnie. Analiza zawartości prasy codziennej w Finlandii, we Włoszech i w Polsce (1991, 1998, 2011) wykazała, że temat uzależnienia od pracy pojawia się średnio 12 razy rzadziej niż alkoholizmu – odpowiednio w 3,3% artykułów wobec 39,9%.

Badania sondażowe w Polsce potwierdzają, że pracoholizm postrzegany jest jako znacznie mniej poważne uzależnienie niż alkohol, narkotyki, papierosy czy hazard. Jednocześnie odnotowano powolny wzrost postrzeganej powagi tego problemu, czego nie obserwuje się w przypadku innych uzależnień behawioralnych, takich jak korzystanie z internetu, hazard czy kompulsywne zakupy.

Zapobieganie pracoholizmowi

We wrześniu 2025 roku na Uniwersytecie Gdańskim miała miejsce pierwsza międzynarodowa konferencja

naukowa poświęcona w całości problemowi uzależnienia od pracy. Zgromadziła ona czołowych światowych badaczy tego zjawiska. Jednym z celów konferencji było wypracowanie rekomendacji w zakresie jego prewencji. Poniżej znajdują się najważniejsze z nich.

Uznanie problemu

Najważniejszym pierwszym krokiem jest uznanie, że zgromadzone dowody naukowe jednoznacznie wskazują na praco-holizm jako zjawisko nieproduktywne i szkodliwe na poziomie jednostki, organizacji i społeczeństwa – zjawisko, którego nie należy wzmacniać, lecz aktywnie redukować.

Identyfikacja ryzyka

Organizacje powinny rozróżniać praco-holizm od zaangażowania w pracę. Zaangażowanie jest zdrową formą intensywniej pracy, motywowaną autonomicznie i powiązaną z dobrostanem i dobrą efektywnością. Praco-holizm natomiast wiąże się z motywacją kontrolowaną, prowadzącą do negatywnych emocji i pogorszonego dobrostanu. Regularna ocena praco-holizmu – np. w ramach oceny psychospołecznych zagrożeń – powinna obejmować szczególnie narażone grupy, takie jak menedżerowie i osoby na stanowiskach odpowiedzialnych.

Ograniczanie organizacyjnych źródeł praco-holizmu

Menedżerowie mają podwyższone ryzyko praco-holizmu, a ich zachowania i przekonania silnie kształtują kulturę organizacyjną. Dlatego mogą stanowić zarówno główne źródło praco-holizmu, jak i najważniejszy element jego prewencji.

Strategie prewencji organizacyjnej (pierwszorzędowej)

- szkolenie menedżerów w zakresie praco-holizmu, jego skutków oraz wspierania procesów regeneracji pracowników,
- promowanie równowagi między pracą a życiem prywatnym,
- rozwijanie kompetencji menedżerskich związanych ze zdrowiem i dobrostanem pracowników,
- podnoszenie świadomości zdrowia psychicznego wśród pracowników,

- projektowanie pracy poprzez zapewnianie zasobów (wsparcie, superwizja, informacja zwrotna),
- racjonalizacja systemów wynagradzania – nagradzanie wyników, efektywności i współpracy, a nie nadmiernych godzin pracy,
- redukcja godzin pracy przy zachowaniu wynagrodzenia poprzez usprawnienie procesów i eliminację zbędnych zadań.

Strategie prewencji indywidualnej (drugorzędowej)

- programy podnoszące świadomość zdrowia psychicznego i wczesnych objawów praco-holizmu,
- interwencje ukierunkowane na rozwój umiejętności radzenia sobie ze stresem, zarządzania czasem, regulacji emocji (w tym mindfulness) oraz kompetencji poznawczo-behawioralnych,
- programy przerw aktywnych i możliwość uczestnictwa w aktywnościach rekreacyjnych,
- zapewnienie dostępu do programów wellness oraz konsultacji psychologicznych i coachingowych,
- kompleksowa diagnostyka zdrowia psychicznego, obejmująca często współwystępujące zaburzenia,
- stosowanie dialogu motywującego w celu zwiększenia gotowości do zmiany,
- interwencje ukierunkowane na przepracowanie sztywnego perfekcjonizmu i nadmiernej kontroli emocjonalnej, takie jak radykalnie otwarta terapia dialektyczno-behawioralna.

Podsumowanie

Aktualny stan wiedzy wskazuje jednoznacznie, że praco-holizm jest pełnoprawnym zaburzeniem, które wymaga oficjalnego rozpoznania, interwencji, zmiany kultury pracy i świadomego podejścia zarówno na poziomie osoby, organizacji, jak i społeczeństwa. Jeśli nie zostanie uznany i potraktowany z równą powagą jak uzależnienia od substancji psychoaktywnych, będzie prowadził do rosnącego obciążenia systemu ochrony zdrowia, spadku produktywności, pogorszenia relacji rodzinnych oraz stopniowej erozji dobrostanu społecznego. Praco-holizm jest problemem klinicznym, ale także organizacyjnym i kulturowym, i jako taki wymaga systematycznej współpracy instytucji i organizacji związanych z ochroną zdrowia oraz z organizacją pracy w celu jego efektywnej prewencji na poziomie populacyjnym.

Artykuł powstał na podstawie corocznych rekomendacji do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, wydawanych przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Tekst prezentuje zestaw zadań rekomendowanych dla gmin do realizacji oraz zawiera przykłady działań, które nie powinny być finansowane z gminnych środków przeznaczonych na realizację programów, ze względu na brak potwierdzonej skuteczności lub brak związku z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych, przeciwdziałaniem narkomanii oraz uzależnieniami behawioralnymi¹.

LOKALNE STRATEGIE WSPARCIA: ODPOWIEDZIALNOŚĆ I MOŻLIWOŚCI SAMORZĄDU WOBEC FASD

Sylvia Opasińska

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

FASD w każdej gminie

Rozwój dziecka w pierwszych latach życia decyduje o jego przyszłym funkcjonowaniu, dlatego jego wczesne wsparcie powinno być jednym z priorytetów najbliższych dorosłych. Warto jednak pamiętać, że nie wszystkie wyzwania, z jakimi mierzą się dzieci, zaczynają się po narodzinach. Część z nich ma swoje źródło w okresie ciąży. Szczególnie istotna jest prenatalna ekspozycja na alkohol. Czynniki ten może w sposób trwały wpłynąć na rozwój dziecka, kształtując późniejsze funkcjonowanie emocjonalne, społeczne i poznawcze.

FASD, czyli Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych, nie jest zjawiskiem marginalnym. To problem, który występuje w systemie edukacji, opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, choć często pozostaje w nich nierozpoznany. Dzieci z FASD spotykamy w każdej społeczności, np. wśród uczniów, którzy „nie nadążają”, szybko się frustrują i reagują impulsywnie. Nie dlatego, że są mniej zdolni, ale dlatego, że rozwijały się w innych warunkach.

Z uwagi na fakt, że FASD dotyka dzieci w różnych środowiskach, odpowiedź na te wyzwania wymaga systemowego podejścia, które angażuje władze lokalne w budowanie mechanizmów wsparcia dla mieszkańców gminy. To właśnie samorząd dysponuje narzędziami pozwalającymi na budowanie lokalnego systemu, w którym profilaktyka i pomoc rodzinom dzieci z FASD mogą działać równolegle i skutecznie. Na poziomie lokalnym

możliwe jest tworzenie całościowych rozwiązań: od edukacji mieszkańców, przez przygotowanie specjalistów, po organizację diagnozy i terapii. Władze lokalne mają w swoich rękach instrumenty, które – przy właściwym zastosowaniu – mogą poprawić codzienne funkcjonowanie osób z FASD i wspierać ich rodziny.

Warto podkreślić, że samorządy mają możliwość realizacji działań na rzecz FASD, zlecając je organizacjom pozarządowym, które posiadają doświadczenie i kompetencje w pracy z dziećmi i ich rodzinami. Włączenie trzeciego sektora pozwala zwiększyć dostępność pomocy i budować lokalne sieci, działające w ścisłej współpracy z rodziną i instytucjami publicznymi.

Wczesna diagnoza szansą dla całej rodziny

Praktyka pedagogów czy psychologów pokazuje, że wiele dzieci z trudnościami może mieć FASD, mimo że ich przypadki pozostają niezdiagnozowane. Wynika to zarówno z trudności diagnostycznych, jak i z faktu, że objawy FASD mogą przypominać inne zaburzenia neurorozwojowe lub pozostawać niezauważone. Zgodnie z wynikami badania populacyjnego ALICJA, przeprowadzonego przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w 2015 roku, szacuje się, że w Polsce Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych występuje nie rzadziej niż u 20 na 1000 dzieci w wieku 7–9 lat, zaś Płodowy Zespół Alkoholowy (FAS) nie rza-

dzieci niż u 4 na 1000. Na podstawie tych danych można przyjąć, że w Polsce każdego roku na świat przychodzi między 7 a 8 tys. dzieci z FASD. Oznacza to, że w przeciętnej gminie w każdym roczniku szkolnym znajduje się co najmniej kilkoro uczniów dotkniętych skutkami prenatalnej ekspozycji na alkohol, choć większość z nich nigdy nie otrzymała formalnego rozpoznania.

Kiedy FASD nie zostaje odpowiednio wcześnie dostrzeżone i zdiagnozowane, zarówno rodzina, jak i lokalne instytucje działają często po omacku. Zachowania dziecka z FASD bywają interpretowane jako wynik braku motywacji, niechęci do nauki czy sprawiania trudności wychowawczych. W praktyce są to jednak symptomy neurobiologicznych utrudnień, wynikających z odmiennych mechanizmów uczenia się, przetwarzania bodźców, regulacji emocji i kontroli impulsów. FASD jest związany z uszkodzonym ośrodkowym układem nerwowym.

Brak diagnozy i odpowiedniego działania może prowadzić do utrwalania spirali niepowodzeń. Dzieci określane jako „niegrzeczne” czy „problematyczne” mogą doświadczać kar, wykluczenia, negatywnej oceny ze strony rówieśników i dorosłych, a także rosnącego poczucia bezradności. Z czasem może narastać w nich frustracja, obniżyć się poczucie własnej wartości, pojawić zaburzenia lękowe czy depresyjne. Jednocześnie osoby odpowiedzialne za opiekę i edukację nie wiedzą, jak wspierać dziecko, którego rozwój przebiega w odmienny sposób.

Wczesna diagnoza FASD, a co za tym idzie wdrożona odpowiednia rehabilitacja, najlepiej przed 6. rokiem życia, pozwala zapobiegać wielu późniejszym trudnościom. Dzięki niej można uniknąć opóźnień w rozwoju ruchowym i poznawczym, problemów w nauce, zaburzeń zachowania, trudności w nawiązywaniu relacji z rówieśnikami i dorosłymi. Wczesna rehabilitacja pomaga również chronić przed manipulacją i wykorzystaniem ze strony otoczenia.

W debacie publicznej rzadko mówi się o dorosłych z FASD, choć warto pamiętać, że to zaburzenie nie dotyczy wyłącznie dzieci. Dzieci z FASD dorastają i wchodzi w dorosłe życie, a konsekwencje braku wsparcia często stają się jeszcze bardziej widoczne w kolejnych etapach życia. Osoby z nierozpoznanym FASD mogą doświadczać trudności w samodzielnym funkcjonowaniu. Wielu dorosłych z FASD korzysta z różnych form wsparcia, jednak te działania bywają

często fragmentaryczne i nie odnoszą się do pierwotnej przyczyny trudności.

Z punktu widzenia samorządu oznacza to konieczność zmierzenia się z nowymi wyzwaniami organizacyjnymi i finansowymi. FASD nie jest jedynie problemem natury medycznej, a wyzwaniem, które pojawia się w różnych obszarach i wymaga dobrze opracowanej strategii na poziomie gminy czy regionu. Aby wspierać osoby z FASD i ich rodziny, a jednocześnie ograniczać narastające w czasie koszty społeczne, konieczne jest uznanie, że zaburzenie to występuje w każdej społeczności, niezależnie od jej wielkości czy struktury. Dzięki temu samorząd może budować środowisko, w którym żadna rodzina nie pozostaje bez odpowiedniego wsparcia, a problemy są rozwiązywane zanim urosną do rozmiaru kryzysu.

Samorząd jako koordynator lokalnego systemu wsparcia

Kształt i efektywność lokalnego systemu wsparcia w dużej mierze zależy od samorządu. Jednym z jego obowiązków jest tworzenie i realizacja gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. W ramach tych programów możliwe jest uwzględnienie działań dotyczących FASD – zarówno w zakresie profilaktyki, jak i działań wspierających rodziny i dzieci dotknięte skutkami prenatalnej ekspozycji na alkohol. Uwzględnienie w programach działań związanych z FASD, pozwala działać systemowo w lokalnej społeczności, łącząc profilaktykę z dostępem do odpowiednich usług. Spójne zarządzanie lokalnymi instytucjami i usługami pozwala budować środowisko, w którym działania są ze sobą połączone, dzięki czemu potrzebujący wsparcia mieszkańcy mogą otrzymać stabilną i powszechnie dostępną pomoc oraz poczucie zrozumienia i widzialności.

Na poziomie lokalnym samorządy mogą umożliwić rodzinom skorzystanie z wczesnej diagnozy i terapii dzięki stworzeniu lub dofinansowaniu działalności poradni diagnostyczno-pomocowej. Diagnoza wyznacza kierunek dalszej pracy, stanowiąc fundament dla całego procesu wzmacniania rodziny. Diagnoza FASD wymaga współpracy interdyscyplinarnego i odpowiednio przygotowanego zespołu, ponieważ tylko kompleksowe podejście pozwala stworzyć pełny obraz funkcjonowania dziecka i ocenić go w sposób spójny z aktualną wiedzą kliniczną. Z kolei z perspektywy

rodzica zaletą jednoznacznej diagnozy jest możliwość określenia, z jakim problemem mierzy się cała rodzina, co ułatwia poszukiwanie odpowiednich informacji i wsparcia.

Ze względu na znaczenie właściwych działań i narzędzi diagnostycznych dla prawidłowego rozpoznania FASD, interdyscyplinarny zespół ekspertów przy Krajowym Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom przygotował aktualizację zaleceń dotyczących rozpoznawania FASD. Zostały one opublikowane w wydaniu specjalnym „Medycyny Praktycznej – Pediatrii” (1/2025). Dokument ten porządkuje standardy postępowania, określa kryteria rozpoznania oraz wskazuje rekomendowane narzędzia diagnostyczne. Zalecenia są publicznie dostępne zarówno na stronie Krajowego Centrum (www.kcpu.gov.pl), jak i na stronie informacyjno-edukacyjnej o FASD (www.ciazabezalkoholu.pl).

Od jakości procesu diagnostycznego zależy nie tylko precyzja rozpoznania problemu, ale też to, jakie formy terapii zostaną zaproponowane, jakie wskazówki otrzyma szkoła i poradnia, oraz jaką drogą zostanie poprowadzona cała rodzina. To diagnoza otwiera możliwość otrzymania odpowiedniej pomocy – z tego powodu jej dostępność powinna stać się integralnym elementem regionalnych strategii zdrowotnych i społecznych, gwarantując, że rodziny otrzymają pomoc w odpowiednim czasie i w pełnym zakresie.

Warto w tym miejscu podkreślić, że prowadzenie działań związanych z wdrażaniem i upowszechnianiem standardów oraz procedur profilaktyki, diagnozy i terapii FASD zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej jest jednym z celów Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (przedłużonego również na 2026 rok). Do realizacji tych działań zobowiązane są jednostki samorządu terytorialnego.

Aktualnie w Polsce dostęp do diagnozy jest utrudniony, ponieważ liczba odpowiednich placówek jest niewystarczająca. Oznacza to, że część rodzin poszukuje pomocy poza miejscem zamieszkania: w dużych miastach, w prywatnych ośrodkach, a niekiedy w odległych regionach kraju. Często związane jest to z wysokimi kosztami, wielomiesięcznym czasem oczekiwania i brakiem ciągłości terapii po postawieniu diagnozy. Dzięki inwestycjom w rozwój lokalnych specjalistów, lepsze wyposażenie poradni i tworzenie wyspecjalizowanych zespołów, gminy skutecznie ułatwiają adekwatną pomoc osobom jej potrzebującym.

Terapia dzieci z FASD obejmuje spektrum działań: od fizjoterapii i integracji sensorycznej, przez ćwiczenia koordynacji wzrokowo-ruchowej, wsparcie logopedyczne i neurologopedyczne, aż po terapię pedagogiczną, psychologiczną i interwencje behawioralne. Ważne są także działania wspierające regulację emocji i odbudowę poczucia bezpieczeństwa, szczególnie u dzieci, które mają za sobą doświadczenia trudnych relacji.

Inwestowanie w diagnozę i terapię jest więc nie tyle kosztem, ile działaniem o najwyższej stopie zwrotu. Pozwala precyzyjnie określić potrzeby dziecka, zaplanować spójne wsparcie, odciążyć szkoły i instytucje pomocowe oraz sprawić, że rodzina nie pozostaje sama w systemie. Ważnym elementem pomocy są także szkolenia adresowane do rodziców, które pomagają zrozumieć specyfikę FASD, uczyć praktycznych strategii wspierania dziecka, jego codzienności oraz wzmacniają poczucie pewności siebie i kompetencje opiekuńcze. Równolegle warto tworzyć przestrzeń dla grup wsparcia, w których rodzice mogą dzielić się doświadczeniami i korzystać z porad specjalistów.

Profilaktyka FASD oparta na wiedzy i zrozumieniu

Najpewniejszym sposobem zapobiegania FASD jest unikanie napojów alkoholowych w okresie planowania ciąży, w czasie jej trwania oraz podczas karmienia piersią. Ponieważ FASD wynika wyłącznie z prenatalnej ekspozycji na alkohol, jest zaburzeniem, któremu można w pełni zapobiec.

Skuteczność działań profilaktycznych rośnie wtedy, gdy są one oparte zarówno na rzetelnej edukacji publicznej, jak i na wspieraniu kobiet oraz par w podejmowaniu świadomych decyzji dotyczących zdrowia reprodukcyjnego. Budowanie wiedzy o ryzyku związanym ze spożywaniem alkoholu w okresie rozrodczym to tylko jeden element. Tak samo ważne jest tworzenie środowiska sprzyjającego bezpieczeństwu, w którym kobiety mogą swobodnie zadawać pytania, uzyskiwać profesjonalne informacje i korzystać z pomocy.

W praktyce profilaktyka obejmuje więc nie tylko przekazy ostrzegające, ale także działania wzmacniające, które ułatwiają podejmowanie bezpiecznych wyborów i wspierają zdrowie przyszłych dzieci.

Samorządy dysponują wieloma możliwościami, aby edukacyjne przekazy trafiały do mieszkańców skutecznie

i przy stosunkowo niewielkim nakładzie środków. Mogą prowadzić kampanie informacyjne w przestrzeni publicznej, udostępniać materiały informacyjne w urzędach, szkołach, bibliotekach, poradniach i placówkach zdrowia, a także szkolić personel medyczny, nauczycieli oraz pracowników socjalnych, aby wyposażeni w odpowiednią wiedzę mogli samodzielnie reagować i wspierać kobiety w ciąży oraz prowadzić działania profilaktyczne. Dzięki temu każda osoba mająca kontakt z kobietą w ciąży staje się nośnikiem rzetelnej informacji i może właściwie reagować na sygnały potencjalnego ryzyka wystąpienia FASD. Jednocześnie działania edukacyjne mogą być kierowane do młodzieży, zwiększając jej świadomość na temat wpływu alkoholu na zdrowie w okresie rozrodczym, zwłaszcza w sytuacjach prowadzących do nieplanowanej ciąży. Równocześnie włączenie rodzin zastępczych i adopcyjnych w szkolenia, konsultacje oraz działania informacyjne pozwala lepiej odpowiadać na rzeczywiste potrzeby i tworzyć system wsparcia uwzględniający różnorodne doświadczenia oraz specyfikę ich rozwoju.

Aby zminimalizować ryzyko wystąpienia FASD u noworodków, konieczne jest uwzględnienie wszystkich czynników, które mogą wpływać na decyzje kobiet – od presji społecznej i norm kulturowych, przez brak wsparcia i trudne warunki życia, po problemy zdrowotne, emocjonalne czy związane z uzależnieniami. Zrozumienie tych barier pozwala na holistyczne zaprojektowanie działań.

Dlatego ważne jest, aby wszelkie działania podejmowane w temacie FASD były niestygmatyzujące i oparte na wsparciu, a nie na ocenie. Etykietowanie kobiet pijących alkohol nie zmniejsza problemu, a wręcz go pogłębia, ograniczając dostęp do pomocy, opóźniając kontakt z opieką medyczną i utrudniając korzystanie z usług instytucji.

W tym obszarze szczególną wartość mają profesjonalne i jednocześnie wspierające metody pracy, takie jak dialog motywujący. Narzędzie to pomaga budować relację opartą na szacunku, wzmacnia poczucie sprawczości kobiety i wspiera jej własną motywację do zmiany, zamiast narzucać ją z zewnątrz. Jest to podejście o udokumen-

owanej skuteczności, powszechnie stosowane w pracy z osobami z trudnościami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych.

Warto podkreślić, że unikanie stygmatyzacji powinno obejmować nie tylko kobiety w ciąży, lecz także dzieci i dorosłych żyjących z FASD. Postrzeganie ich wyłącznie przez pryzmat zaburzeń prowadzi do nieporozumień i może sprzyjać marginalizacji. Dlatego tak ważne jest zrozumienie, że objawy FASD są konsekwencją trwałych zmian rozwojowych. Należy przy tym pamiętać, że również postawienie samej diagnozy, jeśli nie zostanie połączona z adekwatną terapią, może stać się etykietą stygmatyzującą dziecko i zamiast ułatwiać życie, może niepotrzebnie je komplikować. Zwiększanie wiedzy o tym zaburzeniu pomaga redukować stereotypy, zmniejsza

obawy przed korzystaniem z pomocy i buduje większe poczucie bezpieczeństwa w rodzinach.

Budowanie świadomości wśród mieszkańców – nie tylko poprzez okazjonalne akcje informacyjne, ale przede wszystkim poprzez codzienną praktykę urzędów, szkół, poradni i instytucji pomocowych – tworzy środowisko, w którym osoby z FASD mogą się spotykać z większym zrozumieniem i mniejszą oceną. Kultura komunikacji oparta na rzetelnej wiedzy przekłada się na bardziej

sprzyjające warunki dla rodzin, a jednocześnie zmniejsza liczbę błędnych interpretacji, które mogą utrudniać codzienne funkcjonowanie dziecka.

Praktyka pedagogów czy psychologów pokazuje, że wiele dzieci z trudnościami może mieć FASD, mimo że ich przypadki pozostają niezdiagnozowane. Wynika to zarówno z trudności diagnostycznych, jak i z faktu, że objawy FASD mogą przypominać inne zaburzenia neurorozwojowe lub pozostawać niezauważone.

Specjaliści wobec FASD

Skuteczne wsparcie dzieci z FASD wymaga zaangażowania całego zespołu osób pracujących z rodziną – nauczycieli, pedagogów, psychologów, lekarzy, pielęgniarek i pracowników socjalnych. To oni najczęściej jako pierwsi dostrzegają sygnały zaburzeń.

Specjaliści świadomi specyfiki FASD potrafią dostosować tempo nauczania, metody pracy, sposób komunikacji oraz stawiane dziecku oczekiwania. Nawet drobne zmiany w podejściu zwiększają jego poczucie bezpieczeństwa i pewność siebie, co przekłada się na lepsze wyniki w nauce i większy komfort.

Z perspektywy samorządu istotne jest systemowe wspieranie rozwoju kompetencji kadry. Organizacja szkoleń, warsztatów, konferencji oraz udostępnianie poradników i materiałów edukacyjnych szybko przekłada się na lepszą jakość wsparcia dla dzieci i rodzin. Dobrze przygotowani specjaliści mogą pełnić rolę lokalnych liderów wiedzy o FASD, wspierać innych nauczycieli, rodziców i pracowników służb społecznych oraz budować spójny, interdyscyplinarny system opieki i edukacji.

Istotnym elementem profilaktyki jest promowanie badań przesiewowych oraz krótkiej interwencji w kierunku problemów związanych z alkoholem wśród kobiet w wieku rozrodczym, w tym kobiet w ciąży. Takie działania pozwalają na wczesne wykrycie potencjalnego ryzyka, zanim pojawią się konsekwencje dla rozwoju dziecka, zmniejszając tym samym prawdopodobieństwo wystąpienia FASD. Ważną rolę w tym procesie odgrywa personel medyczny – lekarze, położne, pielęgniarki i specjaliści podstawowej opieki zdrowotnej – którzy mają bezpośredni kontakt z kobietami w ciąży i osobami planującymi ciążę. Dzięki ich wiedzy, umiejętnościom prowadzenia rozmów motywujących oraz stosowania narzędzi przesiewowych możliwe jest wczesne zidentyfikowanie ryzykownych zachowań, udzielenie krótkiej interwencji i skierowanie do dalszej pomocy.

Zwiększenie kompetencji pracowników nie wymaga dużych nakładów finansowych w porównaniu z kosztami późniejszych interwencji kryzysowych, terapii specjalistycznych czy wsparcia społecznego w dorosłym życiu. Systemowe wsparcie kadry to nie tylko szkolenia, lecz także budowanie kultury wiedzy i współpracy. Dzięki temu nauczyciele, specjaliści i pracownicy służb społecznych działają według wspólnych standardów, rozumieją potrzeby osób z FASD i skutecznie reagują na wyzwania pracy. Takie działania wzmacniają społeczność i tworzą środowisko, w którym każde dziecko może w pełni rozwijać swój potencjał.

Wspólne podejście przynosi też korzyści rodzinom. Specjaliści mogą udzielać im wsparcia, edukować o FASD, pomagać w radzeniu sobie z codziennymi wyzwaniami i ułatwiać dostęp do zasobów społecznych, terapeutycznych i edukacyjnych. Dzięki temu dziecko i jego rodzina otrzymują spójną opiekę, a działania prowadzone w różnych środowiskach wzajemnie się uzupełniają, zwiększając szanse na lepsze funkcjonowanie i rozwój dziecka.

Tymczasem zgodnie z danymi zebranymi w ramach Sprawozdania KCPU-G1 z działalności samorządów lokalnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów

uzależnień, w 2024 roku zaledwie 48 gmin realizowało działania zwiększające wiedzę na temat FASD, np. poprzez organizację lokalnych konferencji.

Podsumowanie

Choć w wielu miejscach w Polsce widać coraz bardziej świadome podejście do FASD, a samorządy stopniowo wdrażają pierwsze rozwiązania, nadal jest to zaledwie ułamek tego, czego wymaga skala problemu. FASD pozostaje realnym wyzwaniem zdrowotnym, edukacyjnym i społecznym, a skuteczność działań zależy od konsekwentnej pracy całego lokalnego systemu – diagnozy, profilaktyki, terapii i wsparcia rodzin.

FASD jest zaburzeniem nieuleczalnym, ale nie musi determinować losów dziecka. Istotne jest, aby rodziny nie zostawały same, a instytucje miały dostęp do rzetelnej wiedzy i narzędzi. Profilaktyka wymaga spójnych komunikatów, edukacji środowiskowej, empatii oraz podejścia opartego na dowodach naukowych.

Każda gmina może odegrać ważną rolę w ochronie zdrowia dzieci i wzmacnianiu rodzin. A każda, która zdecyduje się rozszerzać swoje działania, buduje nie tylko lepszy system wsparcia, lecz także społeczność bardziej uważną, solidarną i odporną na przyszłe wyzwania.

Bibliografia

- Borkowska M. „Spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych – spojrzenie z różnych perspektyw”, Serwis Informacyjny Uzależnienia, nr 3/2025.
- Cichoń-Chojnacka A. (red.), „FASD. Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych. Lepiej rozumieć, żeby lepiej pomagać. Podręcznik dla pracowników socjalnych, asystentów rodziny i kuratorów”, Studio Profilaktyki Społecznej, 2024.
- Klecka M., Okulicz-Kozaryn K., „Filary wsparcia rodziców i dzieci z FASD. Poradnik dla rodziców zastępczych, adopcyjnych i kandydatów”, Studio Profilaktyki Społecznej, 2025.
- Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, „Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w 2025 roku”, Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, 2024.
- Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, „Profilaktyka i rozwiązywanie problemów uzależnień w Polsce w samorządach lokalnych w 2024 roku. Zestawienia statystyczne. Wyniki wstępne”. Na podstawie: KCPU-G1 – Sprawozdanie z działalności samorządów lokalnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień w 2024.
- „Medycyna Praktyczna. Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Wytyczne opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów”, *Pediatrics* wydanie specjalne 1/2025.

Współczesne programy profilaktyczne coraz częściej opierają się na filozofii redukcji szkód, której celem jest ograniczanie negatywnych skutków zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych czy innymi praktykami związanymi z podwyższonym ryzykiem, bez wymogu abstynencji. Podejście to wyłoniło się w latach 80. XX wieku jako oddolna reakcja marginalizowanych społeczności na kryzys HIV/AIDS wśród osób używających narkotyków w iniekcjach.

FILOZOFIA REDUKCJI SZKÓD W PROFILAKTYCE I PSYCHOTERAPII OSÓB ZAANGAŻOWANYCH W CHEMSEKS

Maria Brodzikowska

Akademia Kultury Fizycznej im. B. Czecha w Krakowie

Poradnia Leczenia Uzależnień od Substancji innych niż Alkohol przy Parasolowym Centrum Terapii w Krakowie

Grzegorz Jezierski

Stowarzyszenie Lambda Warszawa

SDU a chemseks – ustalenia definicyjne

Sexualized drug use (SDU), czy w wersji polskiej „użycie narkotyków do celów seksualnych”, to termin nadrzędny odnoszący się do intencjonalnego używania substancji psychoaktywnych przed lub w trakcie aktywności seksualnej. SDU dotyczy osób o każdej orientacji seksualnej i może obejmować szerokie spektrum substancji – od alkoholu i konopi, przez MDMA, kokainę, po substancje specyficznie używane w kontekście chemseksu. Chemseks jest specyficznym podtypem SDU, kulturowo osadzonym fenomenem praktykowanym głównie przez mężczyznających seks z mężczyznami (MSM). Termin ten po raz pierwszy został użyty przez Davida Stuarta (Stuart, 2019), a spopularyzowało go badanie The Chemsex Study (Bourne i in., 2014, 2015), które zdefiniowało chemseks jako używanie konkretnych substancji, najczęściej metamfetaminy, GHB/GBL i katynonów w kontekście seksu między mężczyznami. Specyficzne cechy chemseksu obejmują intencjonalność seksualną, przedłużone sesje (godziny do dni), ułatwienie dostępu do partnerów i substancji psychoaktywnych przez aplikacje geolokalizacyjne oraz specyficzny kontekst kulturowy społeczności gejowskiej. W Polsce najczęściej używane substancje do chemseksu to katynony syntetyczne oraz GHB/GBL. Według danych z badania EMIS (European MSM Internet Survey), 7,4% polskich

MSM używało stymulantów w trakcie seksu w ostatnich 12 miesiącach, co daje szacunkowo 23-69 tys. osób, przy czym używanie problemowe może dotyczyć grupy 5-14 tys. osób (Muskala i Pawłęga, 2019).

Wykorzystanie redukcji szkód w profilaktyce

Współczesne programy profilaktyczne coraz częściej opierają się na filozofii redukcji szkód, której celem jest ograniczanie negatywnych skutków zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych czy innymi praktykami związanymi z podwyższonym ryzykiem, bez wymogu abstynencji. Podejście to wyłoniło się w latach 80. XX wieku jako oddolna reakcja marginalizowanych społeczności na kryzys HIV/AIDS wśród osób używających narkotyków w iniekcjach. W Stanach Zjednoczonych ruch ten był w swoich początkach prowadzony przez społeczności afroamerykańskie, latynoskie, muzułmańskie i queer, które tworzyły grupy wsparcia dla osób strukturalnie narażonych na zakażenie HIV i szkody wynikające z używania substancji (Johnson i Sue, 2024). Redukcja szkód, wywodząca się z tych doświadczeń, opiera się na zasadach humanizmu, pragmatyzmu, indywidualizmu, autonomii oraz akceptacji każdej pozytywnej zmiany jako postępu (Hawk i in., 2017). Specyficzne ryzyka zdrowotne obserwowane w kontekście chemseksu

czynią podejście redukcji szkód szczególnie istotnym elementem interwencji zdrowia publicznego. Dla osób z populacji MSM, gdzie ryzyka zdrowotne, psychiczne i społeczne często współwystępują, filozofia redukcji szkód stanowi fundament skutecznych działań prewencyjnych – od edukacji i testowania, przez dostęp do profilaktyki i leczenia HIV (PrEP, PEP, TasP), po wsparcie psychoseksualne i psychoterapeutyczne – ukierunkowanych na poprawę jakości życia, a nie wyłącznie eliminację ryzyka.

Szkody, które mogą pojawić się w wyniku podejmowania chemseksu mogą być bardzo różne. Część z nich wynika z przyjmowania środków psychoaktywnych w ogóle, część natomiast jest specyficzna dla tego konkretnego zjawiska. Wśród najczęściej wymienianych w literaturze można wyróżnić kategorie, takie jak: (1) szkody fizyczne – przedawkowanie, zakażenie infekcjami przenoszonymi drogą kontaktów seksualnych (STI) czy wyczerpanie organizmu; (2) psychologiczne – utrata kontroli, uzależnienie, zaburzenia psychiczne (epizody psychotyczne, utrata pamięci, obniżenie nastroju, depresja, stany lękowe, napady agresji i paniki), trudności w seksie na trzeźwo, doświadczenie przemocy seksualnej, obniżenie satysfakcji z życia seksualnego, utrata kontroli nad zachowaniami seksualnymi, zaburzenia erekcji; (3) społeczne – negatywny wpływ na życie rodzinne, towarzyskie i zawodowe; (4) ekonomiczne – strata pieniędzy, czasu czy pracy (Pawłega, 2022). Szczegółne znaczenie redukcji szkód wynika z konceptu stresu mniejszościowego. MSM doświadczają „potrójnej stygmatyzacji” – jako osoby nieheteronormatywne, używające narkotyków oraz (często) żyjące z HIV. Chemseks może być mechanizmem radzenia sobie ze stresem mniejszościowym i wstydem związanym z tożsamością seksualną. Wielopropblemowość w populacji chemseks/MSM najlepiej opisuje podejście syndemiczne, rozpoznające clustering współwystępujących problemów: transmisja HIV/STI, zdrowie psychiczne, używanie substancji i marginalizacja społeczna. Działania w duchu redukcji szkód, pozwalają efektywnie ograniczać szkody zdrowotne i społeczne, jednocześnie wzmacniając autonomię i dobrostan osób uczestniczących w chemseksie.

Skuteczność interwencji opartych na redukcji szkód w populacji MSM angażujących się w chemseks została potwierdzona w licznych badaniach z ostatnich lat. Programy oferujące testowanie, PrEP i wsparcie

psychospołeczne bez wymagania abstynencji wykazują wysokie wskaźniki retencji uczestników – 76% w malezyjskim programie Beyond-66 (Thain i in., 2024) oraz 87% w 3-miesięcznym okresie obserwacji w hongkońskim randomizowanym badaniu kontrolowanym (Choi i in., 2023). Interwencje edukacyjne dotyczące bezpieczniejszego używania substancji korelują ze znaczącym zmniejszeniem częstości przedawkowań. Izraelska interwencja Party Keepers wykazała redukcję sytuacji awaryjnych związanych z przedawkowaniem z 40,4% do 3,8% wśród uczestników – spadek o 90,6% (Zucker i in., 2022). Co istotne, podejście redukcji szkód nie prowadzi do zwiększenia konsumpcji substancji – brytyjskie badanie AURAH2 wykazało spontaniczny spadek zaangażowania w chemseks o 65% w ciągu 3 lat wśród uczestników mających dostęp do kompleksowych usług redukcji szkód (Sewell i in., 2019). Szczególnie obiecujące są dane dotyczące programów łączących opiekę medyczną, wsparcie psychologiczne i wsparcie rówieśnicze (*peer support*). Tajwańskie badanie wykazało, że uczestnictwo w zintegrowanych usługach zdrowia psychicznego zwiększało czterokrotnie prawdopodobieństwo intencji zmniejszenia używania chemseksu (Hung i in., 2023).

Redukcja szkód a psychoterapia skierowana do użytkowników chemseksu

W tym miejscu należałoby także zwrócić uwagę na rozróżnienie pomiędzy sygnalizowanymi wyżej interwencjami z poziomu profilaktyki/prewencji a specyficznym oddziaływaniem, jakim jest psychoterapia. Wydaje się, że redukcja szkód w przypadku korzystania z substancji psychoaktywnych w trzeciej dekadzie XXI wieku jest standardem, z którego korzystają rozmaite programy niskoprogowe. Rzadko kto zaprzecza tej idei i potrzebie działania z jej poziomu – do momentu, w którym dyskusja toczy się wokół szeroko rozumianej profilaktyki. Jednakże wielu mężczyzn problemowo lub uzależnieniowo podejmujących chemseks poszukuje dla siebie psychoterapii uwzględniającej ich aktualne potrzeby, podczas gdy wciąż częściej dostępnym sposobem leczenia osób z uzależnieniem jest terapia abstynencyjna. W przypadku wielu pacjentów/klientów staje się ona nieosiągalna, bo według tego paradygmatu odstawienie środków psychoaktywnych jest warunkiem wstępnym

oddziaływań psychoterapeutycznych. Tymczasem wielu z nich nie jest w stanie spełnić tego warunku (w przypadku chemseksu problemowego i uzależnieniowego) lub z różnych względów nie chce się na to decydować (w przypadku chemseksu rekreacyjnego), do czego oczywiście mają prawo. Warto tu zauważyć, że w samym tylko uzależnieniu od substancji psychoaktywnych skuteczność tego typu podejścia szacuje się na – w najlepszym wypadku – 30%, przy czym częściej szacuje się, że zachowanie abstynencji jest możliwe zaledwie u 1 na 10 osób poddających się leczeniu (Tatarsky, 2007).

Brak jest podobnych badań dla samego chemseksu, jednak biorąc pod uwagę złożoność zjawiska, można założyć, że utrzymanie abstynencji (szczególnie jako warunku podjęcia terapii) może być jeszcze trudniejsze.

Motywy podejmowania chemseksu zostały wyczerpująco opisane w innym wydaniu niniejszego kwartalnika (zob. Walendzik-Ostrowska, 2024). Warto jednak zwrócić uwagę na wielopropblemowość, z którą mierzą się pacjenci/klienci, często związaną z postawami społecznymi, stygmatem, stresem mniejszościowym, stresem wewnątrz mniejszościowym (zob. szerzej Pawłęga i Brodzikowska, 2024), doświadczonymi licznymi traumami na przestrzeni życia, poczuciem winy w związku z zachowaniami będącymi w opozycji do ich wewnętrznych wartości, współchorobowością (np. neuroatypowość czy STI, w tym HIV), przekonaniami dotyczącymi seksu i seksualności etc. (Brodzikowska i in., 2023). W większości przypadków trwałe zaprzestanie używania nie będzie możliwe bez pracy nad źródłami problemu, co wymaga interwencji zarówno w zakresie mechanizmów uzależnienia, ale i terapii traumy, pracy nad stylami przywiązania, relacjami społecznymi czy edukacji seksualnej/pomocy seksuologicznej. Jednak praca ta wymaga czasu i uruchamia wiele trudnych obszarów i związanych z nimi emocji, które – destabilizując – zwiększają ryzyko nawrotów. Jak

zauważa A. Tatarsky (2007), programy abstynencyjne wydają się ignorować właśnie taki, bardziej złożony, kontekst psychologiczno-społeczny.

W tej sytuacji warunkowanie terapii abstynencją uniemożliwia dostęp do skutecznej pomocy, co bezpośrednio godzi w fundamentalne prawa człowieka. Racjonalną alternatywą wydaje się zatem filozofia redukcji szkód w psychoterapii, szczególnie propagowana przez A. Tatarsky'ego (2007). Zakłada ona, że chociaż abstynencja może być najkorzystniejszą opcją, to jednak nie jest warunkiem terapii, ani miernikiem sukcesu terapeutycznego.

Specyficzne ryzyka zdrowotne obserwowane w kontekście chemseksu czynią redukcję szkód istotnym elementem interwencji zdrowia publicznego. Dla osób z populacji MSM, gdzie ryzyka zdrowotne, psychiczne i społeczne często współwystępują, filozofia redukcji szkód stanowi fundament skutecznych działań prewencyjnych – od edukacji i testowania, przez dostęp do profilaktyki i leczenia HIV, po wsparcie psychoseksualne i psychoterapeutyczne – nastawionych na poprawę jakości życia, a nie wyłącznie eliminację ryzyka.

Wychodzi z miejsca gotowości i możliwości pacjenta/klienta, proponując zmiany małymi krokami w kierunku zmniejszania szkodliwości używania (tamże). Podobnie postulują M. Weibren i H. Hornsvelt (2018), autorzy zbioru technik pracy nad uzależnieniem w podejściu EMDR czy A. Popky (2007), autor protokołu DeTUR i R. Miller (2011), propagator teorii Feeling-State Theory of Behavioral and Substance Addiction. Według tych autorów abstynencja nie jest koniecznym warunkiem terapii, choć często zostaje ostatecznie osiągnięta w jej wyniku. Wielu pacjentów/klientów, rozwiązując trudności leżące u podstaw problemu, zaprzestaje używania, ponieważ nie potrzebuje go w celach regulacyjnych czy uczy się zaspokajać zdeprymowane wcze-

śniej potrzeby w bardziej zdrowy sposób. Inni w czasie procesu terapeutycznego zdają sobie sprawę, że w ich przypadku bezpieczniejsze/kontrolowane używanie nie jest możliwe i przeformułują cel na abstynencję, a jeszcze inni dążą do ograniczenia używania substancji i szkód z niego wynikających (Tatarsky, 2007). Zgodnie z powyższym, psychoterapia nakierowana na redukcję szkód nie wyklucza zatem abstynencji – może ona być rozumiana po prostu jako opcja w arsenale potencjalnych celów. Wydaje się, że ze względu na specyfikę i złożoność zjawiska, jakim jest chemseks, filozofia proponowana przez wymienionych autorów

może być bardziej adekwatna niż tradycyjne podejście do psychoterapii uzależnień.

Powyższe uwagi pokazują, że praca terapeutyczna jest możliwa (a nawet często pożądana) w sytuacji, kiedy pacjenci/klienci nadal angażują się w chemseks. Sama nauka zachowań obejmujących redukcję szkód może spełniać znaczące funkcje terapeutyczne. Szczególnie warto tutaj podkreślić dwie z tych funkcji. Po pierwsze, populacja mężczyzn podejmujących chemseks narażona jest w szczególności na szereg doświadczeń związanych ze stygmatą, przemocą i odrzuceniem. Dotyczą one homofobicznych postaw społecznych, wykluczenia i stygmy związanej z używaniem narkotyków, wielością partnerów seksualnych (zarówno ze strony społeczeństwa w ogóle, ale i ze strony społeczności LGBTQ+), określonymi zachowaniami seksualnymi (Stuart, 2019). Wielu „problemowych” użytkowników posiada także doświadczenie licznych traum (w tym relacyjnych) (Dora i Dobroczyński, 2023). Takie warunki sprzyjają rozwinięciu na swój temat bazowych przekonań związanych z brakiem zasługiwania na troskę i szacunek (Mosquera, 2023). Redukcja szkód, która zakłada radykalną akceptację oraz poszanowanie dla praw i godności pacjenta/klienta w tym miejscu, w którym się aktualnie znajduje, wspomaga kształtowanie postawy dbania o siebie, swoje zdrowie i dobrostan (samoopieki), niezależnie od podejmowanych zachowań („Zasługuję na troskę”). Wspiera zatem modyfikację niekorzystnych przekonań na swój temat, co może pomagać w kształtowaniu dalszej motywacji do zmiany.

Drugą istotną korzyścią stosowania podejścia redukcji szkód w psychoterapii jest wzmacnianie poczucia sprawczości pacjenta/klienta. Nierealistyczne oczekiwania związane z abstynencją w sytuacji znacznej utraty kontroli stanowią ryzyko zniechęcenia i utraty nadziei. Człowiek, który otrzymuje zalecenia nieodpowiadające jego aktualnym możliwościom, z góry skazany jest na doświadczenie porażki, rozczarowania samym sobą i poczucia zupełnego braku wpływu na swoje życie. Tymczasem zasada redukcji szkód znacznie bardziej angażuje pacjentów/klientów w leczenie, w którym na pierwszym planie są ich własne cele (nie cel terapeuty/terapeutki czy „systemu”), często osiąmane poprzez małe kroki (Tatarsky, 2007). Wielu z nich jest w stanie wprowadzić modyfikacje w obszarze używania, co bezpośrednio przekłada się na ich jakość życia i przekonania o swoich możliwościach i sprawczości, a to

w konsekwencji wspiera w wyznaczaniu kolejnych celów i wprowadzaniu dalszych zmian.

Biorąc pod uwagę wskazane wyżej traumy, urazy relacyjne i pozabezpieczne style przywiązania w przypadku pacjentów/klientów problemowo/uzależnieniowo zaangażowanych w chemseks, tradycyjny paradygmat psychoterapii uzależnień stwarza też większe ryzyko retraumatyzacji (co ostatecznie może pogłębić problem). Stawianie abstynencji (w sytuacji braku możliwości utrzymania jej przez pacjenta/klienta) jako warunku udzielenia lub kontynuacji pomocy terapeutycznej może być kolejnym z wielu doświadczeń odrzucenia na przestrzeni życia. Trzeba jednak zauważyć, że praca w paradygmacie redukcji szkód wymaga od terapeutów i terapeutek z jednej strony znacznej zdolności do konterowania frustracji i obaw związanych z przyjęciem, że wielu pacjentów/klientów znajduje się aktualnie w sytuacji ryzyka utraty zdrowia i życia (to jednak wykracza poza zakres niniejszego artykułu), a z drugiej – rzetelnej wiedzy na temat faktycznych ryzyk specyficznych dla chemseksu oraz możliwości ich obniżania.

Podręcznik „Redukcja szkód w kontekście chemseksu” jako narzędzie pracy profilaktycznej i terapeutycznej

Właściwe rozpoznanie poszczególnych ryzyk jest niezbędne do wyposażenia pacjentów/klientów w odpowiednie narzędzia pozwalające na ograniczenie wyżej wymienionych szkód. Jednym ze szczególnie pomocnych źródeł pozyskiwania wiedzy przez osoby realizujące działania prewencyjne oraz terapeutów/terapeutki może być podręcznik „Redukcja szkód w kontekście chemseksu. Podręcznik szkoleniowy” A. Pouliosa, wydany przez AIDS Action Europe, przetłumaczony na język polski przez Michała Pawłęgę i Michała Muskałę, staraniem Stowarzyszenia Lambda Warszawa. Autor publikacji opisuje sposoby zmniejszania ryzyka zarówno w odniesieniu do poszczególnych środków psychoaktywnych, jak i możliwej perspektywy czasowej w zakresie podejmowania określonych interwencji. Redukcja szkód jest bowiem możliwa zarówno przed, w trakcie, jak i po zaangażowaniu się w chemseks. Wśród pierwszej kategorii działań wymienić można przykładowo dbałość o utrzymywanie obszarów spełnienia i satysfakcji w życiu, prowadzenie zdrowego stylu życia, zwrócenie uwagi

na bezpieczeństwo osobiste (np. osoby towarzyszące, miejsca spotkań, udostępnienie lokalizacji zaufanej osobie itp.) i planowanie „na trzeźwo” granic kontaktów seksualnych czy ilości i czasu przyjmowania substancji. Warto zasugerować także szczepienia ochronne, profilaktykę przed – i poekspozycyjną zakażenia HIV, jak również – dla osób żyjących z HIV – sprawdzenie interakcji leków ARV z substancjami psychoaktywnymi. Podręcznik zawiera wszystkie niezbędne informacje w tym zakresie, włącznie z wykazem substancji czynnych leków, mogących prowadzić do interakcji, jak również wiele mniej „oczywistych” informacji.

Wśród działań możliwych do podjęcia na tym etapie autor podkreśla także wagę uczestnictwa i pozytywnej identyfikacji ze społecznością LGBTQ+ (zob. Poullos, 2022). Wydaje się to tym bardziej istotne, że w jednym z badań wykazano związek pomiędzy zaangażowaniem w chemseks (w tym w bardziej problemowe zachowania) a niskim poczuciem przynależności do niej (Demant i in., 2025).

W drugiej kategorii czasowej wymienione są informacje, takie jak dbanie o siebie i swoje rzeczy osobiste, robienie przerw, ograniczanie ryzyk zdrowotnych w przypadku różnych dróg (wciąganie i wstrzykiwanie) przyjmowania środków psychoaktywnych – nie tylko tych związanych z potencjalnymi zakażeniami przenoszonymi drogą krwi, ale i innymi niebezpiecznymi sytuacjami, związanymi z nieumiejętnym wkluciem. Obok informacji związanych z przyjęciem substancji pojawiają się w tej części także sugestie związane z ograniczaniem ryzyka infekcji przenoszonych drogą płciową. Ważnym elementem są konkretne informacje na temat udzielania pierwszej pomocy w sytuacji przedawkowania czy pojawienia się epizodu psychiatrycznego (zob. Poullos, 2022). Ma to znaczenie w kontekście częstości występowania szkód w tym zakresie. Przykładowo, jedno z hiszpańskich badań wykazało, że najczęstszymi przyczynami poszukiwania pomocy przez mężczyzn podejmujących chemseks były symptomy przedawkowania, infekcje przenoszone drogą płciową i trauma, przy czym używanie iniekcyjne znacznie podnosiło prawdopodobieństwo zapotrzebowania na pomoc (Gonzalez-Recio i in., 2025). Warto podkreślić, że w pozostałych częściach podręcznika znajdują się także precyzyjne informacje na temat działania poszczególnych substancji, ich interakcji z lekami wydawanymi na receptę, skutków długotrwałego używania, dawek grożących życiu, zalecanych odstępów

czasowych w przyjmowaniu, działań zapobiegających poważnym konsekwencjom zdrowotnym i in. Wśród opisanych w ten sposób substancji znajdują się metamfetamina, GBL i GHB, mefedron, ketamina i kokaina (zob. Poullos, 2022). Odpowiada to w większości na zapotrzebowanie na wiedzę – najnowsze badania sugerują, że nadal są to główne środki używane do chemseksu (Georgiadis i in., 2025), podobnie jak miało to miejsce we wcześniejszych analizach (Pawłęga, 2022). Wiedza z zakresu niebezpieczeństw związanych z łączeniem powyższych substancji wydaje się natomiast niezbędna w kontekście danych wskazujących, że przykładowo w Wielkiej Brytanii do większości zgonów związanych z chemseksem w latach 2017–2022 dochodziło u osób łączących różne środki (Tyler i in., 2025).

Ostatnia kategoria czasu redukcji szkód opisana we wspomnianym podręczniku zawiera sugestie pomocne w regeneracji po podejmowaniu chemseksu i zadbanie o swoje zdrowie fizyczne i psychiczne, a także w sprawdzeniu, na ile kontrola została utrzymana (zgodność z założonym wcześniej planem), a na ile nie (zob. Poullos, 2022). Umiejętność rozpoznania symptomów utraty kontroli będzie ważnym narzędziem, które pozwala na uzyskanie pomocy w odpowiednim czasie i formie, co do wyboru których Poullos przedstawia różne opcje. Sugestie te mają tym większe znaczenie w kontekście badań wskazujących na wysoki poziom dyskomfortu psychicznego, negatywnych postaw wobec seksualności, a niski – samooceny w kontekście seksualnym i satysfakcji z życia seksualnego u mężczyzn podejmujących chemseks (Demant i in., 2025). Inne badanie podkreśla współwystępowanie chemseksu z urazowymi doświadczeniami życiowymi i zaburzeniami adaptacyjnymi (Robinson i in., 2025). Wskazanie odpowiednich kryteriów poszukiwania miejsc/osób mogących udzielić pomocy wydaje się więc szczególnie istotne.

Znaczącą wartością podręcznika jest jego szczegółowość, precyzyjność, łatwość wyszukania niezbędnych informacji i – przede wszystkim – brak nacechowania postawami paternalistycznymi czy moralizującymi. Przekazanie pacjentom/klientom informacji w nim zawartych może realnie ratować życie i zdrowie.

Bibliografia dostępna w redakcji.

Program ograniczania grania w gry hazardowe silnie koresponduje z najnowszymi ujęciami „wyzdrowienia z zaburzeń hazardowych”, które odchodzą od wyłącznego utożsamiania odzyskania zdrowia z absolutną abstynencją. W literaturze coraz częściej pojawiają się definicje „zdrowienia”, uwzględniające takie elementy, jak poprawa jakości życia, odbudowa ról społecznych, subiektywne poczucie kontroli – niezależnie od tego, czy hazard został całkowicie porzucony, czy uprawiany jest w formie, która nie generuje problemów.

REKOMENDACJE DLA REALIZACJI PROGRAMU KONTROLOWANEGO UPRAWIANIA HAZARDU W PLACÓWKACH LECZENIA UZALEŻNIEŃ¹

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska
Zakład Socjologii i Zdrowia Publicznego
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wprowadzenie

Wdrażanie programu kontrolowanego uprawiania hazardu w placówkach leczenia uzależnień stanowi alternatywę wobec tradycyjnego modelu opartego na całkowitej abstynencji, coraz częściej promowaną przez praktyków oraz potwierdzaną badaniami naukowymi (Slutske i wsp., 2010). Kontrolowane granie jako cel terapeutyczny odpowiada na potrzeby osób, które nie chcą rezygnować z hazardu całkowicie z uwagi na pozytywne aspekty społeczne i emocjonalne tej aktywności (Slutske i wsp., 2010). Badania Suurvaliego i innych (2009) wykazały, że brak alternatywy dla modelu abstynencyjnego jest jedną z głównych barier podejmowania leczenia (Suurvali i wsp., 2009). Perspektywa umiarkowanego czy kontrolowanego grania została również pozytywnie oceniona przez samych pacjentów w badaniach Evansa i Delfabbro (2005), co wskazuje na potrzebę elastycznego podejścia do wyznaczania celów terapeutycznych. Istotne jest, by cele leczenia mogły zmieniać się w trakcie procesu terapeutycznego – część osób rezygnuje z hazardu całkowicie, ale znaczna grupa decyduje się utrzymywać zachowania hazardowe na kontrolowanym, nieproblemowym poziomie (Slutske i wsp., 2010).

Metody oparte na kontroli zachowań hazardowych wykorzystują strategię terapii poznawczo-behawioralnej (CBT), wywiady motywacyjne oraz programy edukacyjne, które wspierają pacjenta w rozpoznawaniu krytycznych sytuacji, wprowadzaniu limitów i rozwijaniu umiejętności samo-

kontroli (Sullivan i wsp., 2024; Evans, Delfabbro, 2005). Kluczowe elementy pracy terapeutycznej obejmują psychoedukację, pracę nad zniekształceniami poznawczymi związanymi z hazardem oraz rozwijanie umiejętności podejmowania decyzji, rozwiązywania problemów i radzenia sobie z emocjami. Programy te powinny także uwzględniać wsparcie psychospołeczne, zwłaszcza w zakresie relacji interpersonalnych oraz funkcjonowania w rodzinie i społeczeństwie (Suurvali i wsp., 2009).

Liczne badania potwierdzają, że umiarkowane kontrolowane granie jest wybierane zarówno samodzielnie przez osoby z problemem hazardowym, jak i przy wsparciu leczenia specjalistycznego (Slutske i wsp., 2010). Przykłady skuteczności takich programów prezentują m.in. Ladouceur i inni (2009), Dowling i inni (2009) oraz Slutske i wsp. (2010), gdzie znaczna część pacjentów po programie kontrolowanego grania utrzymała wybrany cel, osiągając poprawę funkcjonowania psychospołecznego oraz zahamowanie rozwoju uzależnienia.

Wnioski dla praktyki wskazują, że placówki leczenia uzależnień powinny rozszerzać ofertę terapeutyczną o programy kontrolowanego grania, zwłaszcza wobec osób, które nie identyfikują swojego problemu hazardowego jako wymagającego dożywotniej abstynencji (Korn, Shaffer, 2004; McMahon i wsp. 2019). Zaleca się interdyscyplinarne podejście, współpracę z rodziną, monitoring efektów leczenia oraz uwzględnienie indywidualnych preferencji i możliwości

pacjenta w zakresie celów terapeutycznych. Takie podejście wpisuje się w nurt redukcji szkód, promowany w polityce zdrowotnej Unii Europejskiej i uznawany za skuteczny w leczeniu uzależnień behawioralnych (Suurvali i wsp., 2009; McMahon i wsp. 2019).

Celem artykułu jest przedstawienie rekomendacji dla implementacji i realizacji programu kontrolowanego uprawiania hazardu.

Metodologia badania

Badanie miało charakter jakościowy, umożliwiający szeroką eksplorację tematu oraz zrozumienie przyczyn i kontekstu społeczno-kulturowego badanego zjawiska (Wilson, 1998; Ulin i wsp. 2005). Celem było odkrycie różnorodności postaw specjalistów psychoterapii uzależnień oraz osób z zaburzeniami hazardowymi wobec wprowadzenia programu kontrolowanego uprawiania hazardu, bez wymogu reprezentatywności, lecz z dążeniem do nasycenia tematu (Rhodes, 2000).

Dane zebrano dwiema metodami: Zogniskowanymi Wywiadami Grupowymi (ZWG) ze specjalistami (N=7 w każdym z dwóch wywiadów) oraz 40 semistrukturyzowanymi wywiadami indywidualnymi (20 specjalistów, 20 osób z zaburzeniami hazardowymi). Pierwszy ZWG wspierał przygotowanie wywiadów indywidualnych, a drugi służył weryfikacji rekomendacji programu. Dobór próby był celowy, uczestnicy rekrutowani z placówek leczenia uzależnień i poradni zdrowia psychicznego oraz metodą kuli śnieżkowej z całej Polski.

Podczas wywiadów grupowych i indywidualnych poruszano kwestie definiowania i oceny kontrolowanego hazardu, kryteriów włączenia do programu, ustalania limitów oraz potencjalnych barier. Zebrano też dane socjodemograficzne oraz doświadczenia terapeutyczne, by uchwycić wielowymiarowe aspekty badanego zjawiska.

Wyniki

Potencjalna grupa odbiorców programu kontrolowanego grania

Osobami, które mogłyby skorzystać z programów ograniczania grania, są:

- *osoby młode*

Z dużym prawdopodobieństwem są to osoby, których uzależnienie nie jest jeszcze bardzo głębokie. Korzyścią dla tych osób może być to, że jeśli na wczesnym etapie

podejmą próbę kontrolowania uprawiania hazardu, to zaowocuje to ograniczeniem ponoszonych szkód w przyszłości. Osoby te, jeśli rozwiną mechanizmy kontroli i uzyskają wgląd w swoje decyzje, będą mogły bardziej świadomie podejmować decyzje. Warto jednak podkreślić, że programy ograniczania grania nie powinny dyskryminować starszych odbiorców.

- *osoby na początkowym etapie uzależnienia, których problemy jeszcze nie są bardzo nasilone*

Zarówno osoby z zaburzeniami hazardowymi, jak i profesjonaliści uważają, że osoby na początkowym etapie uzależnienia, takie, których problemy nie są jeszcze bardzo nasilone, mogą spróbować ograniczenia grania. Kluczowe znaczenie ma postawienie rzetelnej diagnozy, obejmującej całościową sytuację pacjenta.

- *osoby, które dysponują zasobami społecznymi, finansowymi i intelektualnymi, by utrzymywać założone limity (sprawne funkcjonowanie psychospołeczne)*

Ważne, by osoby, które podejmują próby kontrolowanego grania, miały do tego zasoby. Pacjenci, którzy mogliby spróbować kontrolować swoje granie, to osoby bez zadłużenia, mające stabilną sytuację życiową, zmotywowane. Przywoływany jest koncept osób wysoko funkcjonujących jako odpowiednich adresatów tego rodzaju oferty, ze względu na kapitał społeczny, jakim dysponują.

- *osoby posiadające wsparcie społeczne*

Zwrócono uwagę na wsparcie społeczne jako istotny element, który zwiększa szanse pacjenta na to, że skorzysta z celu leczenia polegającego na ograniczeniu grania. Osoba dobrze osadzona społecznie, utrzymująca interakcje z innymi – lepiej rokuje.

- *z jednej strony respondenci wskazują, że osoby zmotywowane są dobrymi adresatami takich programów, z drugiej strony mówią, że osoby niezmotywowane, które nie są gotowe, by utrzymywać abstynencję, również mogłyby odnieść korzyści z udziału w programie.*

W przypadku osób pozbawionych motywacji, w początkowej fazie budowania motywacji, zalecana jest praca indywidualna z terapeutą. W celu budowania motywacji, konieczne jest dobre rozpoznanie potrzeb pacjenta i jego sytuacji życiowej, jego ewentualnych lęków, obaw, wstydu, poczucia winy, czyli czynników, które utrudniają leczenie. Kiedy pacjent wzmocni swoją motywację, może uczestniczyć w procesie grupowym. Zalecanym narzędziem pracy z osobami niezmotywowanymi jest dialog motywujący.

Przeciwwskazania do uczestniczenia w programie

Kto nie powinien uczestniczyć w programie kontrolowanego grania:

- Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami używania substancji psychoaktywnych oraz osoby ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi innymi niż uzależnienie od alkoholu lub narkotyków, chyba że ich stan jest ustabilizowany, np. farmakologicznie lub/i pozostają pod specjalistyczną opieką.
- Osoby, których uzależnienie jest zaawansowane i doznają już dotkliwych strat związanych ze swoim graniem.
- Osoby, które doświadczają problemów w życiu osobistym, np. pozostają w związku, w którym występuje przemoc; borykają się z problemami finansowymi i w życiu społecznym.
- Osoby, które podejmowały próby samobójcze oraz osoby zgłaszające myśli samobójcze.
- Osoby impulsywne, słabo kontrolujące emocje, mające mały wgląd w świat wewnętrzny, źle reagujące na stres, osoby z zaburzeniami osobowości.

Gdzie realizować – ambulatoria/dzienny/stacjonarny

Zdaniem respondentów program kontrolowanego uprawiania hazardu trudno byłoby wprowadzić do lecznictwa stacjonarnego, do którego trafiają osoby na zaawansowanym etapie uzależnienia. Poza tym w lecznictwie stacjonarnym pacjent miałby niewielkie możliwości, by wdrażać w życie cele, które sobie założył.

Czy w jednej placówce/grupie mogą być pacjenci, dla których celem będzie abstynencja i kontrolowanie grania?

Leczenie w jednej placówce osób, dla których celem jest abstynencja i kontrolowanie uprawiania hazardu dla niektórych terapeutów jest trudne do zaakceptowania. Obawiają się, że osoby na bardziej zaawansowanym etapie rozwoju zaburzeń hazardowych będą dążyć do ograniczania grania, a nie utrzymywania abstynencji. Profesjonaliści, którzy brali udział w panelu ekspertów, proponują, by:

- kwalifikować pacjentów do programów na podstawie rzetelnej diagnozy;
- rozmawiać z pacjentami o plusach i minusach każdej ze ścieżek terapeutycznych i ich wątpliwościach;

- zaakceptować, że pacjent ma prawo wyboru ścieżki leczniczej i zaufać, że dokona świadomego wyboru.

Alternatywą jest praca nad kontrolowaniem grania w kontakcie indywidualnym.

Założenia terapii

- Indywidualizacja i możliwość modyfikacji celów
Program kontrolowanego grania musi dopuszczać modyfikację przyjętych celów, aby można było je indywidualizować i dostosowywać do sytuacji i etapu terapii.
- Prowadzenie terapii w duchu dialogu motywującego
Zdaniem specjalistów psychoterapii uzależnień ważne jest, aby terapia była prowadzona w duchu dialogu motywującego, tak żeby gracze mieli przestrzeń na przyznanie się do złamania ustalonych limitów.
- Obszary pracy terapeutycznej.

Istnieje potrzeba, by terapia kontrolowanego grania obejmowała:

- myśli przyzwalających i dysfunkcyjnych przekonań podtrzymujących uzależnienia,
- zagadnienie regulacji emocji i zaspokojenia własnych potrzeb,
- mechanizmy samokontroli,
- zmianę destrukcyjnych nawyków pacjenta.

W tym celu może być wykorzystywane podejście poznawczo-behawioralne.

- Konsultacje psychoedukacji dla rodzin
Ich celem jest wytłumaczenie najbliższemu, na czym polega ograniczanie grania i przekazanie im informacji, jak mogą oni pomóc pacjentowi w realizacji jego celów, między innymi poprzez wspieranie jego mechanizmów samoregulacji.

Kwestie, które należy wziąć pod uwagę, ustalając limity:

- Doświadczenia w programie kontrolowania grania
Wywiad diagnostyczny powinien również rozpoznać poprzednie doświadczenia graczy z samoograniczaniem oraz uczestnictwem w programach kontrolowania grania w przeszłości.
- Indywidualizacja limitów
Program grania kontrolowanego powinien mieć charakter indywidualny, co oznacza, że limity powinny być ustalane na podstawie znajomości sytuacji społeczno-demograficzno-ekonomicznej oraz zasobów gracza – poziomu zadłużenia, ponoszonych strat z powodu grania, rodzaju gier oraz na jakim etapie rozwoju zaburzenia się znajduje.
- Konieczność ustalenia limitów czasowych i finansowych

Należy ustalać zarówno częstotliwość gry, limity czasowe, jak i finansowe. Przyjęcie tylko jednego rodzaju limitów nie będzie sprzyjało powodzeniu terapii.

- **Włączenie rodziny**

Wskazanie do konsultacji i psychoedukacji dla rodzin w zakresie systemowych mechanizmów podtrzymujących uzależnienie behawioralne lub edukacji w obszarze konstruktywnego wspierania osoby uzależnionej w realizacji celów realizowanych w terapii.

Włączenie rodziny w ustalanie celów leczenia oraz angażowanie jej przez cały proces pozwala na większą akceptację i zrozumienie dla idei programu oraz zwiększa szansę na powodzenie terapii. Gracze nie pozostają sami podczas procesu leczenia, a rodzina może przyglądać się realizacji celów.

- **Ustalenie formy grania**

Istotne jest ustalenie formy uprawiania hazardu. Uprawianie hazardu w internecie jest postrzegane jako szczególnie niebezpieczne ze względu na nieograniczoną dostępność czasową, brak konieczności wychodzenia z domu. Granie tylko w punktach stacjonarnych, szczególnie oddalonych od miejsca zamieszkania, może pomóc w ograniczeniu grania.

Niektóre formy gier hazardowych są postrzegane jako niosące większy potencjał uzależniający, np. gra na automatach. Wybór innego typu hazardu może sprzyjać ograniczeniu grania.

- **Ustalenie ograniczeń dla grania**

Elementem, który należy ustalić podczas programu kontrolowania grania, są między innymi następujące kwestie:

- gdzie nie należy grać,
- w jakich sytuacjach,
- w jakim stanie emocjonalnym,
- ograniczenie grania pod wpływem alkoholu i narkotyków.

Narzędzia przydatne w procesie uczestnictwa w programie kontrolowanego grania

Pomocne w procesie uczestnictwa w programie kontrolowanego grania mogą być narzędzia, które należałoby opracować i poddać ewaluacji:

- formularz samoobserwacji – rodzaj uprawianej gry, czas poświęcany na grę, środki, częstotliwość grania, miejsca uprawiania hazardu, sytuacje, które wywołują chęć grania,
- zapisywanie ustalonych limitów i kontrakt terapeutyczny,

- dzienniczek zysków i strat,
- monitorowanie trudności związanych z utrzymaniem limitów,
- plan wydatków pozwalający na racjonalizację i ustalenie limitów finansowych,
- aplikacje finansowe,
- harmonogram tygodnia, który pozwala ocenić, ile czasu pozostaje na granie i kiedy,
- narzędzie do prezentacji wybranych technik z zakresu regulacji emocji oraz wskazań do zmiany niekonstruktywnych zachowań.

Ustalanie limitów czasowych

- **Wyznaczenie częstotliwości grania**

Dla osób, które grały codziennie, ten limit musi być inny niż dla osoby, która grała raz na tydzień. Chodzi o to, by limity były realistyczne, żeby pacjent rzeczywiście był w stanie ich przestrzegać. Nie oznacza to, że są one ustalone raz na zawsze. Po jakimś czasie można spróbować znowu ograniczyć czas, wtedy do celu dochodzi się stopniowo.

- **Uprawianie hazardu nie może kolidować z obowiązkami**

Ustalone limity powinny pozwalać pacjentowi wywiązywać się bez problemu z obowiązków zawodowych i rodzinnych. Należy wziąć pod uwagę obowiązki domowe, ale również czas spędzany z rodziną, np. zabawa z dziećmi czy wspólny spacer.

- **Hazard nie powinien być jedyną rozrywką, formą spędzania wolnego czasu**

Chodzi o doprowadzenie do takiej sytuacji, żeby hazard był jedną z form aktywności, wykonywaną w czasie przeznaczonym na rozrywkę i nie zdominował innych sfer życia. Dobrze, by klient poszukał również innych atrakcyjnych dla siebie form spędzania wolnego czasu czy zabawy.

- **Powiązanie limitów czasowych ze specyfiką gry hazardowej**

Respondenci zwrócili uwagę, że niektóre dni czy okresy mogą być dla graczy bardziej atrakcyjne, na przykład w tych dniach odbywa się wiele rozgrywek sportowych, które można obstawiać. W tej sytuacji proponują, by limity czasowe dopasować właśnie do tej charakterystyki, do rodzaju gry hazardowej.

- **Ustalanie czasu, w jakim obowiązują limity**

- wyznaczenie konkretnych dni na grę, np. w czwartki,

- wyznaczenie dni weekendowych, bo zwykle wtedy pacjenci mają mniej zobowiązań,
- wyznaczenie limitów dziennych, a nie tygodniowych (jeśli limit jest tygodniowy, to mogłoby się zdarzyć, że pacjent i tak wykorzystałby go jednego dnia, nie rozkładając na pozostałe dni),
- wyznaczenie limitów tygodniowych, a nie miesięcznych (podobne uzasadnienie jak powyżej),
- powiązanie limitów dziennych i tygodniowych, czyli np. 2 godziny dziennie, nie więcej niż 2 razy w tygodniu.
- Unikanie codziennej aktywności hazardowej
Należy tak ustalać limity, by pacjent nie grał codziennie. Chodzi o to, by granie nie było częścią codziennej rutyny, czymś, co kojarzy się z codzienną aktywnością. W programach kontrolowanego grania wspomina się na przykład, by dwa dni w tygodniu, najlepiej nie następujące po sobie, były dniami wolnymi od grania.

Ustalanie limitów finansowych

- Wyznaczenie limitów finansowych
Brakuje konkretnych sugestii w odniesieniu do ustalania poziomu limitów finansowych. Należy je wyznaczać w zależności od dochodów gracza. Jedną ze strategii sugerowanych przez terapeutów było przeznaczenie odsetka dochodów na granie. Mogłoby to być np. 5% miesięcznego wynagrodzenia.
Limity finansowe powinny zostać ustalone po odliczeniu środków, które są niezbędne na opłacenie zobowiązań finansowych – rachunków, leków, spłaty długów oraz nieprzewidzianych wydatków. Dopiero od pozostałej kwoty należy odliczyć pieniądze na grę.
Wśród propozycji strategii ustalania limitów finansowych pojawiły się różne propozycje:
 - ustalanie limitu finansowego na dany okres (np. miesiąc),
 - na jeden zakład (niskie stawki).
- Granie na niskich stawkach
Istotne jest ustalenie z pacjentem, aby grał na niskich stawkach. Pozwoli mu to doświadczyć emocji wynikających z grania i będzie zapobiegało szybkim przegranym. Jednocześnie gracze nie będą mieli tak dużej potrzeby, żeby się odegrać.
- Ustalenie limitów na koncie
Pomocne przy utrzymywaniu limitów finansowych jest ustalenie limitów na koncie bankowym, których w razie przegranych nie można przekroczyć.

- Granie tylko gotówką
Ustalając strategię ograniczania grania, należy dążyć do grania z wykorzystaniem pieniędzy rzeczywistych (gotówki). Pozwala to lepiej kontrolować przepływ pieniędzy.

Pilotaż i ewaluacja, wdrażanie

Wprowadzanie programu ograniczania grania należałoby monitorować. Pozwoliłoby to czuwać nad jakością i skutecznością oddziaływań. Pierwszym etapem implementacji programu powinien być pilotaż z pomiarem efektywności programu wśród pacjentów kończących leczenie.

Tego typu program powinni wdrażać jedynie terapeuci znający jego założenia i mający przekonanie, że pacjent może odnieść korzyści z tego typu leczenia.

Podsumowanie

Artykuł przedstawia wyniki jakościowego badania dotyczącego możliwości implementacji programu kontrolowanego uprawiania hazardu w polskich placówkach leczenia uzależnień jako alternatywy dla modelu opartego wyłącznie na abstynencji. Koncepcja ta jest zbieżna z międzynarodowymi badaniami wskazującymi, że część osób z zaburzeniami hazardowymi odzyskuje kontrolę nad graniem bez całkowitej abstynencji (Slutske, 2006; Slutske i wsp., 2010) oraz z podejściami redukcji szkód i tzw. odpowiedzialnego grania (Ladouceur, 2005; Dowling i wsp., 2009).

Badanie przeprowadzono metodą zogniskowanych wywiadów grupowych oraz wywiadów indywidualnych z terapeutami uzależnień i osobami z zaburzeniami hazardowymi z różnych regionów Polski. Na podstawie ich wypowiedzi określono potencjalnych adresatów programu (osoby młodsze, na wczesnym etapie uzależnienia, relatywnie dobrze funkcjonujące psychospołecznie, dysponujące zasobami i wsparciem społecznym) oraz przeciwwskazania, takie jak zaawansowane uzależnienie, niestabilne zaburzenia psychiczne, poważne problemy finansowe, obecność przemocy, wysokie ryzyko samobójcze czy nasilona impulsywność. Takie kryteria są spójne z zagranicznymi rekomendacjami dotyczącymi różnicowania celów leczenia w zależności od nasilenia problemu i współwystępujących trudności (Cowlshaw i wsp., 2012; Gooding & Tarrier, 2009).

Założenia programu obejmują indywidualizację i możliwość modyfikacji celów w czasie terapii, prowadzenie pracy w duchu dialogu motywującego (tak, by pacjent

mógł otwarcie mówić o przekroczeniach limitów) oraz wykorzystanie metod CBT – pracy nad zniekształceniami poznawczymi, regulacją emocji, rozwijaniem samokontroli i zmianą nawyków. To podejście jest w pełni spójne z dominującą na świecie linią rekomendacji, w której CBT (często łączone z elementami dialogu motywującego) uznaje się za „złoty standard” terapii zaburzeń hazardowych, skutecznie redukujący nasilenie zaburzenia, częstotliwość i intensywność grania przynajmniej w okresie bezpośrednio po leczeniu (Pfund i wsp. 2023).

Kluczowe miejsce zajmuje ustalanie realistycznych limitów czasowych i finansowych oraz rozwijanie narzędzi samoobserwacji. Proponuje się m.in. unikanie codziennego grania, wyznaczanie dni „bez hazardu”, granie na niskich stawkach, korzystanie z gotówki, ustawianie limitów na kontach bankowych oraz przeznaczanie tylko niewielkiego odsetka środków „po opłaceniu wszystkiego”. Dodatkowo ważne jest wykorzystanie wachlarza narzędzi samokontroli – formularze samoobserwacji, dzienniczki zysków i strat, plany wydatków, aplikacje finansowe czy harmonogramy tygodnia – oraz systematyczne włączanie rodziny w psychoedukację i formułowanie celów. Działania te odpowiadają światowym trendom w zakresie krótkich, ustrukturyzowanych interwencji psychologicznych i programów *responsible gambling* (Gooding & Tarrier, 2009; Eriksen i wsp., 2023).

Program ograniczania grania silnie koresponduje z najnowszymi ujęciami „wyzdrowienia z zaburzeń hazardowych”, które odchodzą od wyłącznego utożsamiania odzyskania zdrowia z absolutną abstynencją. Mansueto i wsp. (2024) pokazuje, że w literaturze coraz częściej pojawiają się definicje „zdrowienia”, uwzględniające takie elementy, jak poprawa jakości życia, odbudowa ról społecznych, subiektywne poczucie kontroli – niezależnie od tego, czy hazard został całkowicie porzucony, czy uprawiany jest w formie, która nie generuje problemów. W tym kontekście wypracowane założenia programu kontrolowanego grania są zbieżne z kierunkiem zmian obserwowanym w badaniach międzynarodowych i mogą stanowić podstawę do dalszych prac w formie pilotażu oraz oceny efektywności programu w warunkach polskiego systemu leczenia uzależnień.

Przypisy

- ¹ Zadanie współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Bibliografia

- Cowlishaw, S., Merkouris, S., Dowling, N., Anderson, C., Jackson, A., & Thomas, S. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(11), CD008937. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008937.pub2>
- Dowling, N., Smith, D., & Thomas, T. (2009). A preliminary investigation of abstinence and controlled gambling as self-selected goals of treatment for female pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 25(2), 201–214. <https://doi.org/10.1007/s10899-009-9116-1>
- Eriksen, J. W., Fiskaali, A., Zachariae, R., Wellnitz, K. B., Oernboel, E., Stenbro, A. W., Marcussen, T., & Petersen, M. W. (2023). Psychological intervention for gambling disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions*, 12(3), 613–630. <https://doi.org/10.1556/2006.2023.00034>
- Evans L, Delfabbro PH (2005) Motivators for change and barriers to help-seeking. *Journal of Gambling Studies*, 21, 2, 133-155
- Gooding, P., & Tarrier, N. (2009). A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: Hedging our bets? *Behaviour Research and Therapy*, 47(7), 592–607. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.04.002>
- Korn, D. A., & Shaffer, H. J. (2004). Practice Guidelines for Treating Gambling-Related Problems An Evidence-Based Treatment Guide for Clinicians. Massachusetts Council on Compulsive Gambling January, 2004 (https://www.divisiononaddiction.org/html/publications/2004_Korn_Shaffer.pdf)
- Ladouceur, R. (2005). Controlled gambling for pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 21(1), 49–59. <https://doi.org/10.1007/s10899-004-1923-9>
- Ladouceur, R., Lachance, S., & Fournier, P. M. (2009). Is control a viable goal in the treatment of pathological gambling? *Behaviour Research and Therapy*, 47, 189–197. doi:10.1016/j.brat.2008.11.004.
- Mansueto, A., Challet-Bouju, G., Hardouin, J.-B., & Grall-Bronnec, M. (2024). Definitions and assessments of recovery from gambling disorder: A scoping review. *Journal of Behavioral Addictions*, 13(2), 354–412. <https://doi.org/10.1556/2006.2024.00008>
- McMahon, N., Thomson, K., Kaner, E., & Bamba, C. (2019). Effects of prevention and harm reduction interventions on gambling behaviours and gambling related harm: An umbrella review. *Addictive behaviors*, 90, 380–388. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.048>
- Pfund, R. A., Forman, D. P., Whalen, S. K., Zech, J. M., Ginley, M. K., Peter, S. C., McAfee, N. W., & Whelan, J. P. (2023). Effect of cognitive-behavioral techniques for problem gambling and gambling disorder: A systematic review and meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, 118(9), 1661–1674. <https://doi.org/10.1111/add.16221>
- Slutske, W. S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two U.S. national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 163(2), 297–302. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.2.297>
- Slutske, W. S., Piasecki, T. M., Blaszczynski, A., & Martin, N. G. (2010). Pathological gambling recovery in the absence of abstinence. *Addiction*, 105, 2169–2175. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03080.x.
- Suurvali H, Cordingley J, Hodgins DC, Cunningham J (2009) Barriers to seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 25, 3, 407-424

KONKURS DLA DZIENNIKARZY „UZALEŻNIENIA 21 WIEKU”

FUNDACJA
INSPIRATORNIA



15 grudnia 2025 roku odbyła się gala 11. finału Konkursu dla Dziennikarzy „Uzależnienia 21 wieku”, organizowanego przez Fundację Inspiratornia na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Fundacja powstała w 2010 roku. Głównym obszarem jej działań jest współpraca z mediami. Fundacja zrealizowała ponad 150 audycji

radiowych i na Spotify; współpracuje z Instytutem Reportażu; od siedmiu lat współtworzy reportaże poświęcone uzależnieniom. Promuje także badania naukowe we współpracy z instytutami badawczymi.

Misją konkursu „Uzależnienia 21 wieku” jest popularyzacja rzetelnej wiedzy na temat uzależnień behawioralnych w mediach. W tym roku autorzy i autorki zgłosili 53 prace, z których 17 zostało zakwalifikowanych do finału. Przyznano trzy nagrody i jedno wyróżnienie.

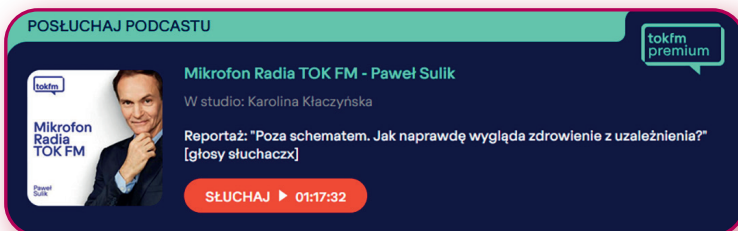
I miejsce – reportaż Anety Regulskiej „Cena gry”, zrealizowany dla Czarno na białym TVN24, na temat nielegalnego hazardu w internecie, jest dostępny na YouTube pod adresem www.youtube.com/watch?v=FG7LkjYtWR

II miejsce – reportaż Karoliny Kłaczyńskiej i Pawła Sulika „Poza schematem” i dyskusja ze słuchaczami na temat „Jak naprawdę wygląda zdrowienie z uzależnienia”. Oba materiały zostały wyemitowane w audycji „Mikrofon Radia TOK FM”. Reportaż podważa dominujące przekonanie o uzależnieniu jako

przewlekłej, nieuleczalnej chorobie, prezentując różnorodne ścieżki zdrowienia. Podkastu można wysłuchać na stronie www.tokfm.pl/ludzie/dziennikarze-radia-nagr

III miejsce – reportaż „Dwie zdrapeczki do trumny” poświęcony uzależnieniu od zdrapek wśród seniorów, opublikowany na portalu Na Temat – autorki: Agnieszka Sztylek-Turovsky oraz Daria Różańska-Danisz. Artykuł znajduje się na stronie internetowej natemat.pl/630068,dwiezdrapeczki-do-trumny-hazardzistki-70

Wyróżnienie – reportaż Bartosza Schaefera „W środku może być wszystko” poświęcony lootboxom w grach komputerowych. Podkast opublikowano na stronie zachod.pl/1318782/w-srodku-moze-byc-wszystko-reportaz-bartosza-schaefera-w-poniedzialek-po-godz-14



PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ – WARSZAWSKI SERWIS INFORMACYJNY



Przykładowa tematyka artykułów:

- Jazda po alkoholu kosztuje. Nawet życie.
- Jak długo leczy się uzależnienie od alkoholu?
- Reklamy alkoholu a młodzież.
- Marihuana silniejsza niż kiedykolwiek wcześniej.
- Co robić po terapii, aby utrzymać abstynencję.
- E-papierosy zastępują młodzieży słodycze!
- Problemowe inwestowanie w kryptowaluty.
- Kiedy osoba starsza doświadcza trudnych emocji, sięga po smartfon.

Oprócz artykułów tematycznych, w serwisie zamieszczane są także aktualne inicjatywy warszawskich podmiotów – informacje o nieodpłatnych projektach przeznaczonych dla osób borykających się z problemem uzależnienia. Najnowsze oferty:

- Trening Osobistej Ekspresji.
- Grupa wsparcia dla dorosłych w kryzysie psychicznym.
- Trening samokontroli.
- Warsztat dla rodziców nastolatków.

Na stronie dostępna jest także – stale aktualizowana – baza adresowa placówek świadczących pomoc w zakresie uzależnień. Baza jest pogrupowana według rodzaju problemu (alkohol/narkotyki/uzależnienia behawioralne), dzielnic Warszawy oraz rodzaju placówki.

W nieodpłatnej poradni online wsparcia udzielają psycholodzy, specjaliści psychoterapii uzależnień i prawnicy. Pomysłodawcą i realizatorem serwisu STOPuzależnieniom.pl jest Fundacja Studio Psychologii Zdrowia. Projekt powstaje we współpracy z m.st. Warszawa i jest współfinansowany z jego środków.

STOPuzależnieniom.pl to warszawski serwis informacyjny dotyczący profilaktyki uzależnień, dostępny pod adresem internetowym stopuzaleznieniom.pl.

Jest on skierowany do wszystkich mieszkańców m.st. Warszawy, w szczególności osób zagrożonych uzależnieniem (pijących ryzykownie i szkodliwie), osób uzależnionych od alkoholu oraz ich bliskich (często współuzależnionych/DDA).

Serwis publikuje artykuły informacyjno-poradnicze dotyczące alkoholu, narkotyków oraz uzależnień behawioralnych.



Wydawca:
Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom
ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa
tel.: 22 641 15 01
e-mail: kcpu@kcpu.gov.pl; www.kcpu.gov.pl

Redaktorka naczelna: Bogusława Bukowska;
Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz;
Kolegium redakcyjne: Bartosz Kehl, Artur Malczewski, Katarzyna Michalska,
Danuta Muszyńska, Anna Radomska

Redakcja:
Fundacja PRAESTERNO
ul. Widok 22/30, 00-023 Warszawa
tel.: +48 601 311 454
e-mail: biuro@praesterno.pl
www.praesterno.pl

Egzemplarz bezpłatny
Nr 4 (112) 2025 r.
Numery archiwalne na stronie:
www.siu.praesterno.pl
ISSN 2543-8816