

Bernadeta Lelonek-Kuleta

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Lublin

E-mail: bernadeta.lelonek@kul.lublin.pl

Studia Społeczne 12 (1) /2015

ISSN 2081-0008

e-ISSN: 2449-9714

str. 97-103

UZALEŻNIENIA BEHAVIORALNE NA TLE WSPÓŁCZESNEJ WIEDZY O UZALEŻNIENIACH / *BEHAVIORAL ADDICTIONS* *ON THE BACKGROUND OF CONTEMPORARY KNOWLEDGE ABOUT DEPENDENCES*

ABSTRACT

The concept of behavioral addiction recently appears more often in both academic studies and terminology used by specialists addiction therapists. Despite the widespread use of this concept, the fact remains the lack of precision in terms of diagnostic. The contemporary knowledge about addictions distinguishes only one behavioral addiction, which is pathological gambling and specifies the criteria for its recognition in the classification of mental disorders DSM-V (2013). The other "ism" (workaholism, shopaholism etc.) so strongly have adopted in the language and awareness that not everyone is aware of what is really their nature (is it addiction or other disorder). The article presents the current knowledge about the behavioral addictions on the background knowledge of chemical addictions, points out the similarities and differences between these types of disorders, and finally evokes the basic information about treatments for these all the time cognized the "new addictions".

KEY WORDS: addiction, behavioral, dependence, diagnosis, recognition, treatment

STRESZCZENIE

Pojęcie uzależnień czynnościowych pojawia się aktualnie coraz częściej zarówno w opracowaniach naukowych jak i terminologii wykorzystywanej przez specjalistów terapeutów uzależnień. Pomimo powszechności stosowania tego pojęcia faktem pozostaje jego nieprecyzyjność w aspekcie diagnostycznym. Współczesna wiedza na temat uzależnień wyodrębnia tylko jedno tzw. uzależnienie czynnościowe, jakim jest patologiczny hazard oraz precyzuje kryteria jego rozpoznawania w klasyfikacji zaburzeń psychicznych z 2013 roku DSM-V. Pozostałe „-izmy” (pracoholizm, zakupoholizm, itd.) tak mocno przyjęły się w języku i świadomości, iż nie wszyscy są świadomi, jaka jest tak naprawdę ich natura (czy rzeczywiście uzależnieniowa, czy też innego rodzaju). Artykuł prezentuje współczesną wiedzę na temat tzw. uzależnień czynnościowych na tle wiedzy o uzależnieniach chemicznych, wskazuje podobieństwa i różnice pomiędzy tymi rodzajami zaburzeń, a na końcu przywołuje podstawowe informacje na temat metod leczenia tych cały czas poznawanych „nowych uzależnień”.

SŁOWA KLUCZOWE: nałóg, behawioralne uzależnienie, diagnoza, rozpoznanie, terapia

WPROWADZENIE

Na przestrzeni około dwudziestu minionych lat uwagę specjalistów zajmujących się uzależnieniami zaczęły przykuwać zaburzenia charakteryzujące się przebiegiem zbliżonym do uzależnienia, w których nie występuje jednak substancja chemiczna, jako jego przedmiot. Równolegle do tego zainteresowania rozwijała się także dyskusja trwająca praktycznie do dnia dzisiejszego. Zarówno w Polsce jak i na świecie istnieją zwolennicy oraz przeciwnicy pojęcia tzw. *new addictions*, czyli uzależnień od czynności (lub uzależnień behawioralnych). Artykuł prezentuje kształtowanie się przekonań na temat tzw. nowych uzależnień w Polsce oraz współczesną wiedzę dotyczącą tzw. uzależnień czynnościowych.

ROZUMIENIE UZALEŻNIEŃ CZYNNOŚCIOWYCH W POLSCE

W Polsce pojęcie tzw. uzależnień czynnościowych zyskało swoich zwolenników głównie wśród praktyków – terapeutów uzależnień. Zwolennicy nowego terminu wychodzą od szerokiego rozumienia pojęcia uzależnienia, określonego przez nich nałogiem: „Nałogowe i szkodliwe mogą stać się nawet zachowania tak powszechnie uważane za pożądane i zdrowe, jak terapia czy dbanie o stan własnego organizmu” (Dodziuk i Kapler 2007: 19). Sam nałóg definiują oni następująco: „(...) zachowanie można uznać za nałogowe, jeżeli je powtarzam, chociaż wiem, że przynosi szkody mnie lub innym. Nawyk, który przeszkadza, ogranicza, niszczy, a jednak nie sposób się z nim rozstać; przyzwyczajenie, które mimo postanowień o zaprzestaniu nie daje się zmniejszyć, ani wykorzenić, jest niczym innym niż nałogiem” (Dodziuk i Kapler 2007: 19). Swoje podejście uzasadniają własnymi obserwacjami klinicznymi:

Ich (pacjentów) zapotrzebowanie zmusiło nas – środowisko zajmujące się szeroko pojętą terapią odwykową i trzeźwieniem – do podjęcia problematyki uzależnienia od nałogowego zachowania, niezależnie od tego, jaka konkretna treść się na nie składa. Ich doświadczenie, zwłaszcza ich praca psychologiczna, pomogły nam nauczyć się zajmować różnymi szkodliwymi nawykami właśnie w kategoriach uzależnienia (Dodziuk i Kapler 2007: 17).

Według nich praktycznie każdy w jakimś stopniu „jest skażony” tak rozumianym uzależnieniem: „Nie mamy wokół siebie żadnych «zdrowych», czyli nieuzależnionych jednostek i środowisk, dlatego brakuje punktu odniesienia – modelu, który zmuszałby co najmniej do przyglądania się rozpowszechnionym nałogom i rozpoznawania ich destrukcyjnych mechanizmów” (Dodziuk i Kapler 2007: 16).

Nieujmowanie tego rodzaju zaburzeń w kategoriach uzależnień tłumaczą następująco: „To specyficzne zaślepienie obejmuje także teoretyków i badaczy, którzy stanowią przecież część kultury, którą mają poznawać, analizować i wyjaśniać” (Dodziuk i Kapler 2007: 16). W polskiej literaturze pojawiło się w tym nurcie pojęcie „nałogowej osobowości naszych czasów”, które według jego inicjatora, Jerzego Mellibrudy, zastąpiło „neurotyczną osobowość” opisywaną przez Karen Horney (Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda 2006: 9-19).

Oponenci negują zasadność rozszerzania rozumienia pojęcia uzależnienia o tzw. uzależnienia behawioralne. Autor artykułu o sugestywnym tytule „Czy moda na uzależnienia?”, Bogusław Habrat, odnosi się do powszechnego zainteresowania tzw. „izmami” (zakupoholizm, pracoholizm itd.) twierdząc, iż pojęcia te prowadzą do niepotrzebnego niepokoju wszechobecnymi i zagrażającymi nałogami oraz nadinterpretowania określonych objawów zachowań, które przez to „stają się” uzależnieniami. Prawdą jest, że współczesne społeczeństwo charakteryzuje postawa konsumpcji i hedonizmu, jednak przedstawiciel tego stanowiska twierdzi, odwołując się do innych autorytetów, iż rzeczywiste zagrożenie uzależnieniami jest aktualnie mniejsze niż w minionym stuleciu (Habrat 2001). Habrat zwraca uwagę na zmieniające się rozumienie normy i patologii, w związku z którym np. dawna pasja czy pracowitość, współcześnie postrzegana jest jako uzależnienie od czynności. Konsekwencją włączania nadmiarowych zachowań do kategorii uzależnień może być według niego uruchomienie lęku społecznego wobec wszelkiego rodzaju przyjemności lub też „dopasowywanie” za wszelką cenę swoich zachowań do obrazu uzależnienia przez osoby niepewne i nastawione lękowo (Habrat 2001).

W literaturze zachodniej dominuje stanowisko łączenia wszystkich zachowań nadmiarowych (bez względu na ich przedmiot – substancja i zachowanie) w jedną kategorię. Podejście to znajduje wyraz w języku i terminologii, w której na określenie wszystkich uzależnień zarówno od substancji jak i od zachowań wykorzystywane jest pojęcie *addiction* (ang.) (odpowiednikiem polskim byłby tu „nałóg”), natomiast pojęcie *dependance* (ang.) czy *dépendance* (franc.) (odpowiadające polskiemu pojęciu „uzależnienie”) zarezerwowane zostało dla uzależnień od substancji chemicznych (Valleur i Velea 2002: 1).

DEFINIOWANIE UZALEŻNIEŃ CZYNNOŚCIOWYCH

Aviel Goodman w streszczeniu swojego artykułu z 1990 roku napisał:

Integration of addiction into the theory and practice of psychiatry has been hampered by the lack of a definition of addiction which is scientifically useful. A definition is proposed, with diagnostic criteria specified in a format similar to that of DSM-III-R (Goodman 1990: 1403) [Włączenie pojęcia nałogu do teorii i praktyki psychiatrycznej jest utrudnione z powodu braku definicji nałogu, która byłaby użyteczna w nauce. Zaproponowana została definicja oraz specyficzne kryteria diagnostyczne opracowane na wzór zawartych w DSM-III-R (przeł. aut.)].

Aviel Goodman wymieniany jest w literaturze zachodniej, jako pionier w opracowaniu kryteriów diagnostycznych tzw. nałogów (*addictions*), które w naszym języku odpowiadałyby właśnie uzależnieniom behawioralnym. Pracę Goodman'a zainspirowała praktyka kliniczna, w której coraz więcej osób prezentowało symptomy składające się na obraz uzależnienia, jednak bez przyjmowania substancji psychoaktywnej. Pojęcie nałogu było wykorzystywane wcześniej, jednak definicje tzw. nałogów powstające w latach 80-tych były według Goodman'a zbyt szerokie, zbyt ogólne lub nieprecyzyjne, co odbierało im jakąkolwiek wartość diagnostyczną (Goodman, 1990). W międzynarodowej klasyfikacji DSM-III-R pojęcie nałogu pojawiło się jeden raz w odniesieniu do dysfunkcji seksualnych niesklasyfikowanych nigdzie indziej i nie zostało tam zdefiniowane (DSM-III-R 1987).

Goodman proponuje następującą definicję nałogu: „Nałóg jest procesem, w którym zachowanie będące źródłem przyjemności lub pozwalające uciec od wewnętrznego dyskomfortu, występuje według wzorca charakteryzującego się: (1) powracającą niezdolnością do kontrolowania zachowania (bezsilność), (2) kontynuowaniem zachowania pomimo znaczących negatywnych jego

konsekwencji” (Goodman 1990: 1404). Definicja zjawiska czy pojęcia posiada według tego autora wartość naukową tylko wtedy, gdy po pierwsze odnosi się do pojęć ogólnie przyjętych w danej dyscyplinie naukowej, a po drugie nie została jeszcze opracowana w tej dyscyplinie za pomocą innych pojęć (nie jest redundantna). Celem autora było w związku z tym opracowanie definicji wyraźnie osadzonej w terminologii psychiatrycznej, a zarazem będącej czymś więcej niż tylko synonimem pojęcia już istniejącego.

Pojęciami najczęściej wykorzystywanymi w literaturze minionego stulecia na określenie zaburzeń, o których pisze Goodman (czyli nałogów – *addictions*), były: „uzależnienie” (*dependence*) oraz „kompulsja” (np. „granie kompulsywne”). Autor rozróżnia wszystkie trzy pojęcia. Według niego istotą uzależnienia chemicznego (*dependence*) jest dążenie do osiągnięcia przyjemnego wewnętrznego stanu na drodze zaspokojenia określonych potrzeb. W pojęciach języka behawioralnych teorii uczenia się można byłoby tu zatem mówić o warunkowaniu przez wzmocnienia pozytywne. Kompulsja z kolei zakłada dążenie do unikania nieprzyjemnego stanu, co odpowiadałoby warunkowaniu na drodze wzmocnień negatywnych. Według Goodmana pojęcie nałogu, zawierającego elementy dążenia do przyjemności i unikania przykrości, obejmowałoby zarówno kompulsję jak i uzależnienie. Pojęcie *addiction* jest zatem według niego czymś więcej niż tylko synonimem dwóch wymienionych wcześniej i opisuje zjawisko szersze niż obydwa pojęcia (Goodman 1990: 1405).

Kryteria nałogu (lub zaburzenia nałogowego *Addictive Disorder*) opracowane zostały przez Goodmana na wzór klasyfikacji DSM-III-R, co w intencji autora miało je uczynić bardziej „rzetelnymi” dla specjalistów. Sformułowane są one w sposób ogólny, aby można było je odnieść do wszystkich kategorii uzależnień:

- A Utrzymująca się niezdolność oparcia się impulsom prowadzącym do określonego zachowania.
- B Narastające napięcie poprzedzające bezpośrednio podjęcie zachowania.
- C Przyjemność lub ulga odczuwane w trakcie wykonywania zachowania.
- D Poczucie braku kontroli w trakcie wykonywania zachowania.
- E Co najmniej pięć spośród następujących:
 - 1 Częste zaabsorbowanie zachowaniem lub przygotowaniem do niego.
 - 2 Częste angażowanie się w zachowanie w większym stopniu lub przez dłuższy czas, niż było to planowane.

- 3 powtarzające się wysiłki mające na celu ograniczenie, kontrolowanie lub zaprzestanie zachowania.
- 4 Poświęcanie dużej ilości czasu na działania niezbędne do podjęcia zachowania, wykonywania go lub radzenia sobie z jego skutkami.
- 5 Częste angażowanie się w zachowanie kosztem obowiązków szkolnych, zawodowych, domowych, społecznych.
- 6 Porzucenie lub zaniedbanie innych ważnych aktywności społecznych, zawodowych, rekreacyjnych, z powodu zachowania.
- 7 Kontynuowanie zachowania pomimo świadomości problemów społecznych, finansowych, psychologicznych, fizycznych wywołanych lub pogłębianych na skutek zachowania.
- 8 Tolerancja: potrzeba zwiększania intensywności lub częstotliwości zachowania w celu osiągnięcia pożądanego efektu lub zmniejszanie się efektu w sytuacji kontynuowania zachowania o tej samej intensywności.
- 9 Niepokój lub drażliwość w sytuacji braku możliwości podjęcia zachowania.

F Niektóre objawy lub zaburzenia utrzymują się co najmniej jeden miesiąc lub powtarzały się wielokrotnie przez dłuższy czas (Goodman 1990: 1404).

Pośród innych kryteriów uzależnień czynnościowych warto wymienić opracowane przez specjalistę zajmującego się patologicznym hazardem, Marca Griffithsa, do których zaliczone zostały:

- 1. Wyrazistość emocjonalnego podporządkowania – zachowanie staje się aktywnością najważniejszą w życiu osoby. Dominuje w myśleniu, w emocjach oraz w zachowaniu.
- 2. Zmiana nastroju – dążenie do zachowania może być strategią radzenia sobie z trudnościami.
- 3. Tolerancja dawkowania – zachowanie musi być wykonywane z coraz większą intensywnością, aby dostarczyć pożądanej satysfakcji.
- 4. Objawy odstawienia – nieprzyjemne odczucia psychiczne lub objawy fizyczne w sytuacji braku kontaktu z zachowaniem.
- 5. Konflikty – o charakterze interpersonalnym lub intrapsychicznym, jako konsekwencja wykonywania zachowania.
- 6. Nawrót – tendencja powracania do wykonywania zachowania po okresie zaprzestania lub kontrolowania go (cf. Griffiths 2004: 11-12).

Na gruncie polskim uzależnienia od czynności definiowali m.in. Jerzy Mellibruda i wspomniany już Leszek Kapler. Pierwszy z nich za wspólne tzw. nałogom uznał: uporczywe dążenie do wykonywania określonych czynności dające subiektywne poczucie wewnętrznego przymusu; uporczywe powtarzanie tych czynności pomimo szkód, jakie generują w życiu, a w przypadku prób powstrzymania się od nich, doświadczenie niepowodzenia i załamania kontroli nad zachowaniem; bardzo przykre stany psychiczne i dolegliwości fizyczne w sytuacji zaprzestania zachowania oraz silne odczucie ulgi po powrocie do jego wykonywania (Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda 2006: 10). Drugi autor wymienia następujące cechy nałogowych zachowań:

1. *Przymus wykonywania.*
2. *Sztwywny schemat postępowania.*
3. *System przekonań utrwalających nałogowe zachowanie.*
4. *Niepowodzenia przy próbach samodzielnej zmiany.*
5. *Wzrost tolerancji.*
6. *Rosnące koszty zachowania (destrukcyjność).*
7. *Objawy odstawienia.*
8. *Realne korzyści* (Dodziuk i Kapler 2007: 20-21).

Kryteria rozpoznawania tzw. uzależnień czynnościowych opracowywane są przez specjalistów najczęściej na bazie ich obserwacji klinicznych, stąd można zarzucić im bardziej „intuicyjny” niż naukowy charakter. Niemniej jednak fakt obserwowania wśród pacjentów określonych objawów składających się na pewien spójny, powtarzający się w różnych przypadkach obraz, świadczy na pewno o istnieniu grupy zaburzeń wymagającej dalszych badań, na co zwraca uwagę najnowsza klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA) DSM-V.

Wielu specjalistów pracujących w obszarze uzależnień spodziewało się włączenia nowej kategorii uzależnień – od czynności, do najnowszej klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, która została wydana w 2013 roku (DSM-V). Oczekiwania te nie spełniły się, mimo to jednak wprowadzono zmianę, która może sygnalizować rozszerzenie perspektywy rozumienia nadmiarowych zachowań. W najnowszej edycji klasyfikacji hazard patologiczny, jako jedyne z tzw. uzależnień behawioralnych, został włączony do kategorii *Substance-Related and Addictive Disorders*, podkategorii *Non-Substance-Related Disorders*, jako *Gambling Disorder* (DSM-V: 585). Oznacza to przyznanie, iż pewne zachowania, jak np. hazard, aktyw-

wują ośrodek nagrody w mózgu wywołując efekty podobne do tych, które są generowane przez nadużywanie narkotyków, a także wywołują objawy zbliżone do tych, które występują w związku z nadużywaniem substancji psychoaktywnych (APA 2013: 16).

OBRAZ KLINICZNY UZALEŻNIENIA CZYNNOŚCIOWEGO

Koncentracja specjalistów na uzależnieniach od czynności doprowadziła do relatywizacji znaczenia substancji chemicznej w procesie uzależnienia, która wcześniej zajmowała kluczowe miejsce w jego wyjaśnianiu. Nowe podejście do uzależnień koncentruje się na samym procesie i związanymi z nim zachowaniami. Zakłada ono zarazem, że zaburzenia charakteryzujące się różnego rodzaju nadmiarami, należą do jednej kategorii, na potwierdzenie czego istnieją różne argumenty (Venisse 2011: 8-9).

Pierwsza grupa argumentów dotyczy podobieństw w obrazie klinicznym tych zaburzeń. We wszystkich nałogach mamy do czynienia z powtarzającymi się schematem zachowania, którego nasilenie (w aspekcie częstości i intensywności) z czasem narasta. Powtarzanie się schematu jest skutkiem korzyści, które jednostka uzyskuje podczas kontaktu z przedmiotem nałogu (zachowaniem czy substancją), i do których powtórzenia dąży. Zachowanie będące początkowo „wyborem” w miarę upływu czasu staje się koniecznością ze względu na to, że jednostka tylko w kontakcie z nim doświadcza pożądanej gratyfikacji. Z czasem inne źródła, z których osoba wcześniej czerpała przyjemność, tracą na znaczeniu, a cała sfera aktywności ogranicza się do obszaru jednego zachowania (którym może być też zażywanie substancji). W praktyce terapeutycznej spotkać można się z wypowiedziami pacjentów w rodzaju „Próbowałem już wszystkiego, na quadach się połamale, ale to nie jest to (hazard), nie ma tych emocji”¹.

W sferze poznawczej pojawiają się zaburzenia, jak np. wspólne dla wszystkich uzależnień zaprzeczanie, minimalizowanie itp. (opisywane szczegółowo przez Mellibrudę jako tzw. mechanizmy uzależnień), lub specyficzne zmiany, np. „złudzenie gracza” charakterystyczne dla hazardzistów (Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda 2006; Ladouceur et al., 2000). Mechanizmy uzależnień w sferze poznawczej nasilając się podtrzymują nieadaptacyjne schematy zachowań. Kolejną charakterystyczną cechą jest to, że zachowanie bezpośrednio poprzedza silne napięcie, natomiast oddanie się mu przynosi chwilową ulgę, po której następuje wstyd, złość, czy poczucie winy. W momencie „dołka” psychicznego zapadają często różnego rodzaju postanowienia zmiany i pomysły

¹ Przykłady i cytaty pochodzą z doświadczenia pracy z patologicznymi hazardzistami autorki.

na nią, które zacierają się z czasem i zanikają całkowicie w sytuacji ponownego kontaktu z bodźcem wyzwalającym chęć powtórzenia zachowania i doświadczenia jego skutków. We wszystkich nałogach występuje stopniowa utrata kontroli, której osoba zaprzecza przekonując siebie, że może zmienić zachowanie, kiedy tylko zechce. Podejmowane jednak próby zmiany okazują się nieskuteczne. Szeroko pojmowane uzależnienia wiążą się zawsze ze stratami na różnych płaszczyznach życia, pomimo których zachowanie jest kontynuowane. Z czasem doznania, których osoba poszukuje w związku z nałogiem słabną, dlatego następuje jego systematyczne nasilanie w celu osiągnięcia pożądanego skutku. Osoby uzależnione od czynności same posługują się terminologią „uzależnieniową” nazywając „głodem” stan poprzedzający ponowny kontakt z zachowaniem, czy też „narkotykiem” jedzenie lub seks, itp.

UZALEŻNIENIA OD CZYNNOŚCI A UZALEŻNIENIA OD SUBSTANCJI

Najbardziej powszechnym modelem wyjaśniania rozwoju uzależnień jest przyjęcie korelacji trzech obszarów: jednostki, środowiska i przedmiotu uzależnienia (Guillou-Landréat, Grall-Bronnec i Vénisse 2012; Suissa 2001; Pomianowski 1998). Przykładowo, czynnikami ryzyka wspólnymi dla różnych uzależnień jest m.in. niska samoocena, nieumiejętność radzenia sobie z problemami, impulsywność, neurotyczność, poszukiwanie nowości, trudne wydarzenia życiowe, inne uzależnienia, normy rodzinne, społeczne i kulturowe, dostępność przedmiotu uzależnienia itd. (Romo et al. 2010; Lelonek-Kuleta 2012).

W ostatnich latach coraz większe zainteresowanie specjalistów budzi wyjaśnianie uzależnień na gruncie biologicznym. Współczesna nauka dostarcza dowodów na to, że istnieją wspólne neuronalne szlaki rozwoju uzależnień od substancji i od zachowań (Vénisse 2011: 10). Najwięcej badań poświęcono dotychczas zaburzeniom w obrębie funkcjonowania układów serotonergicznego, dopaminergicznego, noradrenergicznego i opiodowego. Szczególną rolę odgrywa serotonina biorąca udział w kontroli zachowań oraz dopamina istotna w procesach nauki, motywacji i nagrody. W świetle wyników badań okazuje się, że zaburzenia przekątności szlaków dopaminergicznym, które łączą pole brzuszne nakrywkę z jądrem półkolumnowym i korą czołową, odpowiadają za dążenie do przyjęcia substancji psychoaktywnej lub podjęcia zachowania będącego przedmiotem uzależnienia behawioralnego (za: Klimkiewicz i Wojnar 2013). Volkow posłużył się określeniem „uzależnionego ludzkiego mózgu”, którego funkcjonowanie jest odmien-

ne od mózgu osoby nieuzależnionej, co skutkuje m.in. przewartościowywaniem przedmiotu uzależnienia, nadmierną motywacją do kontaktu z nim oraz wyłączeniem korowego systemu kontroli zachowania (Volkow 2003: 1444-1451).

Kolejnym obszarem poszukiwania podłoża uzależnień jest genetyka, która potwierdza, że skłonność do uzależnienia od alkoholu może być dziedziczna. Nieliczne badania w tym obszarze nad uzależnieniami czynnościowymi pokazują jednak, że genetyczna patologia uzależnień chemicznych i behawioralnych może być wspólna (za: Klimkiewicz i Wojnar 2013).

Czynnikami wspólnymi dla uzależnień od substancji i od zachowań są często współwystępujące zaburzenia psychiczne lub dodatkowe uzależnienia. Istnieją liczne hipotezy na wyjaśnienie tej prawidłowości, wśród których wymienia się między innymi tzw. zjawisko samoleczenia. Według badań od 50 do 70% osób uzależnionych cierpi na zaburzenia psychiczne². Wszystkie tego rodzaju zaburzenia mogą nasilać podatność na rozwój uzależnienia, jednak niektóre występują szczególnie często, np.: zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe, zaburzenia uwagi z hiperaktywnością, zaburzenia osobowości (Guillou-Landréat, Grall-Bronnec i Vénisse 2012: 1271-1275). Badania francuskie nad patologicznym hazardem wykazują, że ponad połowa uzależnionych graczy cierpi na zaburzenia nastroju oraz zaburzenie dwubiegowe (Lançon i Cohen 2012: 514). Badania potwierdzają związek uzależnień czynnościowym z podwyższoną impulsywnością (van Hamel et al. 2007: 377), podwyższoną skłonnością do podejmowania ryzyka (Larkin i Griffiths 2004: 215), uzależnieniem od narkotyków (Pantaloni et al. 2008: 67), a także uzależnieniami od innych czynności (Carnes et al. 2005: 79).

Wśród elementów wspólnych uzależnieniom od zachowań i od substancji specjaliści wymieniają także metody leczenia obydwu grup zaburzeń, a szczególnie podstawowe założenia leczenia, do których Vénisse³ zalicza:

- cel leczenia nie ogranicza się tylko do zahamowania zachowania problemowego, które najczęściej sta-

2 Według psychiatrów francuskich jest to nawet 90% (informacje uzyskane podczas wywiadu z dr Davidem Magalon pracującym z osobami z uzależnieniami czynnościowymi w szpitalu Ste Marguerite w Marsylii).

3 Profesor Jean-Luc Vénisse pracuje od ponad 25 lat z osobami uzależnionymi od czynności, pracuje w Centre Hospitalier Universitaire w Nates, na oddziale specjalizującym w uzależnieniach czynnościowych, wykłada na uniwersytecie, współinicjator Centrum badawczego zajmującego się patologicznym hazardem *Centre de référence sur le jeu excessif (CRJE)*, przekształconego w Instytut zajmujący się uzależnieniami czynnościowymi – *l'Institut fédératif des addictions comportementales (IFAC)*.

nowi próbę destrukcyjnego radzenia sobie z trudnościami aktualnymi lub minionymi; leczenie ma dążyć do przywrócenia osobie całościowego dobrostanu;

- podejście redukcji szkód wykorzystywane w terapii różnych uzależnień (nie tylko uzależnienia od opiatów), które niesie klientowi istotne przesłanie o tym, że jest w stanie zatroszczyć się o siebie bez względu na to, na jakim etapie procesu uzależnienia (i na jakim poziomie motywacji) znajduje się;
- zaangażowanie w długoterminowy proces terapeutyczny, który przywraca w życiu osoby uzależnionej pojęcie ciągłości i stałości, etapowości działań, w przeciwieństwie do dominującej wcześniej perspektywy „tu i teraz”;
- praca nad motywacją w początkowym okresie leczenia oraz nad zapobieganiem nawrotom w trakcie całego procesu leczenia;
- intensywne leczenie ambulatoryjne z elastycznym (w zależności od potrzeby) czasem pobytu w szpitalu dziennym* oraz uczestnictwem w zróżnicowanych grupach terapeutycznych, zamiast długotrwałej hospitalizacji, która w odniesieniu do wszystkich uzależnień może mieć regresywny charakter (Venisse 2011: 12).

Warto w tym miejscu rozwinąć pojęcie „szpitala dziennego” (Hôpital de Jour HdJ) we Francji. Szpital dzienny jest coraz bardziej powszechną formą leczenia pacjentów uzależnionych we Francji. Podstawowym celem HdJ jest wykonanie kompleksowej diagnozy pacjenta oraz świadczenie mu zróżnicowanych usług terapeutycznych w formie indywidualnej i grupowej. Kompleksową diagnozę zapewnia kadra złożona ze specjalistów różnych dziedzin: lekarz psychiatra, lekarz internista, pielęgniarka, asystenci pielęgniarek, psycholog, dietetyk, edukator sportowy, pracownik socjalny. Pacjent po uzyskaniu informacji zwrotnej na temat własnego globalnego stanu zdrowia otrzymuje propozycję wsparcia dostosowanego do jego potrzeb. Pobyt w szpitalu dziennym nie ma ram czasowych, nie jest także określona liczba dni, w które pacjent ma przychodzić. Ważne, aby wsparcie było adekwatne do jego potrzeb (np. uczestniczenie w grupie wzmacniania własnej wartości, asertywności itp., doradztwo indywidualne w zakresie spraw socjalnych czy zdrowego trybu życia)⁴.

W terapii uzależnień od czynności zwraca się uwagę, podobnie jak w przypadku uzależnień od substancji, na wykorzystywanie filozofii dwunastu kroków zapoczątkowanej przez ruch AA, grup wsparcia, włączenie

do terapii partnerów i członków rodzin, wykorzystanie farmakoterapii, warsztatów umiejętności życiowych itd. (Dépendances comportementales: 11-12; REPÈRES: 55).

Jak do tej pory najbardziej ustrukturyzowane metody pracy z osobami uzależnionymi od czynności odnoszą się do hazardu patologicznego, którego terapia wydaje się mieć najdłuższą historię (np. szpital dla weteranów (VA) w Bracksville w Ohio z oddziałem kierowanym przez Roberta Custera, prowadzący terapię hazardzistów na początku lat 70-tych XX wieku). Specjaliści z Instytutu Uzależnienia od Hazardu w Ontario zwracają jednak uwagę na to, że modele terapii wypracowane dla tego uzależnienia z odpowiednimi modyfikacjami mogą sprawdzić się w terapii innych uzależnień behawioralnych (Dépendances comportementales: 10). Według nich przebieg terapii uzależnień od czynności powinien być następujący:

1. Zrozumienie motywów podejmowania zachowania problemowego.
2. Zidentyfikowanie warunków kluczowych do podejmowania zachowania oraz motywowanie do ograniczania go.
3. Identyfikacja błędów poznawczych klienta.
4. Identyfikacja nieświadomych źródeł stresu oraz obniżonego samopoczucia klienta.
5. Ocena oraz doskonalenie umiejętności adaptacyjnych klienta.
6. Przepracowania zarządzania czasem wolnym przez klienta.
7. Utrwalanie efektów terapii i zapobieganie nawrotom (Dépendances comportementales: 10).

Jakkolwiek w terapii uzależnień wykorzystywane są różne podejścia, niemniej jednak dotychczas największą skutecznością odznacza się podejście poznawczo-behawioralne (Littman-Sharp 2004; Pallesen et al. 2005; Ladouceur et al. 2003). Zakłada się, że terapia psychodynamiczna oraz inne podejścia bazujące na głębokim wglądzie nie wykazują wysokiej skuteczności z racji obniżonej zdolności do wglądu osób uzależnionych (Giugliano 2009). Podejście poznawczo-behawioralne bazuje na wachlarzu odpowiednich technik pracy z klientem, do których należą:

- Dialog motywujący,
- Dostosowanie terapii do etapu gotowości do zmiany, na którym znajduje się klient,
- Poradnictwo krótkoterminowe skoncentrowane na jasno zdefiniowanych rozwiązaniach,

⁴ Na podstawie doświadczeń autorki z pobytu w oddziale leczenia uzależnień *Addictologie* w szpitalu Ste Marguerite w Marsylii.

- Doskonalenie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach podwyższonego ryzyka,
- Restrukturyzacja poznawcza (*Dépendances comportementales*: 11).

PODSUMOWANIE

Pojęcie uzależnień czynnościowych trwale przyjęło się już w języku, zarówno potocznym, jak również naukowym, o czym świadczą tytuły książek, artykułów naukowych czy konferencji im poświęconych. Aktualnie uzależnieniami czynnościowymi zajmuje się duża grupa naukowców i praktyków, co wskazuje na istnienie rzeczywistego problemu, stanowiącego przedmiot ich ana-

liz. Trudno zatem byłoby mówić o artefakcie w postaci tzw. nałogu. Problematykę uzależnień czynnościowych podsunęła rzeczywistość, w której zaczęli pojawiać się ludzie doświadczający trudności ze swoim zachowaniem, nad którym stracili kontrolę. Podjęcie zatem tego ważnego zagadnienia jest niezbędne z punktu widzenia profilaktyki oraz szeroko pojętego zdrowia publicznego. Współczesna kultura, cytując za Leszkiem Kaplerem stawia przed nami szczególne wyzwania i zagrożenia „Żyjemy w społeczeństwie, w którym nałogowy sposób życia jest nam podawany jak na tacy” (Dodziuk i Kapler, 2007: 11), dlatego też problem uzależnień od czynności wydaje się szczególnie aktualny i warty poddania pogłębionej analizie.

LITERATURA

- American Psychiatric Association (APA), Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5, Arlington 2013, <http://www.DSM5.org> (05.08.2014).
- Carnes P., Murray R. i Charpentier L., Bargains with chaos: Sex addicts and addiction interaction disorder, *“Sexual Addiction & Compulsivity”* nr 12, 2005, s. 79-120.
- *Dépendances comportementales*: introduction, Institut ontarien du jeu problématique de Centre for Addiction and Mental Health, <http://www.problemgambling.ca> (10.05.2012).
- Dodziuk A. i Kapler L., *Nałogowy człowiek*, Warszawa 2007.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition, Revised, American Psychiatric Association 1987.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition, American Psychiatric Association 2013.
- Giugliano J., Sexual addiction: Diagnostic problems, *“International Journal of Mental Health and Addiction”* nr 7 (2), 2009, s. 283-294.
- Guillou-Landréat M., Grall-Bronnec M. i Vénisse J.-L., Addictions comportementales, *“Presse Médicale”* nr 41, 2012, s. 1271-1275.
- Griffiths M., Gry i hazard. Uzależnienia dzieci w okresie dorastania, Gdańsk 2004.
- Goodman A., Addiction: definition and implications, *“British Journal of Addiction”* nr 85, 1990, s. 1403-1408.
- Habrat B., Czy moda na uzależnienia? „Świat Problemów” nr 2, 2001, <http://www.old.ipz.edu.pl> (20.05.2014).
- Klimkiewicz A. i Wojnar M., Uzależnienia behawioralne w perspektywie medycznej, [w:] *Uzależnienia behawioralne w praktyce lekarskiej*, (red.), A. Jasińska, A. Klimkiewicz, K. Sękowski, M. Wojnar, Warszawa 2013, s. 6-34.
- Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C. i Doucet C., Le jeu excessif, comprendre et vaincre le gambling, Québec 2000.
- Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C., Lachance S., Doucet C. i Leblond J., Group therapy for pathological gamblers: A cognitive approach, *“Behaviour Research and Therapy”* nr 41, 2003, s. 587-596.
- Lançon C. i Cohen J., Addictions sans substances et comorbidities, *“Annales Médico-Psychologiques”* (Paris) nr 68, 2012, s. 513-515.
- Larkin M. i Griffiths M.D., Dangerous sports and recreational drug-use: Rationalising and contextualising risk, *“Journal of Community and Applied Social Psychology”* nr 14, 2004, s. 215-232.
- Littman-Sharp N., Introduction to the treatment of problem gambling, [w:] *Alcohol and Drug Problems: A Practical Guide for Counsellors*, (red.), S. Harrison, V. Carver, Toronto 2004, s. 675-707.
- Mellibruda J. i Sobolewska-Mellibruda Z., *Integracyjna psychoterapia uzależnień*, Warszawa 2006, s. 9-19.
- Pallesen S., Morten M., Kvale G., Johnsen B.-J. i Molde H., Outcome of psychological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis, *“Addiction”* nr 100, 2005, s. 1412-1422.
- Pantalon M., Maciejewski P., Desai R. i Potenza M., Excitement-seeking gambling in a nationally representative sample of recreational gamblers, *“Journal of Gambling Studies”* nr 24, 2008, s. 63-78.
- Pomianowski R., *Uzależnienie współczesną wersją „ucieczki od wolności”*, [w:] *Psychologia rozwiązywania problemów społecznych*, (red.), J. Miluska, Poznań 1998.
- REPÈRE(S Addictions sans substance, Paris 2012).
- Romo L., Aubry C., Legaufré C. i Adès J., Comparaison des dimensions de personnalité dans la dépendance à l'alcool et les addictions sans substance, *“Annales Médico-Psychologiques”* nr 168, 2010, s. 412-415.
- Suissa A.J., Pourquoi l'État est co-responsable de la production des joueurs compulsifs, *“L'Intervenant”* nr 18 (1), 2001, s. 4-7.
- van Hamel A., J. Derevensky Y. Takane L. Dickson i Gupta R., Adolescent gambling and coping within a generalized high-risk behavior Framework, *“Journal of Gambling Studies”* nr 23, 2007, s. 377-393.
- Venisse J.L., Addiction avec ou sans drogue, même combat! *“Actuel. Cahier Thématiques de Fédération Addiction”* nr 9, 2011, s. 8-13.
- Volkow N., The addicted human brain: insights from imaging studies, *“Journal of Clinical Investigation”* nr 11, 2003, s. 1444-1451.



PHOTO CREDIT: Sharon & Nikki McCutcheon / Foter / CC BY