

co najmniej jeden potwierdzony przypadek zgonu spowodowanego zażyciem mefedronu; w Anglii – kilkanaście takich przypadków;

- **syntetyczne kanabinoidy** (42 w bazie). Najbardziej znane: JWH-018, HU-210. Działanie syntetycznych kanabinoidów imituje działanie THC – alkaloidu zawartego w konopiach indyjskich. Syntetyczne kanabinoidy dodawane są do mieszanek „ziołowych” sprzedawanych jako odpowiedniki konopi indyjskich. Wiadomo jednak, że w przeciwieństwie do THC, niektóre sztucznie otrzymywane kanabinoidy można przedawkować. Obecnie na rynku występuje ich min. 42; znacznie różnią się między sobą potencjałem działania. Są wśród nich zarówno takie, których efekt działania jest słabszy niż przeciętnej marihuany, ale są także i takie, których moc działania jest znacznie od niej większa. Syntetyczne kanabinoidy mogą być zarówno agonistami receptorów CB1, jak i receptorów CB2 w mózgu. Najczęściej wymienianymi skutkami niepożądanymi są: bóle w klatce piersiowej i chwilowe problemy ze złapaniem tchu, kołatanie serca, zawroty głowy, ogólne zmęczenie psychofizyczne, czasem nawet utrata przytomności. Wielu toksykologów, lekarzy i osób zajmujących się profesjonalnie badaniem nowych substancji uważa, że używanie syntetycznych kanabinoidów jest znacznie bardziej szkodliwe i niebezpieczne niż palenie marihuany czy haszyszu;
- **syntetyczne opioidy** (w bazie na razie tylko 1 – ODT). Jest syntetycznym opioidowym środkiem przeciwbólowym. Jest także metabolitem tramadolu. Działanie tej substancji jest zbliżone do działania innych opiatów. Efekty niepożądane związane z używaniem ODT to: nudności, wymioty, senność, zawroty głowy, bóle głowy, zaparcia. Ponadto odnotowano także przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym;
- **pozostałe substancje** (43 w bazie). Jest to lista substancji o bardzo różnym działaniu (stymulanty, halucynogeny, analgetyki, opiaty, depresanty i inne), pochodzenia zarówno naturalnego (np. *Salvia divinorum* czy kratom), jak i syntetycznego (np. deksmetorfolam, ketamina, PCP, GHB). Substancje tu zawarte znacznie różnią się między sobą zarówno efektem działania, zagrożeniami, jakie ze sobą niosą, jak i profilem użytkowników po nie sięgających.

Pojęcie uzależnienia czynnościowego do tej pory nie zostało ujęte w ważnych międzynarodowych klasyfikacjach chorób, takich jak DSM czy ICD. Niemniej jednak coraz częściej w pracy terapeutycznej, zwłaszcza w dziedzinie terapii uzależnień, padają takie określenia, jak: uzależnienie behawioralne, nałogowe zachowanie, uzależnienie niechemiczne. Obserwacja, praktyka i doświadczenia samych pacjentów sugerują, że odnoszenie pojęcia uzależnienia do pewnych zachowań jest zasadne.

UZALEŻNIENIE OD CZYNNOŚCI – ZDEFINIOWANIE POJĘCIA, SPECYFIKA PROBLEMU ORAZ KIERUNKI DIAGNOZY

Bernadeta Lelonek-Kuleta

Katedra Zdrowia Publicznego Instytutu Nauk o Rodzinie, Katolicki Uniwersytet Lubelski

Nałóg i uzależnienie

Dyskusje na temat tzw. uzależnień czynnościowych rozpoczynają się na poziomie pojęć. W krajach zachodnich czyni się rozróżnienie pomiędzy pojęciem *dependence* oraz *addiction*, z których pierwsze odnosi się do uzależnień wywołanych przez substancje chemiczne, natomiast

drugie, rozumiane jako nałóg, sugeruje szersze pojęcie, obejmujące także zależność od określonych zachowań. Marc Valleur, tocząc dyskusję nad tym rozróżnieniem, podkreśla szerszy zakres pojęciowy nałogu i wskazuje na argumenty, które uzasadniają rozszerzenie pojęcia uzależnienia i posługiwanie się pojęciem nałogu:

- Podobieństwo pomiędzy zaburzeniami charakteryzującymi się powtarzaniem określonych zachowań, doświadczanych subiektywnie przez osobę, jako przewidywalnych i kontrolowanych przez nią samą.
- Częste nakładanie się różnych nałogów, np. alkoholizm u graczy patologicznych.

Podobieństwo w podejściach terapeutycznych, zwłaszcza wykorzystywanie przez różne grupy samopomocowe programów opartych na 12 Krokach opracowanych przez Anonimowych Alkoholików¹.

Wyłanianie się koncepcji uzależnień czynnościowych

Pierwsze koncepcje uzależnienia jako takiego mają swoje źródło w prowadzonych ponad wiek temu badaniach dotyczących szkodliwego używania substancji, w tym głównie alkoholu czy opiatów². Po ponad 50. latach badań temu poświęconych, dysponujemy obecnie uznanymi modelami teoretycznymi uzależnień od substancji oraz wieloma danymi empirycznymi. W ostatnich dziesięcioleciach badacze doszli do wniosku, że koncepcje wypracowane w odniesieniu do uzależnień chemicznych, mogą przez analogię znaleźć zastosowanie w opisywaniu i wyjaśnianiu innych form zaburzonych, powtarzających się zachowań, niezwiązanych z przyjmowaniem jakiegokolwiek substancji. W związku z tym „uzależnionymi” można było zacząć nazywać osoby z problemowym graniem hazardowym, seksem, ćwiczeniami fizycznymi, robieniem zakupów, pracą i innymi zachowaniami, które przybierały szkodliwy charakter. Cechą szczególną było to, że zaczynały one zmieniać całość zachowań osoby, podobnie jak to działo się w przypadku nadużywania substancji chemicznych³. Uzależnienia te noszą nazwę „czynnościowych”, ponieważ osoba doświadczająca ich, próbuje walczyć z określonym zachowaniem sprawiającym jej cierpienie, nie czuje się natomiast zniewolona przez substancję chemiczną. Istotnym faktem w ujmowaniu uzależnień czynnościowych jest to, że osoba doświadczająca utraty kontroli nad określonym zachowaniem, co staje się niezmiernie ważne w próbach zrozumienia ich, diagnozy i leczenia⁴.

Kryteria definiujące uzależnienia czynnościowe

Pojęcie uzależnienia czynnościowego lub „toksykomanii bez substancji” po raz pierwszy wprowadził psychoana-

lityk Otto Fenichel w 1945 roku w swoim dziele „Teorie psychoanalityczne neuroz”⁵. Autor ten jest zarazem uważany za inicjatora opracowania kategorii „zaburzeń kontroli impulsów” w amerykańskiej klasyfikacji zaburzeń psychicznych.

Pierwsze kliniczne opisy uzależnień czynnościowych są zasługą amerykańskiego psychoterapeuty Stanton'a Peele, który przyjrzał się uzależnieniu od seksu, opisując je w „Love and addiction” w 1977 roku⁶. Pomimo tego, że nie zdefiniował kryteriów rozpoznawania tego zaburzenia, przyczynił się w znacznym stopniu do pogłębienia rozumienia natury tego nowego rodzaju uzależnień. Dążył on do wykazania analogii (jednak nie prostego podobieństwa) pomiędzy określonymi formami związków uczuciowych a uzależnieniami chemicznymi. Dla Peele to nie substancja chemiczna czyni człowieka uzależnionym, ale określone doświadczenie wewnętrzne. Uzależnienie analizował on w ujęciu warunkowania instrumentalnego, twierdząc, że poczucie braku kompetencji życiowych popycha do poszukiwania szybkiej i przewidywalnej gratyfikacji, którą można osiągnąć dzięki określonej substancji lub zachowaniu. Regularne osiąganie takiej gratyfikacji bardzo szybko przeradza się w nałóg, który jeszcze bardziej nasila poczucie braku kompetencji życiowych⁷.

Kryteria uzależnień czynnościowych jako pierwszy sformułował Orford, według którego wyrażałyby się one w *kompulsji* (poprzez zażycie środka lub zachowanie), *kontynuowaniu* zachowania, pomimo jego negatywnych konsekwencji, *obsesji* jego wykonywania, doświadczeniu *poczucia winy* po wykonaniu czynności nałogowej oraz objawach *abstynencyjnych* w sytuacji jej nagłego zaprzestania⁸.

Autorem pierwszych precyzyjnych kryteriów uzależnień czynnościowych, odwołujących się do koncepcji uzależnień w ogóle, był Aviel Goodman⁹. Opracował je, chcąc opisać nałogowe zachowania seksualne, jednak znajdują one zastosowanie także w przypadku innych uzależnień. Według Goodmana nałóg charakteryzuje się tym, że osoba podejmuje zachowanie, które może przynosić przyjemność lub zniesienie przykrości (ulga) oraz kontynuuje to zachowanie w taki sposób, że prowokuje ono występowanie kluczowych symptomów, jakimi są:

- powtarzające się niepowodzenie w kontrolowaniu tego zachowania (tzw. utrata kontroli),
- kontynuowanie zachowania pomimo negatywnych jego konsekwencji.

Kryteria rozpoznawania nałogu według Goodmana są następujące:

- A. Niezdolność oparcia się impulsom popychającym do określonego zachowania.
- B. Poczucie narastającego napięcia pojawiającego się tuż przed rozpoczęciem zachowania.
- C. Przyjemność i ulga doświadczane podczas wykonywania zachowania.
- D. Poczucie utraty kontroli podczas wykonywania zachowania.
- E. Obecność przynajmniej pięciu spośród poniższych kryteriów:
 1. Częste zaabsorbowanie zachowaniem lub przygotowywaniem go.
 2. Intensywność i trwanie epizodów zachowania przewyższające znacząco poziom pierwotnie pożądaną.
 3. Powtarzające się bezskuteczne próby ograniczenia, kontrolowania lub zaprzestania zachowania.
 4. Poświęcanie dużej ilości czasu na przygotowywanie zachowania, jego podejmowanie lub powrót do niego.
 5. Częste zaniedbywanie obowiązków zawodowych, szkolnych, akademickich, rodzinnych, społecznych.
 6. Poświęcanie aktywności społecznej, zawodowej czy rekreacyjnej na rzecz zachowania.
 7. Kontynuowanie zachowania pomimo świadomości doświadczania lub nasilania się trwałych bądź nawracających problemów o charakterze społecznym, finansowym, psychologicznym, fizycznym.
 8. Wzrost tolerancji: potrzeba zwiększania intensywności lub częstotliwości zachowania, aby osiągnąć pożądaną efekt lub też zmniejszenie nasilenia doznań wywołanych przez zachowania o tej samej intensywności co wcześniej.
 9. Niepokój lub zdenerwowanie w sytuacji niemożliwości podjęcia zachowania.
- F. Niektóre elementy składowe syndromu trwają dłużej niż jeden miesiąc lub powtarzają się na przestrzeni dłuższego okresu¹⁰.

Na podstawie kryteriów Goodmana można zauważyć, że osoba doświadczająca uzależnienia czynnościowego prezentuje liczne objawy klasycznego uzależnienia (chemicznego), które wyraża powtarzającą się i doświadczaną jako konieczną sekwencja konkretnych zachowań (zakupy, sprzątanie, praca itd.), w znaczący sposób zaburzająca jej życie społeczne, rodzinne, zawodowe itp.

Goodman w swojej koncepcji nałogów czynnościowych chciał zwrócić uwagę zarówno na element „farmakolo-

giczny”, jak i behawioralny zachowania, podkreślając dwa istotne czynniki:

- z jednej strony zachowanie ma na celu przyniesienie przyjemności oraz zniesienie przykrości wewnętrznej (ulgę),
- z drugiej strony z zachowaniem tym związane jest doświadczanie poczucia bezradności i utraty kontroli nad nim¹¹.

Według autora, nałóg „mieści się” pomiędzy impulsją a kompulsją: impulsja zakłada poszukiwanie przyjemności lub szybkiej gratyfikacji, natomiast kompulsja – zmniejszenie napięcia, ulgę oraz zredukowanie przykrych odczuć, w związku z czym można zauważyć, że nałóg obejmuje obydwie z wymienionych objawów¹². Kryteria opracowane przez Goodmana są obecnie bardzo popularne i rozpowszechnione na świecie oraz wykorzystywane do opisu uzależnień od zachowań i od substancji. Niemniej jednak jak dotąd nie uzyskały one statusu narzędzia diagnostycznego.

Interesującego porównania kryteriów oficjalnych (według DSM i ICD) z kryteriami Goodmana oraz z ogólnie przyjętymi w diagnozie klinicznej uzależnieniami dokonali Marie-Madeleine Jacquet i Alain Rigaud¹³. Prezentuje je tabela¹⁴ na s. 16:

Kolejnym badaczem, który rozwinął własną koncepcję uzależnień czynnościowych, jest Marc Griffiths. Odnosząc się do koncepcji uzależnień chemicznych, wyróżnił on:

- uzależnienie czynnościowe aktywne (np. od grania hazardowego),
- uzależnienie czynnościowe bierne (np. od oglądania telewizji).

Dodaje on, że uzależnienia od substancji mają zawsze charakter aktywny¹⁵.

W roku 1997 Griffiths zaprezentował sześć kryteriów definiujących zachowanie mające charakter uzależnienia:

1. **Dominacja** – dane zachowanie staje się aktywnością najważniejszą i dominującą w życiu osoby. Dominuje ono w myśleniu (zaabsorbowanie i zniekształcenia poznawcze), w emocjach (np. odczucie braku) oraz w zachowaniu (zaniedbywanie działań socjalizujących).
2. **Zmiana nastroju** – stanowi konsekwencję kontynuowania zachowania oraz może być strategią radzenia sobie (podekscytowanie, poczucie ucieczki).

3. **Tolerancja** – czas trwania wykonywania zachowania musi wzrastać, aby uzyskać pożądaną satysfakcję.
4. **Objawy odstawienia** – nieprzyjemne odczucia psychiczne (depresyjny nastrój, zirytowanie) lub objawy fizyczne (np. drżenie ciała).
5. **Konflikty** – o charakterze interpersonalnym (z osobami z otoczenia) lub o charakterze intrapsychicznym (pomiędzy pragnieniem, by nie ulec napięciu wywołanemu przez uzależnienie od zachowania, a psychiczną potrzebą oddania się temu zachowaniu).
6. **Nawrót** – tendencja do powracania do wykonywania zachowania po okresie zaprzestania go lub próby jego kontrolowania.

Analizując kryteria Griffithsa, zwraca uwagę ich mniejsza liczba, przez co mogą wydawać się łatwiejsze do praktycznego zastosowania. Warto jednak zwrócić uwagę na fakt, że kryteria te są próbą własnego zdefiniowania uzależnień, podczas gdy kryteria Goodmana znajdują swój punkt odniesienia w klasyfikacji DSM-III-R. Goodman zakładał, że lepiej przyjęte w środowisku

specjalistów zostaną kryteria opracowane na „solidnej” podstawie, niż stworzone na nowo¹⁶.

Elementem budzącym dyskusję, jest istnienie objawów odstawienia oraz tolerancji w uzależnieniach czynnościowych. Specjaliści zwracają uwagę na to, że podstawowym czynnikiem odróżniającym uzależnienia czynnościowe od chemicznych jest brak – w ścisłym sensie – fizycznych objawów uzależnienia od niepożądanego zachowania, ponieważ nie występuje tu substancja chemiczna, która wchodziłaby w kontakt z organizmem. Niektórzy twierdzą jednak, że takie objawy występują i są nimi m.in. własne hormony, od których człowiek się uzależnia (np. adrenalina). Niemniej jednak potwierdzone jest to, że niektóre, mniej lub bardziej nasilone objawy, analogiczne do objawów odstawienia występujących w przypadku uzależnień chemicznych, pojawiają się także w sytuacji nagłego zaprzestania wykonywania czynności nałogowej. Adès i Lejoyeux zwracają uwagę na następujące:

- złe samopoczucie psychiczne i fizyczne, lęk i drażliwość,

Tabela 1. Porównanie kryteriów uzależnień według M.M. Jacquet i A. Rigaud, 2000

| Uzależnienia według danych klinicznych, klasyfikacji oficjalnych oraz kryteriów Goodmana | Zaburzenia kontroli impulsów (DSM, ICD) | Uzależnienia zidentyfikowane klinicznie | Kryteria uzależnień Goodmana |
|--|---|---|------------------------------|
| Uzależnienia od substancji | + | + | + |
| Nadużywanie, używanie szkodliwe | + | - | - |
| Anoreksja psychiczna | - | + | ? |
| Bulimia | - | + | + |
| Parafilia (perwersja seksualna) | + | - | |
| Kleptomania | + | +/- | + |
| Hazard patologiczny | + | + | + |
| Piromania | + | - | +/- |
| Trichotillomania | + | - | - |
| Uzależnienie od tytoniu | - | + | +/- |
| Uzależnienie od seksu | ? | + | +/- |
| Próby samobójcze | | | |
| Uzależnienie od zakupów | ? | + | +/- |
| Ryzykowne prowadzenie samochodu | | | |
| Intensywny wysiłek | ? | + | +/- |
| Uzależnienie od pracy | ? | + | +/- |

- powracające pragnienie ponownego podjęcia sekwencji nałogowego zachowania w sytuacji jego braku¹⁷.

W przypadku uzależnień czynnościowych można także zaobserwować objawy wzrastającej tolerancji, przejawiające się zwiększaniem przez osobę częstotliwości lub intensywności zachowania w celu doświadczenia przyjemności lub złagodzenia przykrości w takim stopniu, w jakim miało to miejsce w początkowym okresie podejmowania zachowania nałogowego. Objawy te jednak także mają naturę psychiczną, natomiast nie fizyczną¹⁸.

Diagnozowanie pacjenta z uzależnieniem czynnościowym

W sytuacji, gdy po pomoc zgłasza się osoba, u której prawdopodobnie występuje uzależnienie czynnościowe, w pierwszej kolejności należy zastanowić się nad trzema następującymi zagadnieniami:

1. Ocena nasilenia problemu.
2. Upewnienie się, czy pacjent nie przejawia innych uzależnień czynnościowych – każdy dodatkowy problem o charakterze nałogu, jeśli nie zostanie rozpoznany, może utrudniać proces leczenia.
3. Ocena, na ile pacjent jest gotowy do podjęcia leczenia¹⁹.

Szczegółowa diagnoza pacjenta sygnalizującego uzależnienie czynnościowe powinna obejmować następujące elementy:

- czynniki wyzwalające,
- poziom aktualnego funkcjonowania pacjenta,
- relacje społeczne i sytuacja zawodowa,
- sytuacja prawna,
- zdrowie fizyczne i psychiczne (problemy minione i aktualne),
- wcześniejsze próby leczenia,
- czynniki „krytyczne” (chodzi głównie o ryzyko skrzywdzenia innej osoby lub samego siebie),
- cele terapeutyczne,
- poziom motywacji²⁰.

Mając na uwadze fakt, że diagnostyka uzależnień czynnościowych, zwłaszcza w Polsce, cały czas znajduje się w stadium początkowym (pojedyncze metody diagnostyczne, niewielkie ich rozpowszechnienie), w pracy z pacjentem należy przede wszystkim opierać się na własnej wiedzy i umiejętnościach, nabytych

w pracy z uzależnieniami chemicznymi. Podstawą jest dogłębny wywiad, a także własna intuicja w zdobywaniu informacji. Należy zachować jednak ostrożność w przypadku prób prostego kalkowania metod diagnostycznych stosowanych w uzależnieniach od substancji (poprzez np. zamianę słowa „alkohol” na „zakupy”). Diagnozowanie uzależnień od czynności wymaga dalszej pracy nad wartościowymi, standaryzowanymi narzędziami.

Spośród stosowanych na świecie i w Polsce cennych narzędzi do oceny uzależnień czynnościowych, warto wskazać następujące:

- **patologiczny hazard** – *South Oaks Gambling Screen* (Lesieur, Blume, 1987)²¹; *Canadian Problem Gambling Index* CPGI, (Ferris, Wynne, 2001)²²; *20 pytań Anonimowych Hazardzistów*, wykorzystuje się także kryteria opracowane na bazie DSM-IV-TR i ICD-10,
- **uzależnienie od komputera i internetu** – *Freimuth Screening Tool* (Freimuth, 2005)²³; *Internet Addiction Test Young 1998*, polska adaptacja: *Test Użytkownika Internetu* (Majchrzak, Ogińska-Bulik, 2006)²⁴ oraz *Test Problematycznego Używania Internetu* (Poprawa, 2007)²⁵,
- **uzależnienie od ćwiczeń** – *Exercise Addiction Inventory* (Terry, Griffiths, Szabo, 2004)²⁶; *Exercise Dependence Scale* (Hausenblas, Symons Downs, 2002)²⁷,
- **uzależnienie od zakupów** – *Compulsive Buying Scale* (Faber i O’Guinn, 1992)²⁸; *Shopping Addiction Subscale* (Freimuth, 2005)²⁹; *Compulsive Buying Measurement Scale*, (Valence i in. 1988); *Compulsive Buying Scale*, (D’Astous i in. 1990)³⁰, metody polskie – *Skala Zachowań Zakupowych* (Ogińska-Bulik, 2010)³¹,
- **uzależnienie od pracy** – *Robinson Work Addiction Risk Test WART* (Robinson, 1998) – polska adaptacja E. Wojdyłło, 2005,
- **uzależnienie od seksu** – *Sexual Addiction Screening Test SAST (oraz Women-SAST)* (Carnes, 1989)³²,
- **uzależnienie od jedzenia** – *Compulsive Eating Questionnaire* (Mansfield, 2000)³³; *Eating Disorder Inventory* (Garner, 1991); *Eating Disorder Scale* (Coker, Roger, 1990)³⁴; *Compulsive Eating Scale* (Golden, 1986)³⁵, metody polskie – *Kwestionariusz Moje Zwyczaje Żywieniowe* (Ogińska-Bulik, Putyń-

ski, 2000)³⁶; *Kwestionariusz Zachowań Związanych z Jedzeniem* (Ogińska-Bulik, 2004)³⁷; *Skala Zaabsorbowania Jedzeniem* (Ogińska-Bulik, 2010)³⁸.

Podsumowanie

Pojęcie uzależnień czynnościowych coraz mocniej wpisuje się we współczesny słownik. Terapeuci uzależnień, opierając się na doświadczeniach praktyki, mówią wręcz o „nałogowym społeczeństwie” (por. Dodziuk, Kapler, 2007; Mellibruda, 2006), wiążąc to stwierdzenie coraz częściej z uzależnieniami od czynności. Zaprezentowany ogólny przegląd współczesnej wiedzy na temat problemu „nowych uzależnień” miał na celu zwrócenie uwagi na niego oraz zasygnalizowanie potrzeby pogłębiania znajomości zjawiska na gruncie zarówno naukowym, jak i praktycznym, a także uwzględniania go w polityce społecznej.

Zadania, jakie stoją w tym obszarze przed specjalistami w Polsce, nie odbiegają od tych, które stawiają przed sobą specjaliści z innych krajów. Jest to przede wszystkim rozwijanie badań dotyczących specyfiki uzależnień od czynności, wypracowywanie narzędzi diagnostycznych, a przede wszystkim tworzenie specjalistycznych programów terapii opartych na rzetelnej wiedzy o zjawisku.

Przypisy

- 1 Valleur M., Velea D., „Les addictions sans drogue(s)”, *Revue toxibase*, 6/2002.
- 2 Crothers T., „The Disease of Inebriety from Alcohol, Opium and Other Narcotic Drugs”, Arno Press, New York 1981.
- 3 „Dependences comportementales. Introduction”, l’Institut ontarien du jeu problématique de Centre for Addiction and Mental Health CAMH.
- 4 Tamże.
- 5 Fenichel O., „The psychoanalytic theory of neurosis”, Norton and Company, New York 1945.
- 6 Peele S., Brodsky A., „Love and addiction”, Taplinger, New York 1977.
- 7 „Jeux de hasard et d’argent – Contextes et addictions. Expertise collective”, Institut National de la santé et de la recherche médicale INSERM, Paris 2008.
- 8 Orford J., „Hypersexuality: implication for a theory of dependence”, *British Journal Addiction*, 73/1978, s. 299-310.
- 9 Goodman A., „Addiction: definition and implications”, *British Journal of Addiction*, 85/1990, s. 1403-1408.
- 10 Tamże.
- 11 Benguigui J., „La cyberdependance: Données de la littérature et résultats d’une étude sur 48 cas”, These pour la doctorat en médecine. Université Paris 7 – Denis Diderot, 2009, dostęp on-line 17.03.2012: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3435_THÈSE-BENGUIGUI.pdf.

- 12 „Jeux de hasard et d’argent – Contextes et addictions. Expertise collective”, Institut National de la santé et de la recherche médicale INSERM, Paris 2008.
- 13 Jacquet M.M., Rigaud A., „Émergence de la notion d’addiction” (w:) S. Le Poulichet (red.), *Les Addictions*, PUF, Paris 2000, s. 11-80.
- 14 Za: Valleur M., Velea D., „Les addictions sans drogue(s)”, *Revue toxibase*, 6/2002.
- 15 Griffiths M., „Does internet and computer addiction exist? Some case study evidence, dokument zaprezentowany podczas spotkania z okazji 105. rocznicy Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego w Chicago, 1997.
- 16 Benguigui J., „La cyberdependance...”
- 17 Ades J., Lejoyeux M., „Les »dépendances comportementales«: achats compulsifs, addictions sexuelles, dépendance au travail, kleptomanie, pyromanie, trouble explosif intermittent, trichotillomanie”, Elsevier Masson Consulte Psychiatrie, Paris 1999.
- 18 Benguigui J., „La cyberdependance...”
- 19 „Dependences comportementales. Introduction”, CAMH.
- 20 Littman-Sharp N., „Introduction to the treatment of problem gambling” (w:) S. Harrison, V. Carver (red.), *Alcohol and Drug Problems: A Practical Guide for Counsellors*, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto 2004, s. 675-707.
- 21 Lesieur H.R., Blume S.B., „The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers”, *American Journal Psychiatry*, 1987; 144(9), s. 1184-8.
- 22 Ferris J., Wynne H., „The Canadian Problem Gambling Index: Final Report, submitted for the Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA)”, 2001.
- 23 Freimuth M., „Hidden Addictions”, Jason Aronson, New York 2005.
- 24 Majchrzak P., Ogińska-Bulik N., „Zachowania ryzykowne związane z cyberprzestrzenią” (w:) N. Ogińska-Bulik (red.), *Zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo WSHE, Łódź 2006, s. 59-78.
- 25 Poprawa, R., „Charakterystyka problematycznego używania Internetu wśród polskich Internautów” (w:) M. Sokołowski (red.), *Oblicza Internetu: Architektura komunikacyjna Sieci*, Wydawnictwo Instytutu Informatyki Stosowanej PWSZ, Elbląg 2007.
- 26 Terry A., Szabo A., Griffiths M., „The exercise addiction inventory: A new brief screening tool”, *Addiction Research & Theory*, 12 (2004), s. 289-499.
- 27 Hausenblas H., Symons Downs D., „How much is too much? The development and validation of the Exercise Dependence Scale”, *Psychology and Health*, 17 (2002), s. 387-404.
- 28 Faber R.J., O’Guinn T.C., „A clinical screener for compulsive buying”, *Journal of Consumer Research*, 1992, 19, s. 459-469.
- 29 Freimuth M., „Hidden Addictions”, Jason Aronson, New York 2005.
- 30 d’Astous A., Maltais J., Roberge C., „Compulsive buying tendencies of adolescent consumer”, *Advances in Consumer Research*, 17 (1990), s. 306-312.
- 31 Ogińska-Bulik N., „Uzależnienie od czynności. Mit czy rzeczywistość?”, Difin, Warszawa 2010.
- 32 Carnes P., „Contrary to Love: Helping the Sexual Addict”, CompCare, Minneapolis 1989.
- 33 Mansfield A., „Development and preliminary testing of an instrument to assess compulsive eating behavior”, *The 128th Annual of APHT*, 2000.
- 34 Coker R., Roger D., „The construction and preliminary validation of a scale for measuring heating disorders”, *Journal of Psychosomatic Research*, 34/1990, s. 223-231.
- 35 Golden B., „Parametres of bulimia: Examining the Compulsive Eating Scale”, *Measurement and Evaluation In Counseling and Development*, 19/1986, s. 84-92.
- 36 Ogińska-Bulik N., Putyński L., „Kwestionariusz Moje Zwyczaje Żywnościowe – konstrukcja i właściwości psychometryczne”, *Acta Universitatis Lodzianensis, Folia Psychologica*, 4/2000, s. 25-31.
- 37 Ogińska-Bulik N., „Psychologia nadmiernego jedzenia”, Wydawnictwo UŁ, Łódź 2004.
- 38 Ogińska-Bulik N., „Uzależnienie od czynności. Mit czy rzeczywistość?”, Difin, Warszawa 2010.