Dokonanie przeglądu aktualnego stanu światowej wiedzy naukowej dotyczącej uzależnień behawioralnych, w tym hazardu problemowego i patologicznego

zrealizowany przez Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Opracował zespół pod kierunkiem dra n. med. Bogusława Habrata:

-dr n. hum. Irena Jelonkiewicz (psychoterapia patologicznego hazardu)

-dr n. med. Michał Lew-Starowicz (hyperseksualizm)

-lek. med. Andrzej Sliczuk (patologiczny hazard z wyjątkiem farmakoterapii i psychoterapii)

-dr n. med. Bogusław Habrat (pozostałe rozdziały)

Wprowadzenie

Wg umowy nr 37/I/H/12 zadaniem była realizacja projektu pt.: „Dokonanie przeglądu aktualnego stanu światowej wiedzy naukowej dotyczącej uzależnień behawioralnych, w tym hazardu problemowego i patologicznego", a w szczególności:

1. przedstawienie wykazu źródeł publikacji wykorzystanych przy realizacji projektu wraz ze wskazaniem i omówieniem wykorzystanych baz danych bibliograficznych oraz ważniejszych publikacji,
2. analizę literatury ze wskazaniem metod badawczych w zakresie rozpowszechniania i identyfikacji czynników ryzyka uzależnień behawioralnych,
3. podsumowanie podstaw teoretycznych uzależnień behawioralnych,
4. wskazanie naukowo potwierdzonych tzw. najlepszych praktyk w zakresie profilaktyki i leczenia uzależnień behawioralnych,
5. wnioski i rekomendacje wynikające z przeprowadzonego projektu badawczego.

Przeprowadzono analizę baz danych bibliograficznych, głównie dostępnych w sieci Instytutu Psychiatrii i Neurologii:

-EBSCO A to Z

-EBSCO host

-GBL Polska Bibliografia Lekarska

-ISI Web of Knowledge

-Journal Citation Index

-WoltersKluver Ovid

-ProQuest

-PsycARTICLES

-PsycINFO

-PubMed

-Science Direct OnSite

-Science

-Scopus

-SpringerLink

-Wiley Online Library

-Tez-MeSH

Jako słów-kluczy dla wyszukiwarek używano angielskich synonimów „nałogów behawioralnych" ich synonimów i eponimów ogólnie oraz zaburzeń i zespołów, którym przypisuje się cechy, mogące je zaliczać do tej grupy zjawisk. Dodatkowo, krzyżowano je z angielskimi terminami, których treść pokrywała się z oczekiwaniami Zleceniodawcy (np.: *prevalence, epidemiology, screening tools, treatment, therapy* etc.). Uzyskany w ten sposób materiał selekcjonowano pod kątem wnoszenia istotnej wiedzy, m.in. eliminowano artykuły, których przedmiotem były inne zagadnienia, a problematyka związana z uzależnieniami odgrywała rolę marginalną lub nieistotną. Wyselekcjonowano w ten sposób ponad 2000 artykułów, które stały się przedmiotem

pogłębionej analizy. Zostały one w większości wydrukowane i zarchiwizowane. Z nich użyto w odnośnikach głównie te, które miały charakter pionierski, unikalny, wnoszący konkretne dane liczbowe, konkretne narzędzia badawcze bądź istotne interpretacje lub przemyślenia. Niemniej, w dołączonym do każdego rozdziału i części podrozdziałów piśmiennictwie umieszczono wszystkie pozycje bibliograficzne, które mogą stanowić ułatwienie dla ew. przyszłych badaczy i praktyków. Do części nowszych pozycji bibliograficznych nie było dostępu sieciowego ze względu na embargo (6-24 miesiące) i wysokie opłaty (ok. 30 USD za 1 pracę). Część prac uzyskano w ramach wymiany międzybibliotecznej. Zakupiono nowsze wydania monograficzne lub prace unikalne. Część bibliografii pochodziła ze zbiorów własnych badaczy. Z zasady, praktycznie unikano publikacji internetowych bez statusu naukowego, a także wydawnictw popularyzatorskich i poradników.

Raport opracowano kierując się selekcjonowaniem materiału pod względem naukowym: poprawność metodologiczna, nowatorskość badań i podejść. W praktyce jednak ze względu na relatywnie małą liczbę badań spełniających rygorystyczne kryteria metodologiczne, posługiwano się również badaniami o mniejszym stopniu poprawności metodologicznej, które jednak pozwalały na przybliżenie opisywanych zjawisk.

Materiał przedstawiono w następujący sposób: Zjawisko mieszczące się w pojęciu „nałogów behawioralne” opisano ogólnie, starając się wykazać zróżnicowanie zarówno z zakresie ich natury, koncepcji wyjaśniających ich powstanie, różny stopień akceptacji jako zjawisk normalnych/patologicznych oraz stopnia medykalizacji, pozycji nozologicznej oraz wynikających z nich prób profilaktyki terapii. Szczegółowiej opisano poszczególne „nałogi behawioralne” szeregując je m.in. wg

wiedzy (m.in. liczba publikacji) oraz zaawansowania postępowania profilaktycznego i terapeutycznego.

Terminologia

W polskim języku prawnym powstał termin: „patologiczny hazard i inne uzależnienia behawioralne”. Termin ten nie jest sprecyzowany ani prawnie ani naukowo i obejmuje grupę zjawisk, z których część ma charakter patologii (np. zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania), część powoduje uciążliwości, „problemy”, a nawet bywa uważna za pewien fenomen kulturowy, który nie powinien być interpretowany w kategoriach zdrowia/choroby, normy/patologii. Określenie prawne, mimo braku precyzyjnej definicji, wydaje się pokrywać z obiegowym pojęciem różnych zachowań kompulsywnych, które mają pewne cechy i podobieństwa do uzależnień od substancji. Część obiegowych terminów w Polsce sugeruje jego nałogowy, a wręcz uzależnieniowy charakter („uzależnienie od…”, różne „-izmy” sugerujące podobieństwa przynajmniej niektórych zjawisk do alkoholizmu). W USA (Petry 2006, Potenza 2006, Frascella i wsp. 2010) i w niektórych innych krajach (Valleur i Velea 2002) w ogóle krytykuje się pojęcie uzależnienia (*dependence*), uważając, że może być z powodzeniem zastąpione pojęciem *nałogu* (i pochodnych). Znalazło to swój wyraz w praktycznym wyrugowaniu w DSM 5 pojęcia *uzależnienie* (znajduje się tylko w szczątkowej postaci kodowane po kropce: „zaburzenia używania substancji z objawami uzależnienia” i stworzeniem szerokiej kategorii *zaburzeń nałogowych* (ang. *addictive disorders*). Mimo postulatów zwolenników addyktywnych koncepcji „nałogów behawioralnych”, do grupy tej weszło tylko patologiczne hazardowanie się.

W obiegu funkcjonuje wiele terminów będących synonimami lub eponimami tych terminów, w tym również w wydawnictwach monograficznych, jednak jeszcze daleko do opracowania powszechnie akceptowanej terminologii. W niniejszym opracowaniu będą używane terminy, które są wyrazem aktualnej wiedzy naukowej:

-*nałogi behawioralne* – jako najbardziej odpowiadający angielskiemu terminowi *behavioral addiction*. W Polsce często termin *addiction* błędnie tłumaczy się jako uzależnienie, dla którego angielskim odpowiednikiem jest raczej *dependence* (Lelonek-Kuleta 2012). Większość badaczy i klinicystów skłania się zarezerwowaniu terminu „uzależnienie" *(dependence)* wyłącznie do uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Podkreśla się, że w pojęciu *dependence* zawiera się zarówno aspekt psychologiczny *(nałóg – addiction),* jak i aspekt biologiczny: m.in. tolerancja farmakologiczna i farmakokinetyczna, objawy odstawienne. W *uzależnieniach* mamy do czynienia głównie z mniej lub bardziej bezpośrednim wpływem egzogennych substancji na układy neuroprzekaźnikowe i struktury mózgu, podczas gdy *nałogi* tłumaczone są mechanizmami psychologicznymi, ale nawet coraz lepiej poznane mechanizmy neurobiologiczne warunkujące te reakcje psychologiczne, odbywają się z udziałem endogennych („fizjologicznych") neuroprzekaźników. W różnicowaniu *nałogu (addiction)* i *uzależnienia (dependence)* podkreśla się istotną rolę objawów odstawiennych (abstynencyjnych). Porównując objawy pojawiające się w wyniku utrudnienia lub przerwania dostępu do nałogowych czynności z objawami abstynencyjnymi, często zapomina się o definicji objawów abstynencyjnych. W definicji tej znajduje się zwrot „specyficzne dla danej substancji", co oznacza, że zespół abstynencyjny składa się zarówno z objawów niespecyficznych (np. drażliwość, niepokój, odczuwanie dyskomfortu, lęk), jak i objawów specyficznych dla

danej substancji, (np. drżeń mięśniowych, wzmożonej potliwości w alkoholowym zespole abstynencyjnym, majaczenia alkoholowego o specyficznym obrazie klinicznym; bólów stawowo-mięśniowych, wysięku z nosa i łzawienia w przypadku odstawienia opiatów; wzmożonej senności, zwiększonego apetytu w przypadku uzależnienia od kokainy itp.). Po zaprzestaniu czynności nałogowych mogą pojawiać się objawy niespecyficzne, głównie psychologiczne jak: lęk, niepokój, drażliwość, odczuwanie dyskomfort, a objawy somatyczne – jeśli w ogóle występują – wydają się mieć charakter wtórny do stanów emocjonalnych.

W tym pojęciu termin *nałóg* ma dwa znaczenia: węższe: jako składowa szerszego pojęcia uzależnienia od substancji, i szersze: jako stereotypowy, powtarzalny, narzucający się i trudny do opanowania sposób reagowania na bodźce zewnętrzne lub wewnętrzne, który prowadzi do szkód, przy czym może być składową uzależnienia, ale może również występować u znacznie większej liczby osób bez problemów z używaniem substancji.

-*hazardowanie się* – wydaje się terminem trafniejszym od *(patologicznego) hazardu*, który to termin wydaje się obszerniejszy i obejmujący całą sferę zjawiska: m.in. aspekty kulturowe, społeczne, kryminalne, ekonomiczne, organizacyjne itp. *Hazardowanie się (w tym patologiczne)* lepiej podkreśla indywidualny i behawioralny aspekt zjawiska.

-*hazard* – całokształt zagadnień związanych z grami losowymi, zawierający nie tylko psychologiczne aspekty korzystania z gier losowych oraz ich medyczne i niemedyczne skutki, ale również zagadnienia organizacyjne, prawne, finansowe, towarzyszące patologie nieindywidualne etc.

W przypadku cytowań będą używane terminy stosowane przez autorów, ponieważ większość z nich używa ich celowo, aby podkreślić ich naturę (np. kompulsywną lub addyktywną), bądź przekazać podejście agnostyczne.

Tzw. „nałogi behawioralne”
jako grupa zaburzeń

Tzw. „nałogi behawioralne”

Synonimy i eponimy nałogów behawioralnych (ang.: *behavioral addiction*).

-uzależnienie behawioralne (ang.: *behavioral dependence*) – termin używany stosunkowo rzadko, w celu podkreślenia podobieństwa pokrewieństwa do uzależnień od substancji,

-nałogi (uzależnienia) inne niż nałogi (uzależnienia) od substancji psychoaktywnych, nałogi (uzależnienia) niesubstancjonalne (ang.: *non-substance addictions, non-chemical addictions,* franc.: *les addictions sans drogue(s)*) – terminy, które stosuje się do podkreślenia wspólnych z uzależnieniami od substancji mechanizmów nałogowych zachowań (np. mechanizmy nagradzające), ale dystansujące od pełnych analogii z nimi. Czasami terminy te (nałogi/uzależnienia niesubstancjonalne) stosuje się jako podkategorię nałogów/uzależnień, która występuje obok nałogów/uzależnień od substancji (DSM-5, Habrat 2011).

-uzależnienie od czynności, uzależnienia czynnościowe – rzadko stosowany termin dla grupy zjawisk (pracoholizm, internetoholizm, jedzenioholizm, zakupoholizm, patologiczny hazard) podkreślający ich addyktywny charakter (Ogińska-Bulik 2010, Lelonek-Kuleta 2012). Termin ten używany jest rzadko, m.in. ze względu na szersze rozumienie mechanizmów motywacyjnych (apetytywnych) i nagradzających (konsumacyjnych), gdzie rolę patogenetyczną przypisuje się nie tylko samej czynności.

-uzależnienie od przyjemności – termin stosowany rzadko, obejmuje zarówno uzależnienia od substancji, jak i nałogi behawioralne. Stosowany jest dla podkreślenia istotnej roli układu i mechanizmu nagrody w patogenezie obydwu grup zaburzeń i zjawisk (Schmitz 2005).

-(wielorakie) zachowania nałogowe (ang.: *multiple addictive behaviors*) – stosunkowo rzadko używany termin, który dystansuje się od kwestii podobieństw i różnic między nałogami behawioralnymi i uzależnieniami od substancji, a także od podobieństw i różnic między różnymi zjawiskami mieszczącymi się w pojęciu „nałogów behawioralnych" i jest swego rodzaju „workiem", dla różnych zjawisk, które zachodzą na siebie i mogą być mierzalne (Christo i wsp. 2003). Nie wyklucza on wspólnych mechanizmów etiopatogenetycznych wszystkich zaburzeń nałogowych, tak behawioralnych, jak i od substancji psychoaktywnych.

-(zespoły) upośledzenia (zaburzenia) kontroli impulsów (ang.: *impulse control disorder*) – termin podkreślający znaczenie patogenetyczne upośledzenia kontroli impulsów (zazwyczaj związanych z hypofunkcją układu serotoninergicznego) i obejmujący obok „nałogów behawioralnych" pewną część patogenezy i obrazu klinicznego uzależnień od substancji, a także patologie wykraczające poza te dwa obszary: m.in. podpalactwo (piromanię), kleptomanię, ekshibicjonizm, skubanie ciała, trichotillomanię (wyskubywanie i zjadanie włosów), nakłuwanie się, samookaleczenia, czasem także ruminacje depresyjne (w tym „nałóg samobójstwa" (Tullis 1998)) oraz natręctwa myślowe i czynności (Hollander i wsp. 2001). W zastępowanej właśnie klasyfikacji DSM-IV TR jest jeszcze kategoria: „zaburzenia kontroli impulsów niesklasyfikowanych w innym miejscu" (APA, Hollander i wsp. 2012), dla określenia „sierocych" zaburzeń upośledzenia kontroli impulsów, których nie udało się przypisać do innych większych grup zaburzeń.

-natręctwa, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (ang.: *obsessive-compulsive disorder*) – szerokie spektrum zaburzeń, które w obrazie klinicznym dominują natręctwa: natrętne myśli lub czynności. W większości „nałogów behawioralnych"

stwierdza się występowanie natręctw, w niektórych natręctwa dominują w obrazie psychopatologicznym bądź przypisuje się im dominującą rolę. Kompulsyjną naturę przypisuje się głównie „kompulsywnym zakupom” i niektórym formom hyperseksualności (kompulsywne uprawianie seksu). Przeciwnicy rozszerzania pojęcia zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych o „nałogi behawioralne” i uzależnienia od substancji podkreślają, że „klasyczne” natręctwa cechują się intruzyjnością, odbierane są jako bardzo przykre, ponieważ ich treści są sprzeczne z osobowością i poglądami, natomiast w nałogach i uzależnieniach są niejako przedłużeniem osobowości, spełnienie jest odbierane jako przyjemne (ego-syntoniczne), a nieprzyjemności związane są nie z samą czynnością, ale konsekwencjami zachowań.

-zespół dysregulacji układu dopaminergicznego (ang.: *dopamine dysregulation syndrome*) – termin wprowadzony w wyniku licznych obserwacji osób z chorobą Parkinsona (deficyty układu dopaminergicznego), którym podawano leki zwiększające neuroprzekaźnictwo dopaminergiczne, w wyniku czego pojawiały się liczne zachowania, jak w nałogach behawioralnych: zwiększenie zachowań związanych z hazardem, hyperseksualność, i in.

Kryteria nałogów behawioralnych

Wychodząc z opisu hazardu Brown (1993) stworzył ogólne kryteria nałogów, w tym behawioralnych. Na ich opis składają się:

-specyficzne cechy poznawcze polegające na dominacji aktywności nad myślami i zachowaniem,

-konflikt z innymi osobami lub aktywnościami,

-euforia lub ulga, odczuwanie krótkotrwałej przyjemności w związku z zaangażowaniem w aktywność,

-tolerancja albo utrata kontroli nad zachowaniem,

-odstawienie (ang.: *withdrawal*), czyli doznawanie nieprzyjemnych objawów, gdy dojdzie do braku dostępu do aktywności,

-nawroty i powrót do stanu poprzedniego, gdy podejmuje się nieudane próby zaprzestania aktywności, z następującym powrotem do intensywności jak przed próbą lub nawet większa.

Obserwuje się tendencję do odchodzenia od kryteriów „wszystkich nałogów behawioralnych, na rzecz definiowania poszczególnych nałogów.

Koncepcje tzw. „nałogów behawioralnych”

Opisy zachowań nałogowych można spotkać w literaturze od tysiącleci. Klasycy psychiatrii z przełomu XIX i XIX w. opisywali różne „manie”, które są odpowiednikami współczesnych nam nałogów behawioralnych. Bardziej współcześnie, bo w 1945r, Fenichel wprowadził termin „toksykomanii bez substancji”, opisując to zjawisko w kategoriach psychoanalitycznych (Fenichel 1945). Postępy cywilizacyjne spowodowały jednak, że w ostatnich 2-3 dekadach stały się one na tyle powszechne, że zaczęły budzić zaniepokojenie społeczne. O ile dotychczas zaburzenia klasyfikowane jako „nałogi” lub „uzależnienia behawioralne”, a czasem także jako „natręctwa”, „zaburzenia kontroli impulsów” itp. były traktowane dość marginalnie i umieszczane w różnych działach zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, to zwiększająca się liczba przypadków i oczekiwań interwencji spowodowała zwiększoną liczbę badań nad poznaniem natury nałogów, a co za tym

idzie: podejmowania najbardziej adekwatnych działań profilaktycznych, a przede wszystkim, naprawczych.

Przegląd współczesnego piśmiennictwa wykazuje bardzo duże zróżnicowanie koncepcji nałogów i wynikających z nich działań. Dodatkowo, odnosi się wrażenie, że natura nałogów behawioralnych może być interpretowane w różny sposób, w tym niekolizyjny w stosunku do innych koncepcji. Wyłania się również obraz zróżnicowania poszczególnych nałogów, z których niektóre lepiej wyjaśniane są przez jedne koncepcje, pozostałe zaś przez inne.

Koncepcje moralne

Przez stulecia podejście do zachowań, które obecnie nazywa się nałogami behawioralnymi, było podobne jak do nadużywania ilościowego, niekontrolowanego i uzależnień od substancji psychoaktywnych. Nieumiejętności bycia odpornym na pokusy interpretowano jako przejaw „słabości woli" lub „niedostatków moralności". Szczególnie wyraźnie było to widać kulturach mieszczańskich, głównie protestanckich. Kultury te wytwarzały ostracyzm wobec osób ulegających nałogom, ale etyka normatywna miała prawdopodobnie dość silną moc prewencyjną. Wydaje się, że typowe dla naszych czasów rozluźnienie norm moralnych, kontroli społecznej nad zachowaniami członków społeczności i społeczeństwa oraz ustępowanie postaw wyrzeczeniowych na rzecz postaw konsumpcjonistycznych może odgrywać pewną rolę w masowości zjawisk zwanych uzależnieniami behawioralnymi. Koncepcje te zazwyczaj nie wychodzą poza eseje i spekulacje i są słabo (jeśli w ogóle) wspierane przez badania naukowe.

Szczególnie w odniesieniu do nałogowego/kompulsywnego kupowania przykłada się znaczenie materialistycznemu podejściu do świata (Brinkman 2004,

Dittmar 2005, Manolis 2012), choć materializm bywa traktowany nie tylko jako postawa życiowa, ale cecha osobowości (Dittmar 2005).

Przełom XIXw. i XXw. to gwałtowny rozwój doświadczalnego podejścia biomedycznego, którego celem było odejście od spekulatywnego i subiektywnego sposobu interpretacji zachowań ludzkich na rzecz wyjaśnień fizjologicznych, w tym neurobiologicznych. Najlepszym przykładem przełożenia ideologii mieszczańskich na język neurofizjologii była teoria ewolucji i dyssolucji ośrodkowego układu nerwowego Mazurkiewicza, wg której mózg ma budowę piętrową, w której warstwy filogenetycznie młodsze kontrolowały struktury filogenetycznie starsze. Wg tej teorii, kora płatów przedczołowych odbiera i kumuluje całokształt tego, co kryje się pod pojęciem kultury, i z pozycji kultury spełnia funkcję kontrolną nad resztą bardziej prymitywnych struktur mózgowych (Mazurkiewicz 1949). Niedorozwojowi lub uszkodzeniu tych struktur bądź niepełnowartościowemu ich połączeniu z resztą mózgu przypisywano różnego rodzaju zachowania „niemoralne", w tym uleganie nałogom. Paradoksalnie, koncepcjom moralnym wsparcie przyniosły badania neurobiologiczne. Kolejne badania neuroanatomiczne, neurofizjologiczne, neuropsychologiczne, a szczególnie neuroobrazowe, potwierdziły tą rolę struktur przedczołowych. W odniesieniu do nałogów w szeregu badań wykazano odmienności struktury i funkcji kory przedczołowej, choć przypisywano im inne semantycznie, ale zawartościowo bliskoznaczne z moralnością znaczenia. M.in. szczególnie duża częstość i łatwość powstawania nałogów behawioralnych u młodzieży tłumaczy się m.in. niedojrzałością mózgu, a w szczególności niedostatecznym wykształceniu połączeń między płatami czołowymi.

Koncepcje filozoficzne

Część interpretacji „nałogów behawioralnych” interpretowanych jako „natrętna pasja” nawiązuje do starogreckich koncepcji harmonii. Ich współczesna interpretacja traktuje je jako zaburzenia harmonii między takimi konstruktami jak: wsparcie autonomii, specjalizacja aktywności i identyfikacja z aktywnością (Mageau i wsp. 2009).

„Nałogi behawioralne” próbuję się tłumaczyć z pozycji egzystencjalnych. W tym ujęciu człowiek żyje w ciągłym dramacie podejmowania decyzji mając wątłe i niepewne przesłanki do ich podejmowania, brak wiarygodnych drogowskazów życiowych. Współczesne czasy przemian i akceleracji sprawiają konieczność sprostania nowym zadaniom, czego nie ułatwia deprecjacja starych wartości i nieprzydatność dawnych mechanizmów radzenia sobie w życiu. Może to sprzyjać podejmowaniu decyzji i zachowań niekorzystnych przystosowawczo (Aleksander 2009).

Inną próbą wyjaśnienia zjawiska nałogów behawioralnych jest uznawanie ich za przejaw postmodernistycznego konsumpcjonizmu (Elliott 1994).

Koncepcje socjologiczne (demedykalizujące)

Obecnie obserwuje się tendencję do coraz powszechniejszego traktowania „nałogów behawioralnych” w kategoriach medycznych, co pociąga za sobą wiele konsekwencji światopoglądowych, metodologicznych, społecznych, kulturowych oraz w zakresie radzenia sobie z tymi problemami.

Przynajmniej w odniesieniu do niektórych „nałogów behawioralnych” podnosi się wątpliwości, czy takie zjawiska jak „pracoholizm” lub „zakupoholizm” należy interpretować w kategoriach medycznych (Lee i Mysyk 2004). Podkreśla się, że

zjawiska te nie są wystarczająco dobrze skonceptualizowane, a kryteria diagnostyczne są na siłę „naciągane”.

Conrad (1992) zdefiniował pojęcie medykalizacji jako proces polegający na definiowaniu w sposób medyczny niemedycznych problemów, nadawaniu im nazw choroby lub zaburzenia i postępowaniu z nimi jak z problemami medycznymi. Jest to zgodne z wcześniejszymi opiniami, że każde społeczeństwo ma swoje własne, partykularne definicje pewnego rodzaju zachowań, dysfunkcji lub odczuć, które są nazywane i leczone jak choroby (Waxler 1980).

Dodatkowo wykazuje się, że społeczeństwo wykazuje swoistą niekonsekwencję: mimo forsowania medycznej interpretacji nałogów behawioralnych i oferowania osobom z zachowaniami uznawanymi za „dewiacyjne” różnych terapii, jednocześnie w większości doktryn prawa karnego i cywilnego odmawia „zaburzonym” prawa do nieponoszenia konsekwencji, jak to ma miejsce w przypadku „prawdziwych chorób psychicznych”.

Innym argumentem na rzecz uznawania „nałogów behawioralnych” za sztuczny i nieprawdziwy koncept medyczny, jest mała skuteczność zarówno farmako- jak i psychoterapii (p. niżej).

Koncepcje psychologiczne, głównie behawiorystyczne

Przeciwieństwem teorii dominacji moralności są teorie behawiorystyczne. Zakładają one, że „nałogi behawioralne” są wyuczonym zachowaniem, w którym istotną rolę odgrywają wzmocnienia nagradzające. Powstało w ten sposób wiele teorii psychologicznych, które w dość zadawalający sposób wyjaśniały przynajmniej niektóre najważniejsze psychologiczne aspekty nałogów i (czasami) uzależnień od substancji psychoaktywnych. Z małymi modyfikacjami teorie te znalazły

zastosowanie w wyjaśnianiu mechanizmów psychologicznych leżących u podstaw także nałogów behawioralnych.

Koncepcje neurobiologiczne

Istotnym wsparciem teorii behawioralnych okazały się odkrycia neurobiologii. Przede wszystkim znaleziono i umiejscowiono struktury mózgu związane z układem nagrody. Stwierdzono, że „ośrodki nagrody" mieszczą się głównie w jądrach półleżących i obszarze brzusznym nakrywki, w których jest stosunkowo dużo unerwienia dopaminergicznego. Przekaźnictwo dopaminergiczne aktywuje się głównie w związku z oczekiwaniem nagrody (faza apetytywna) i jest związane z procesami motywacyjnymi oraz działaniami poszukiwawczymi. Za spełnienie (faza konsumacyjna) odpowiada natomiast układ opioidowy, który powoduje nagrodę w postaci błogostanu (euforii). Powtarzające się nagradzanie powoduje szereg zmian neuroadaptacyjnych m.in. w postaci zmniejszenia czułości receptorów, a co za tym idzie konieczność powtarzania i intensyfikowania bodźców (tolerancja), a w przypadku odstawienia substancji lub utrudnienia czynności – zmiany kompensacyjne (np. zmniejszenie czułości receptorów hamującego układu GABA-ergicznego, a zwiększenie aktywności receptorów pobudzających receptorów NMDA w przypadku uzależnienia od alkoholu) manifestują się jako objawy odstawienne. Mechanizmy te są bardzo dobrze poznane w odniesieniu do uzależnień od substancji psychoaktywnych. W odniesieniu do „nałogów behawioralnych" wiedza czerpana jest głównie z myślenia przez analogię, w znacznie mniejszym stopniu z badań neurobiologicznych nad nałogami behawioralnymi (Foweler i wsp. 2007).

Zwolennicy addyktywnych koncepcji nałogów behawioralnych podkreślają podobieństwa między nagradzaniem doznaniami w wyniku działania substancji

psychoaktywnych a bodźcami naturalnymi (seks, jedzenie, wygrana w grach losowych, zadowolenie z zakupów, dostęp do informacji w Internecie, gratyfikacja udziałem w grach komputerowych itp.). Przeciwnicy podkreślają, że w przypadku nagród innych niż działanie substancji psychoaktywnych mamy do czynienia z mechanizmami o nasileniu fizjologicznym (np. wydzielanie endogennych substancji morfinopodobnych), natomiast większość substancji psychoaktywnych wpływa bezpośrednio na neuroprzekaźnictwo z pominięciem szlaków fizjologicznych, przy czym stężenia egzogennych substancji wielokrotnie przewyższają stężenia substancji fizjologicznych i mają odmienne, „niefizjologiczne" mechanizmy działania (Alavi i wsp. 2012, Boudreau i wsp 2009, Demetrovics i Griffith 2012, Goodman 1990, Grant i wsp. 2010, Hagedorn 2009, Holden 2001, Karom i Choudhi 2012).

Koncepcje psychiatryczne

Znaczna część psychiatrów odchodzi od podejścia wymiarowego a skłania się ku podejściu nozologicznemu, które zakłada, że – podobnie jak w medycynie somatycznej – wszystkie zaburzenia psychiczne należy przypisać jednostkom nozograficznym, czyli precyzyjnie opisanym kategoriom o wspólnej etiologii, patogenezie, obrazie klinicznym i przebiegu – a co za tym idzie – o podobnym reagowaniu na procedury terapeutyczne opierające się na poznanych mechanizmach.

Znaczna część zaburzeń, współcześnie nam zwana nałogami behawioralnymi, była dawniej (a w części pozostaje do dziś) klasyfikowana jako natręctwa (np. nerwica natręctw, obsesyjno-kompulsyjne zaburzenia lękowe), upośledzenie kontroli impulsów lub w pojemnych kategoriach „inne zaburzenia psychiczne". Zwiększająca się liczba osób z nałogami behawioralnymi oraz zwiększająca się czujność

społeczeństw na te zagadnienia stały się jednym z powodów zajęcia się naturą tych zaburzeń nie tylko w celach klasyfikacyjno-porządkujących, ale przede wszystkim w celu wypracowania optymalnych procedur terapeutycznych.

Zmienia się podejście do klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania oraz ustawienia granicy między „normą" a „patologią". O ile dawniej kładziono szczególny nacisk na inność, odmienność, później zwracano uwagę na kontekst społeczno-kulturowy, o tyle obecnie – i to m.in. na skutek dyskusji nad nałogami behawioralnymi – zwraca się główną uwagę na bezpośrednie szkody zdrowotne (w mniejszym stopniu inne) bezpośrednio spowodowane (a nie tylko związane) z zachowaniami, które trzeba arbitralnie zakwalifikować jako normę lub patologię.

Efektem takiego podejścia w zaaprobowanej w połowie grudnia 2012r. klasyfikacji American Psychiatric Association - DSM 5 jest bardzo zróżnicowane podejście do różnych podklas nałogów behawioralnych. I tak, uznano, że tylko w odniesieniu to patologicznego hazardowania można uznać za dobrze udowodnioną zarówno jego szkodliwość, jak i przeważającą naturę addyktywną (patrz niżej). Patologiczny hazard umieszczono w klasie „zaburzeń nałogowych" (ang.: *addictive disorders*) razem z „zaburzeniami używania substancji psychoaktywnych" (Habrat 2011). Uznano, że zgromadzono wystarczającą liczbę dowodów na występowanie wspólnych czynników predysponujących, mechanizmów patogenetycznych, podobieństwo obrazu klinicznego i przebiegu i – w mniejszym zakresie - skutecznej terapii. Znaczącym argumentem było również stwierdzenie częstego współwystępowania obu grup zaburzeń.

O ile patologiczne hazardowania się zaliczono do grupy zaburzeń o dość jednoznacznej pozycji nozologicznej, to większość innych nałogów behawioralnych umieszczono w tymczasowej grupie zaburzeń, które wymagają badań nad przypisaniem ich do już istniejących grup zaburzeń bądź stworzenia dla nich odrębnego, ale specyficznego miejsca w klasyfikacji nozologicznej. Wychodząc z opisanego powyżej kryterium zaburzenia, jakim jest szkodliwość „odmienności", nie włączono do klasyfikacji m.in. „pracoholizmu", uznając go za konstrukt niedostatecznie opisany pod względem odmienności od „normy" i kulturowego kontekstu, a szczególnie w kategoriach bezpośredniej szkodliwości. Podobnie rzecz się ma z „uzależnieniem od ćwiczeń fizycznych", gdzie mimo przesłanek o jego uzależnieniowej naturze związanej z rolą endorfin, niedostatecznie jednoznacznie wykazano szkodliwość tej „odmienności" zachowań. Stosunkowo najwięcej kontrowersji wzbudziły nałogi związane z używaniem nowych mediów: komputera, Internetu, gier elektronicznych, a nawet telefonów komórkowych.

Natura nałogowa

Stosunkowo najwcześniej zajęto się problemami patologicznego hazardowania się. Osoby z tego typu problemami ponoszą duże konsekwencje swoich zachowań (problemy finansowe, powikłania psychiatryczne, czasami konflikty z prawem), „tradycyjna" psychiatria nie była w stanie udzielić im skutecznej pomocy i wyzwalała obawy o stygmatyzację. Wiele osób patologicznie hazardujących się było alkoholikami, stąd naturalną konsekwencją było zainteresowanie się ta grupą osób przez ruchy samopomocowe wywodzące się z Ruchu Anonimowych Alkoholików (Anonimowi Hazardziści).

Okazało się, że mechanizmy nałogu hazardowania się można stosunkowo dobrze wyjaśniać za pomocą aparatu pojęciowego używanego w Ruchu AA, a później przełożonego na język akademicki przez tzw. model Minnesota. Przez długi czas Ruch Anonimowych Hazardzistów i stosowane przez niego metody terapeutyczne zdominowały leczenie osób, które miały kłopoty z hazardem. Ruchy samopomocowe zazwyczaj wyprzedzały inne formy leczenia oferując programy dla osób nadmiernie odżywiających się, nałogowo uprawiających seks, nadmiernie kupujących, itd. Do dziś ruchy samopomocowe i psychoterapie wywodzące się z modelu minnesockiego dominują w programach terapii osób patologicznie hazardujących się, choć nie znajduje to odbicia w publikacjach o charakterze naukowym, szczególnie w odniesieniu do ich skuteczności.

W miarę poznawania psychologicznych i neurobiologicznych mechanizmów nałogów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, stwierdzono daleko idące podobieństwo między składową nałogową uzależnień od substancji a nałogami behawioralnymi. Zidentyfikowano m.in. biologiczne podstawy wyuczonych zachowań, z których jako pierwsze poznano ośrodki nagrody (pozytywnych wzmocnień) zlokalizowane m.in. w obrębie jąder półleżących, obszaru wewnętrznego nakrywki, potwierdzono rolę układów neuroprzekaźnikowych (głównie dopaminergicznego i opioidowego) w mechanizmach pozytywnego wzmacniania i układu serotoninergicznego w mechanizmach protekcyjnych.

Współczesne kryteria diagnostyczne rezerwują termin „uzależnienie” (ang.: *dependence*) wyłącznie do uzależnień od substancji psychoaktywnych. Na uzależnienie mają składać się zachowania nałogowe (ang.: *addiction*) z komponentami psychologicznymi i ich biologicznymi podstawami, oraz biologicznie

uwarunkowane: tolerancja i objawy odstawienne (abstynencyjne). Szczególnie te ostatnie mają być typowe dla uzależnienia i swym występowaniem różnić uzależnienie od nałogu.

Objawy abstynencyjne są przedmiotem znacznych kontrowersji. Zwolennicy uzależnieniowej interpretacji nałogów behawioralnych podkreślają, że w znacznej części przypadków nałogów behawioralnych uniemożliwienie dostępu do nałogowej czynności wiąże się z raportowaniem lub stwierdzaniem zjawisk, które są podobne lub identyczne z objawami zespołu abstynencyjnego (Holden 2001,Karim i Choudhri 2012, Lemon 2002). Podkreśla się jednak, że objawy z braku dostępu do czynności nałogowych mają charakter niespecyficzny i są przejawem np. frustracji (lęk, niepokój, drażliwość odczuwanie dyskomfortu), podczas gdy w definicji objawów abstynencyjnych wyraźnie zaznacza się, że objawy abstynencyjne musza być typowe dla odstawiania konkretnej substancji (np. wzmożone potliwość w przypadku uzależnienia od alkoholu; wysięk z nosa, łzawienie i bóle mięśniowo-stawowe w przypadku uzależnienia opioidowego; wzmożona senność, zwiększony apetyt w przypadku uzależnienia od kokainy, itp.).

Podkreśla się również, że porównywanie słabo poznanych mechanizmów addyktywnych z dobrze poznanymi właściwościami uzależniającymi substancji psychoaktywnych jest nadużyciem (Lemon 2002). Opisywane mechanizmy nałogów behawioralnych w kategoriach addyktywnych (a szczególnie: uzależniających) jest wyrazem słabości koncepcji i teorii tych pierwszych i bardziej metaforą niż stwierdzeniem stanu podobieństwa lub identyczności (Lemon 2002). Ten sam autor rozważa etymologię słowa *nałóg (addiction)*, w ujęciu historycznym oraz paralelność

wielu znaczeń tego terminu w zależności od jego użytkownika (prawnicy, klinicyści, ruchy samopomocowe, badacze, obiegowe opinie).

Efektem tych dyskusji jest stanowisko Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, które 01.12.2012r. zaaprobowało piątą wersję DSM-5. W tej nowej klasyfikacji stworzono nową kategorię zaburzeń: zaburzeń nałogowych (ang.: *addictive disorder*), która obejmuje głównie zaburzenia używania substancji (ang.: *substance use disorder* oraz – jako jedyne zjawisko z dotychczas nazywanych nałogami behawioralnymi – patologiczne hazardowanie się (ang.: *pathological gambling*) (Habrat 2011). Jest to przejawem uznania, że nałogowa natura większości „nałogów/uzależnień behawioralnych" jest niedostatecznie udowodniona i zakwalifikowane je w innych sekcjach diagnostycznych, zarówno takich, które nazwano odrębnymi kategoriami – Sekcja 2 (napadowe objadanie się, patologiczne zbieractwo (ang.: *hoarding*), lub które wymagają dalszych badań celem określenia ich natury i pozycji nozologicznej – Sekcja 3 (zaburzenia używania gier internetowych). Nie „spatologizowano" hyperseksualności (Brauser 2012).

W uzależnieniach od substancji psychoaktywnych istotną rolę odgrywają układ dopaminergiczny i opioidowy. W przypadku tego ostatniego wpływa się na układ opioidowy stosując antagonistów opioidowych (naltrekson, nalmefen), które mają blokować dostęp do receptorów opioidowych opioidom egzogennym (heroina) lub endogennym (wtórnie uwalnianym przez alkohol), aby przerwać mechanizm nagradzania. Dodatkowo naltrekson zmniejsza głód alkoholu. Jeżeli przyjąć, że istnieją podobne mechanizmy „nałogów behawioralnych", można pokusić się o stosowanie antagonistów opioidowych w celu przerywania błędnego koła nagradzania. W tym celu stosowano naltrekson i nalmefen w patologicznym

hazardzie. Wyniki, choć zachęcające okazały się niekonkluzywne, choć tę grupę leków należy uważać za leki pierwszego rzutu w zapobieganiu silnej chęci hazardowania się (van den Brink 2012). Poprawę obserwowano głównie w próbach niekontrolowanych, w próbach z zastosowaniem grup kontrolnych efekt był znacznie mniejszy, głównie ze względu na zaskakująco duże odsetki popraw po placebo lub innym leku kontrolnym. Może to świadczyć o dużej roli czynnika niespecyficznego (chęć podjęcia terapii, sam udział w programie itp.). Obserwowany efekt był zazwyczaj krótkotrwały i zmniejszał się stopniowo po zakończeniu terapii, choć w pojedynczych badaniach wykazywano utrzymywanie się pozytywnego efektu klinicznego nawet pół roku od zakończenia terapii.

Natura obsesyjno-kompulsywna (natręctwa)

Część badaczy i praktyków klinicznych opisuje obraz kliniczny i przebieg oraz interpretuje naturę „nałogów behawioralnych" w kategoriach natręctw: natrętnych myśli (obsesje) i czynności (kompulsje) i skłania się ku terapiom wywodzącym się z terapii natręctw (terapie behawioralne, behawioralno poznawcze, leki zwiększające przekaźnictwo serotoninergiczne. Postawa ta znajduje wyraz także w stosowanych terminach np.: kompulsywne używanie Internetu, kompulsywne kupowanie, kompulsywne uprawianie seksu, kompulsywne objadanie się itp. Stąd propozycje leczenia przynajmniej niektórych nałogów behawioralnych w sposób zbliżony do leczenia natręctw: oddziaływania behawioralne i terapia poznawczo-behawioralna, a w odniesieniu do farmakoterapii - leki, które stosuje się do leczenia natręctw, a więc głównie leki zwiększające przekaźnictwo serotoninergiczne.

Przeciwnicy tego podejścia podkreślają przede wszystkim różnice relacji do „natrętnych" myśli. O ile w przypadku klasycznych natręctw, natrętne myśli (i czasem

wynikające z nich natrętne czynności – np. obsesje zakażenia skutkujące przesadnym nawykami higienicznymi) postrzegane są przez pacjenta jako obce, intruzyjne, nieprzyjemne i sprzeczne z obrazem osobowości pacjenta (np. bluźniercze myśli u osób głęboko religijnych), to w przypadku nałogów behawioralnych same „natrętne" rozmyślania o hazardzie, seksie, zakupach, surfowaniu w Internecie itd. nie są niemiłe, a nawet wręcz przyjemne; są zgodne z cechami osobowości (np. hedonizmem, skłonnością do podejmowania ryzyka, poszukiwaniem nowości i/lub stymulacji) (ego-syntoniczne), a przykrość sprawie jedynie ponoszenie konsekwencji tych zachowań lub ograniczenie dostępu do realizowania pożądanych czynności.

Nałogi behawioralne jako przejaw spektrum upośledzenia kontroli impulsów

Do niedawna część nałogów behawioralnych klasyfikowano w szerszej kategorii zaburzeń kontroli impulsów, które z kolei były częścią tzw. spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. W grupie tej plasowano szereg zaburzeń, których wspólną cechą jest upośledzenie kontroli impulsów. Oprócz nałogów behawioralnych plasowano w niej m.in. patologiczną impulsywność, piromanię, ekshibicjonizm, skłonność do samookaleczeń, trichotillomanię, kleptomanię, ruminacje depresyjne etc. Model nałogów behawioralnych też dość dobrze opisuje tą kategorię zaburzeń. Dodatkowo, leki stosowane skutecznie w innych zaburzeniach upośledzenia kontroli impulsów (leki zwiększające przekaźnictwo serotoninergiczne wykazywały pewien wpływ na niektóre nałogi behawioralne, w tym głównie na kompulsywne hazardowanie się (van den Brink 2012) i kompulsywne używanie Internetu.

Nałogi behawioralne jako fenotypowy przejaw genotypu lub innej wspólnej z innymi zaburzeniami psychicznymi etiopatogenezy

Ostatnie ćwierćwiecze XXw. cechowało się zwiększeniem zainteresowania badawczego tzw. współwystępowaniem zaburzeń psychicznych. Stwierdzono, że w przypadku większości zaburzeń psychicznych współwystępują one częściej niż wynikałoby to z przypadku, a to współwystępowanie jest nawet w niektórych przypadkach częstsze niż występowanie pojedynczych zaburzeń. Wynikają z tego zarówno konsekwencje kliniczne (konieczność równoległego zajmowania dwoma lub więcej współwystępującymi zaburzeniami), ekonomiczne (domaganie się zwrotu kosztów leczenia współwystępujących zaburzeń, a nie pojedynczego), a także badawcze, W przypadku tych ostatnich, częste współwystępowanie zaburzeń może być podstawą zanegowania ich dotychczasowej odrębności nozologicznej i tworzenia nowych klasyfikacji zaburzeń psychicznych, opartych bardziej na etiologii i patogenezie niż na opisach klinicznych.

Stosunkowo najwcześniej i najwięcej zebrano informacji na temat częstszego niż wynikałoby to z przypadku występowania problemów związanych z hazardem u osób uzależnionych od alkoholu i problemów z alkoholem u osób z problemami związanymi z hazardem. W wielu badaniach potwierdzono częstsze współwystępowanie tych dwóch problemów (Demetrovics 2009).

W innych badaniach nad osobami z różnego rodzaju problemowym hazardowaniem się wykazano nadreprezentację innych zaburzeń (Chou i wsp. 2011, Premper i Schulz 2008) w tym: związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (Ledgerood i Downey 2002, Toneatto i wsp. 2002, Premper i Schulz 2008, Chou i wsp. 2011), zaburzeń afektywnych i zachowań samobójczych

(Petry i Kiluk 2002, Chou i wsp. 2011), zaburzeń lękowych (Blaszczynski 2002, Petry i wsp. 2005, Petry 2007, Premper i Schulz 2008, Chou i wsp. 2011), głównie napadów paniki (Petry i wsp. 2005), zespołu stresu pourazowego (Kausch i wsp.2006, Najavtis i wsp. 2010, Vogelgesang 2010, Chou i wsp. 2011), zespołu nadaktywności z upośledzeniem koncentracji uwagi (Breyer i wsp. 2009, Faregh i Derevensky 2011), zaburzeniami ze spektrum upośledzenia kontroli impulsów, zaburzeniami osobowości (Bagby i wsp. 2008, Premper i Schulz 2008) oraz innymi zaburzeniami mieszczącymi się w pojęciu szeroko rozumianych nałogów behawioralnymi (Hollender i Wong 1995, Grant i Steinberg 2005, Pallanti i wsp. 2006, d'Orsi i wsp. 2011, Villella i wsp. 2011).

Wyniki tych badań stały się podstawą do sformułowania kilku teorii:

-nałogi behawioralne są wtórne i wynikają z innych pierwotnych zaburzeń;

-nałogi behawioralne mogą prowadzić do innych zaburzeń;

-nałogi behawioralne są efektem tych samych lub podobnych mechanizmów etiologicznych, co występujących w innych współwystępujących zaburzeniach;

Pierwsze z tych teorii dotyczyły cech osobowości (głównie temperamentalnych) , które miały sprzyjać powstawaniu nałogów behawioralnych np. perfekcjonizmu w „pracoholizmie" lub osobowości typu D w różnych uzależnieniach od czynności (Ogińska-Bulik 2010, Ogińska-Bulik 2009), a także zaburzeń osobowości (Bagby i wsp. 2008, Blaszczynski 2012).

Stosunkowo nieliczna część badaczy skłania się ku tezie, że niektóre nałogi behawioralne, głównie patologiczne hazardowanie się, mogą powodować liczne kłopoty, których efektem są zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe i zwiększona suicydalność (Premper i Schulz 2008, Chou i Afifi 2011).

Chronologia występowania zaburzeń oraz przypisywana jej przez pacjentów sprawczość w patogenezie współwystępujących zaburzeń nie wyjaśnia jednak znacznej części przypadków. Stało się to podstawą do poszukiwania wspólnych ogniw patogenetycznych dwu i więcej zaburzeń, w tym nałogów behawioralnych.

Istotne znaczenie w patogenezie nałogów, w tym używania substancji psychoaktywnych odgrywa układ dopaminergiczny. Znaczącym dowodem na dopaminergiczną naturę nałogów behawioralnych były liczne obserwacje poczynione na pacjentach z chorobą Parkinsona. Choroba ta polega na upośledzeniu przekaźnictwa dopaminergicznego (co skutkuje m.in. drżeniem mięśniowym, wzmożonym napięciem mięśni, trudnościami w wykonywaniu różnych ruchów itp.), a leczenie polega na podawaniu środków zwiększających przekaźnictwo dopaminergiczne (głównie L-DOPA). U osób leczonych w ten sposób, oprócz poprawy stanu neurologicznego, zaobserwowano tzw. zespół dysregulacji dopaminergicznej, który polega m.in. na pojawieniu się nowych zachowań, czasami o znacznym, powodującym poważne kłopoty, nasileniu. Dotyczy to m.in. spektrum upośledzenia kontroli impulsów (Reiff i Jost 2011, Cerovalo i wsp. 2010, Cilia i van Elmeren 2011, Delaney i wsp. 2012, Kim i wsp. 2012, Tarrant i wsp. 2010, Voon i wsp. 2011, Weintraub i Potenza 2006, Wareham i Potenza 2010), hazardowania się, w tym o patologicznym nasileniu (Bortolato i wsp. 2012, D'Orsi i wsp. 2011, Tarrant i wsp. 2010), natręctwa (Cabrini i wsp. 2009, Wolters i wsp. 2008), kompulsywne objadanie się (Khan i Rana 2010), hyperseksualność (d'Orsi i wsp. 2011).

Zaburzenia te, czasami nazywane zespołem dysregulacji układu dopaminergicznego (Mizushima i wsp. 2012) ustępowały po leczeniu częściowym agonistą receptora dopaminowego D_2 - arypiprazolem (Mitzushima i wsp. 2012) lub

finasterydem (o pośrednim wpływie na przekaźnictwo dopaminergiczne (Bortolato i wsp. 2012). Podobne dobre wyniki uzyskano w kontrolowaniu pramipeksolem spowodowanego agonistami dopaminergicznymi kompulsywnego objadania (Khan i Rana (2010).

Obserwacje te skłaniają do przypuszczeń, że być może wrodzone lub wcześnie nabyte deficyty układu dopaminergicznego mogą wiązać się ze skłonnościami zarówno do uzależnień od substancji jak i nałogów behawioralnych.

Koncepcje integrujące

W myśl tych koncepcji zjawisko nałogów behawioralnych jest fenomenem złożonym, na który składa się wiele czynników i stosunkowo łatwo udowodnić związek miedzy występowaniem czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych, kulturowych i ekonomicznych. Jednak większość z tych badań opisuje tylko część złożonego patomechanizmu, a wyniki tych badań mogą być komplementarne, bądź z naświetlać zagadnienie z różnych punktów widzenia nie uzupełniając się nie musza przeszkadzać innym interpretacjom.

Koncepcje agnostyczne

Koncepcje agnostyczne zakładają, że na obecnym etapie wiedzy nie dysponujemy dostateczną wiedzą, aby forsować jakieś podejście, bądź skupiać się tylko na jednej koncepcji, choćby przyjmując sugerującą podejście jedną z nazw „nałogów behawioralnych”. Zwolennicy tego podejścia starają się jak najlepiej opisać i zrozumieć zjawiska kryjące się pod terminem nałogów behawioralnych

W szczególności dotyczy mniej opracowanych „nałogów behawioralnych” takich jak tzw. pracoholizm.

Poniekąd przejawem podejścia agnostycznego jest stanowisko Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, które większość nałogów behawioralnych (poza patologicznym hazardowaniem się) umieszcza w grupach o niejasnej pozycji nozologicznej.

Metody badawcze w zakresie rozpowszechnienia zjawiska i identyfikacji czynników ryzyka nałogów behawioralnych

Metody badawcze

Większość badań w tej dziedzinie dotyczy poszczególnych „nałogów behawioralnych", a nie wszystkich łącznie (Christo i wsp. 2003). Badania te będą przedstawione w rozdziałach dotyczących konkretnych nałogów.

Większość badań epidemiologicznych dotyczących nałogów behawioralnych posługuje się narzędziami diagnostycznymi i skalami przeznaczonymi do skriningu przeznaczonymi do konkretnych nałogów (Albrecht i wsp. 2007, Lelonek-Kuleta 2012).

Jednak w Niemczech opracowano oparty na ICD 10 TSM IV TR kwestionariusz Fragebogen zur Differenzierten Anamnese exzessiver Verhaltensweisen (FDAV) oceniający m.in. patologiczne hazardowanie się, pracoholizm i kompulsywne kupowanie (Grüsser i wsp. 2007), jednak nie został on opublikowany.

Jedną z nielicznych prac całościowo oceniających epidemiologię wielu zachowań nałogowych (ang.: *multiple addictive behaviours*) są badania Christo i wsp. (2003). Badacze ci opracowali narzędzie: The Shorter PROMIS Questionnaire (SPQ). Narzędzie składa się z 16 skal oceniających takie zachowania jak:

-używanie nikotyny,

-używanie rekreacyjnych substancji psychoaktywnych,

-używanie leków o właściwościach psychoaktywnych,

-hazardowanie się,

-zachowania seksualne,

-używanie kofeiny,

-objadanie się

-głodzenie się

-ćwiczenia fizyczne,

-robienie zakupów,

-pracowanie,

-stosunki dominujące lub podporządkowane,

-kompulsywne pomaganie (dominujące lub podporządkowane).

Każda skala składa się z 10 itemów, punktowanych od 0 do 5 pkt.

W badaniach przyjęto za punkt odcięcia dziewięćdziesiąty percentyl z badań normatywnych na 508 osobach. W ten sposób narzędzie prawidłowo identyfikowało 78-100% spełniających konkretne rozpoznania nałogów behawioralnych. Wykazano też inne zadawalające parametry psychometryczne tego narzędzia.

Rozpowszechnienie

Shorter PROMIS Questionnaire (SPQ) oraz dodatkowo The Internet Addiction Scale Younga (1998) użyli Pallanti i wsp. (2006) do oceny rozpowszechnienia różnych nałogów, głównie behawioralnych wśród dorosłych studentów. Podzielili oni pacjentów na 3 grupy:

-mieszczących się w górnych 2,5% wyników – „krańcowo nasilony problem”

-mieszczących się w górnych 5 % wyników – „poważny problem”

-mieszczących się w górnych 10% wyników – „znaczący problem”

Wybrane wyniki badań w SPQ i IAS Pallantiegio i wsp. (2006) zebrano w tabeli.

Nałóg	Krańcowo nasilony problem	Poważny problem	Znaczący problem
Głodzenie się		19%	19%
Nałogowe zakupy			14%
Nałogowe objadanie się		7%	13%
Uprawianie ćwiczeń fizycznych			13%
Nałogowe uprawianie seksu	11%	6%	
Hazardowanie się	16%		
Nałogowe korzystanie z Internetu (kryteria Younga)		5,4%	

Oczywiście, wyniki nie sumują się, by dać obraz rozpowszechnienia wszystkich zachowań nałogowych. Wprost przeciwnie, zarówno w badaniach Pallantiego i wsp. (2006) jak i w innych (np. dotyczących kompulsywnego kupowania i zbieractwa) (Vilella i wsp 2011) wykazano bardzo duże korelacje między nałogami behawioralnymi, tzn. jeśli rozpoznano jeden z nałogów behawioralnych, szanse na wystąpienie innych nałogów są u tej osoby większe niż w populacji ogólnej.

W innym włoskim badaniu 2853 studentów wyższych uczelni oceniano występowanie patologicznego hazardowania się (skala South Oaks Gambling Screen - Revised Adolescent – SOGS-RA), natrętne kupowanie (skala: the Compulsive Buying Scale - CBS), nałogowe uprawianie ćwiczeń (skala: the Exercise Addiction Inventory – EAI),, nałogowe używanie Internetu (skala: the Internet Addiction Test -

IAT), nałóg pracowania (skala: The Work Addiction Test - WART) (Villella i wsp. 2011). Stwierdzono występowanie:

- patologicznego hazardu u 7% badanych,
- natrętnego kupowania u 13%,
- nałogowego korzystania z Internetu u 1,2%,
- pracoholizmu u 7,6%,
- i nałogowego uprawiania ćwiczeń u 8,5%.

W innych włoskich badaniach na podobnej populacji (2790 studentów) stwierdzono:

-nałogowe używanie telefonów komórkowych u 6,3% osób,

Natomiast w badaniach amerykańskich nad występowaniem zaburzeń kontroli impulsów w populacji studentów (n=791) stwierdzono, że w ciągu całego życia takie zaburzenia wystąpiły u 10,4% osób, w tym trichotillomania u 3,92%, kompulsywne uprawianie seksu u 3,67%, kompulsywne kupowanie u 1,9%, piromania 1,01%, patologiczne hazardowanie się u 0,63% (Odlaug i Grant 2010).

Sussman i wsp. (2011) dokonali przeglądu piśmiennictwa dotyczącego rozpowszechnienia jedenastu nałogów: zarówno używania substancji, jak i nałogów behawioralnych. Analizowano 83 najlepsze metodologicznie prace i stwierdzono występowanie w ostatnim roku u 15%-61% populacji amerykańskich dorosłych. W ocenie autorów, z powodu nałogów cierpi ok. 47% tej populacji. Skłoniło to ich do refleksji na temat normy rozumianej zachowania większości.

Rozbieżności w wynikach badań wynikają w znacznej mierze z problemów metodologicznych. W większości badań wychodzi się z różnych koncepcji nałogów behawioralnych, a co z tym idzie: stosuje się inne narzędzia badawcze i przyjmuje

się inne punkty odcięcia patologii od normy. Różne są populacje badane: najczęściej dotyczą one studentów szkół wyższych, ale różnice nawet kilku lat powodują znaczne różnice wyników (Pallanti i wsp. 2006, Villella i wsp. 2011). Zmienny jest rozkład wg płci. Wyniki trudno rzutować na populację ogólną. Podkreśla się rolę dostępności do czynników „uzależniających", takich jak np. Internet (Pallanti i wsp. 2006).

W większości badań stwierdza się częstsze występowanie niektórych nałogów lub natręctw u mężczyzn (patologicznego hazardowania się, kompulsywnego uprawiania seksu, pracoholizmu), a innych u kobiet (kompulsywne kupowanie i objadanie się) (Palanti i wsp. 2006, Odlaug i Grant 2010, Villela i wsp. 2011).

Czynniki ryzyka

Prace dotyczące czynników ryzyka nałogów behawioralnych traktowanych jako całość są stosunkowo nieliczne. Znacznie więcej badań dotyczy konkretnych nałogów, czasami w pewnych polaczeniach z innymi nałogami (np. kompulsywnego kupowania i zbieractwa) lub innymi zaburzeniami (głównie z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych oraz zaburzeniami lękowi, depresyjnymi, zaburzeniami osobowości) (Erbas i Buhner 2012). Te czynniki ryzyka będą szerzej omówione w podrozdziałach dotyczących konkretnych nałogów lub natręctw.

Zwraca się uwagę, że liczne podobieństwa między uzależnieniami od substancji i nałogami behawioralnymi powinny zaowocować badaniami nad stwierdzeniem, czy czynniki te są podobne, czy odmienne, a jeśli odmienne - to powinno się je zidentyfikować (Bradley 1990).

Generalnie, czynniki ryzyka umownie dzieli się na indywidualne i środowiskowe.

Do tych pierwszych zalicza się czynniki biologiczne (wrodzone lub nabyte) i wynikające z nich temperamentalne cechy osobowości, oraz czynniki osobowościowe, które ukształtowały się pod wpływem szeroko rozumianych czynników środowiskowych.

W dyskusjach nad nową klasyfikacją DSM-5 podkreśla się, że jest wiele podobieństw między przynajmniej niektórymi nałogami behawioralnymi a nałogowym używaniem substancji (Frascella i wsp. 2010). Autorzy ci przytaczają szereg dowodów na to, że występuje wspólna podatność na uzależnienia od substancji psychoaktywnych i uzależnienie niesubstancjonalne. W szczególności ma to dotyczyć patologicznego hazardowania się, otyłości, seksu, romantycznej miłości (czynniki te będą omówione przy okazji tych nałogów).

Na rolę czynników osobowościowych w patogenezie różnych nałogów behawioralnych (uzależnienia od czynności) zwraca uwagę Ogińska-Bulik (2010).

Autorka ta badała wpływ osobowości D (tzw. „osobowości stresowej”) polską adaptacją narzędzia: DS14 (Denollet 2005). Wykazała, że wymiary osobowość typu D wiążą się z większą skłonnością do pracoholizmu, zakupoholizmu, jedzenioholizmu, natomiast nie wiążą się z częstszym występowaniem uzależnienia od Internetu. W wielu przypadkach zależności te miały charakter złożony (różny stopień i kierunek korelacji różnych wymiarów osobowości D) (Ogińska-Bulik 2010).

Profilaktyka

Nie znaleziono prac naukowych, które wprost zajmowałyby się profilaktyką nałogów behawioralnych jako całości.

W części prac znajdują się ogólne wnioski o charakterze postulatywnym. Np. z badań nad osobowością predysponująca do niektórych nałogów behawioralnych wynika, że wynika, że w programach, których celem jest zapobieganie zachowaniom nałogowym u młodzieży, powinno się uwzględniać: uczenie regulowania własnych emocji, nabywanie umiejętności radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami, zmiany emocji negatywnych w pozytywne i wykorzystanie ich do własnego rozwoju (Ogińska-Bulik 2010). Są to oddziaływania niespecyficzne, często zawarte w programach zapobiegania używaniu substancji psychoaktywnych (Pott i Schmid 2002).

Programy nacelowane na zapobieganie konkretnym nałogom zostaną przedstawione w odpowiednich rozdziałach raportu.

Terapia

Podobnie jak w przypadku profilaktyki, również i w terapii nałogów behawioralnych brak jest leczenia nacelowanego na wszystkie nałogi behawioralne, natomiast podejmowane jest szereg prób farmako- i psychoterapii adresowanych do konkretnych nałogów.

Stosunkowo najpowszechniej stosowane są oddziaływania psychoterapeutyczne oparte o ruchy samopomocowe i model Minnesota, jednak w nikłym stopniu opisane są językiem naukowym, a jeszcze rzadziej ocenia się ich skuteczność.

Inna duża grupa oddziaływań psychoterapeutycznych wywodzi się z koncepcji behawioralno-poznawczych i technik stosowanych w leczeniu natręctw. W stosunku do części nałogów behawioralnych stosuje się modyfikacje tych programów, choć trzon założeń pozostaje ten sam. Stopień zaawansowana oceny skuteczności

programów psychoterapii nałogów behawioralnych jest zróżnicowany w zależności od ich rodzaju, ale ogólnie jest niezadawalający.

Efekty programów psychoterapeutycznych są opisane w rozdziałach dotyczących konkretnych nałogów.

Podobnie ma się rzecz z farmakoterapią. Nie podejmowano prób leczenia wszystkich nałogów behawioralnych. Stopień zaawansowania tych badań jest zróżnicowany w zależności od nałogu (stosunkowo najwięcej badań dotyczy patologicznego hazardu, w innych nawet nie podejmowano farmakoterapii).

Farmakoterapia opiera się na koncepcjach nałogów behawioralnych. Tam gdzie przyjmuje się koncepcję addyktywną, stosuje się leki stosowane w uzależnieniach od substancji (np. leki blokujące receptor opioidowy (naltrekson, nalmefen) celem przerwania błędnego koła pozytywnego wzmacniania. Gdy nałogi behawioralne interpretuje się jako zaburzenia ze spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych lub zaburzeń kontroli impulsów, jest to podstawą do stosowania leków zwiększających przekaźnictwo serotoninergiczne. Ostatnio zwraca się uwagę na współwystępowanie nałogów behawioralnych z ADHD, a co za tym idzie potencjalną możliwość używania leków stymulujących.

Stosunkowo dobre wyniki leczenia zachowań nałogowych obserwuje się w przypadkach, gdy są one wtórne do innych chorób i zaburzeń, w których farmakoterapia przynosi zadawalające wyniki (Pallanti i wsp. 2011).

Generalnie próby farmakoterapii nałogów behawioralnych cechują się niedostateczną metodologią (doniesienia kazuistyczne lub małe grupy, brak grup kontrolnych, krótki okres obserwacji, brak wyników katamnestycznych), choć część z nich jest zachęcająca do dalszych, bardziej poprawnych metodologicznie badań. Gdy

takie badania są wykonane, często efekt terapii zanika w związku z faktem zaskakująco dobrych wyników w grupach kontrolnych, w tym otrzymujących placebo. Dla części badaczy mizerne wyniki farmakoterapii są dowodem na niedostateczną konceptualizację nałogów behawioralnych i fałszywą medykalizację problemów.

Piśmiennictwo

1. Alavi SS, Ferdosi M, Jannatifard F, Esiami M, Alaghermandan H, Setare M (2012) Behavioral addiction versus substance addiction: correspondence of psychiatric and psychological views. International Journal of Preventive Medicine, 3: 290-294
2. Albrecht U, Kirschner NE, Grüsser SM (2007) Diagnostic instruments for behavioural addiction: an overview. GMS Psycho-Social-Medicine, 4: 1-11
3. Allegre B, Souville M, Terme P, Griffiths M (2005) Definitions and measures of exercise dependence. Addiction Research and Theory, 14: 631-646
4. Alexander BK (2009) Addiction or existential malaise? Same or different? Addiction Research and Theory, 17: 109-112
5. Antony MM (2005) Measures for obsessive-compulsive disorder. Chapter 17, 219-243
6. Bagby RM, Vachon DD, Hon BS, Bulmash E, Quality LC (2008) Personality disorders and pathological gambling: a review and re-examination of prevalence rates. Journal of Personality Disorders, 22: 191-207
7. Bini V, Puligheddu M, Marrosu F (2012) Finasteride attenuates pathological gambling in patients with Parkinson disease. Journal of Clinical Psychopharmacology, 32: 424-425
8. Binkmann J (2004) Looking at consumer behavior in a moral perspective. Journal of Business Ethics, 1-13
9. Black DW, Belsaare G, Schlosser S (1999) Clinical features, psychiatric comorbidity and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior. Journal of Clinical Psychiatry, 60: 839-844
10. Blaszczynski A, Nower L (2002) A pathways model of problem and pathological gambling. Addiction, 87: 487-499
11. Blum K, Braverman ER, Holder JM, Lubar JF, MonastraVJ, Miller D, Lubar JO, Chen TJ, Comings DE (2000) Reward deficiency syndrome. A biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. Journal of Psychoactive Drugs, 32: supl. i-iv 1-112

12. Boudreau A, Labrie R, Schaffer HJ (2009) Towards DSM-V: 'Shadow syndrome' symptom patterns among pathological gamblers. Addiction Research and Therapy, 17: 406-419
13. Bradley BP (1990) Behavioural addictions: common features and treatment implications. British Journal of Addiction, 85: 1417-1419
14. Brauser D (2012) DSM-5, Addiction among hot topics at ECNP 2012. Medscape Oct 12,
15. Brauser D (2012) Experts react to DSM-5 approval. www.medscape.com/viewarticle/775526
16. Brewer JA, Potenza MN (2008) The neurobiology and genetics of impulse control disorders: relationships o drug addiction. Biochemistry and Pharmacology, 75: 63-75
17. Cabrini S, Baratti M, Bonfa F, Cabri G, Uber E, Avanzi M (2009) Preliminary evaluation of the DDS-PC inventory: a new toll to assess impulsive-compulsive behaviours associated to dopamine replacement therapy in Parkinson's disease. Neurological Sciences, 30: 307-313
18. Ceravolo R, Frosin ID, Rossi C, Bonuccelli U (2010) Spectrum of addictions in Parkinson's disease: from dopamine dysregulation syndrome to impulse control disorders. Journal of Neurology, 257: supl 2, 276-283
19. Chou KL, Afifi TO (2011) Disordered (pathologic or problem) gambling and axis I psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. American Journal of Epidemiology, 173: 1289-1297
20. Christo G, Jones SL, Haylett S, Stephenson GM, Lefewer RM, Lefever R (2003) The Shorter PROMIS Questionnaire: Further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addictive behaviours. Addictive Behaviors, 28: 225-248
21. Cillia R., van Eimeren T (2011) Impulse control disorders in Parkinson's disease: seeking a roadmap toward better understanding. Brain Structure and Function, 216: 289-299
22. Conrad P (1992) Medicalization and a social control. Annual Review of Sociology, 18: 209-232

23. Curras-Perez R, Migiel-Romero MJ, Ruiz-Mafe C, Sanz-Blas S (2011) The role of parasocial interaction and teleparticipation on teleshopping behaviour. W: Okazaki S (red.): Advances in Advertising Research, t. 2, Gabler Vrlg/\Springer Fachmedien, Wiesbaden, 191-213
24. Dannon PN (2010) The 21st century and reevaluation of impulse control disorders. Frontiers in Psychiatry March 2010, vol 1, article 8
25. Deleaney M, Leroi I, Simpson J, Overton PG (2012) Impulse control disorders in Parkinson's disease: a psychosocial perspective. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 19: 338-346
26. Demetrovics Z (2009) Co-morbidity of drug addiction: an analysis of epidemiological data and possible etiological models. Addiction Research and Theory, 17: 420-431
27. Demetrovics Z, Griffith MD (2012) Behavioral addictions: Past, present and future. Journal of Behavioral Addictions. 1: 1-2
28. Dittmar H (2005) Compulsive buying - a growing concern? An examination of gender, age and endorsement of materialistic values as predictors. British Journal of Psychology, 96: 467-491
29. d'Orsi G, Demalo V (2011) Pathological gambling plus hypersexuality in restless legs syndrome: a new case. Neurological Sciences, 32: 707-709
30. Elliott R (1994) Addictive consumption: Function and fragmentation in postmodernity. Journal of Consumer Policy, 17: 159-179
31. Erbas B, Buchner UG (2012) Pathological gambling. Deutsches Ärzteblatt International, 109: 173-179
32. Fainsinger RL, Thai V, Frank G, Fergusson J (2006) What's in a word? Addiction versus dependence in DSM-V. American Journal of Psychiatry, 163: 2014-2015
33. Fenichel O (1945) The Psychoanalytic Theory of Neurosis. Norton & Company, New York
34. Fowler JS, Volkow ND, Kassed CA, Chang L (2007). Imaging the addicted human brain. Science & Practice Perspectives, 4-16

35. Frascella J, Potenza MN, Brown LL, Childress AR (2010) Shared brain vulnerabilities open the way for nonsubstance addictions: Carving addiction at a new joint? Annals of the New York Academy of Sciences. 1187: 294-315
36. Gescheidt T, Czekova K, Urbanek T, Marecek R, Mikl M, Kubikova R, Telecka S, Andrlova H, Husarova I, Bares M (2012) Iowa gambling task in patients with early-onset Parkinson's disease: strategy analysis. Neurological Sciences, 2012 Springer
37. Goldman MJ (1992) Kleptomania: An overview. Psychiatric Annals, 22: 68-71
38. Goodman A (1990) Addiction: definition and implications. British Journal of Addiction, 85: 1402-1408
39. Grant JE, Potenza MN (2006) Compulsive aspects of impulse-control disorders. Psychiatric Clinic of North America, 29: 539-550
40. Grant JE, Potenza MN, Weinstsein A, Gorelick DA (2010) Introduction to behavioral addictions. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 36: 233-241
41. Grant JE, Steinberg MA (2005) Compulsive sexual behavior and pathological gambling. Sexual Addiction & Compulsivity, 12: 235-244
42. Griffith MD (1996) Behavoural addiction: An issue for everypody? Journal of Workplace Learning, 8: 19-25
43. Griffith MD (2005) A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework, Journal of Substance Use, 10: 191-197
44. Griffith M, Wardle H, Orford J, Sproston K, Erens B (2011) Internet gambling, health, smoking and alcohol use: finding from the 2007 British Gambling Prevalence Survey. International Journal of Mental Health Addiction, 9: 1-11
45. Grüsser SM, Mörsen C, Thalemann R, Albrecht U (2007) Fragebogen zur differenzierten Anamnese exzessiver Verhaltensweisen (FDAV) (niepublikowany maszynopis)
46. Grüsser SM, Poppelreuter S, Heinz A, Albrecht U, Saß H (2007) Verhaltenssucht. Eine eigenständige diagnostische Einheit? Nervenarzt, 78: 997-1002

47. Hagedorn WB (2009) The call for a new Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders diagnosis: addictive disorders. Journal of Addictions & Offender Counseling, 29: 110-127
48. Holden C (2001) ‘Behavioral’ addictions: Do they exist? Science, 294: 980-982
49. Holden C (2010) Psychiatry. Behavioral addictions debut in proposed DSM-V. Science, 327: 355-358
50. Hollander E, Wong CM (1995) Body dysmorphic disorder, pathological gambling and sexual compulsions. Journal of Clinical Psychiatry, 56: supl 4, 7-12
51. Hollander E, Berlin HA, Phil D, Stein DJ (2010) Impulse control disorders. W: W: Hales RE, Yudofsky SC Gabbard GO (red.): Textbook of Psychiatry, American Psytchiatric Publishing, Washington.
52. Hollander E, Berlin HA, Phil D, Stein DJ (2012) Zaburzenia kontroli impulsów niesklasyfikowane w innym miejscu. W: Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO (red.): Psychiatria. T III, Medipage, Warszawa,117-164
53. Karim R, Choudhri P (2012) Behavioral addictions: An overview. Journal of Psychoactive Drugs, 44: 5-17
54. Kato TA, Tateno M, Shinfuku N, Fujisawa D, Teo AR, Sartorius N, Akiyama T, Ishida T. Does the “hikikomori” syndrome of social withdrawal exit outside Japan? A preliminary internataional investigation. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47: 1061-1075
55. Khan W, Rana AQ (2010) Dopamine agonist induced compulsive eating behaviour in a Parkinson’s disease patient. Pharmacological World Sciences, 32: 114-116
56. Kim SW (1998) Opioid antagonists in the treatment of impulse-control disorders. Journal of Clinical Psychiatry, 59: 159-164
57. Kim J, Kim M, Kwon DY, Seo WK, Kim JH, Baik JS, Koh SB (2012) Clinical characteristics of impulse control and repetitive behavior disorders in Parkinson’s disease. Journal of Neurology,
58. Kruedelbach N, Walker HI, Chapman HA, Haro G, Meteu C, Leal C (2006) Comorbidity on disorders with loss of impulse-control: pathological gambling, addictions and personality disorders. Actas Espagniol Psiquitric. 34: 76-82

59. Kuzma JM, Black DW (2004) Compulsive disorders. Current Psychiatry Reports, 6: 58-65
60. Larkin M, Wood RTA, Griffiths MD (2006) Towards addiction as relationship. Addiction Research and Theory, 14: 207-215
61. Lee S, Mysyk A (2004) The medicalization of compulsive buying Social Science & Medicine, 58: 1709-1718
62. Lelonek-Kuleta B. Uzależnienie od czynności – zdefiniowanie pojęcia, specyfika problemu oraz kierunki diagnozy. Serwis Informacyjny Narkomania 2012, 1 (57), 13-18
63. Lemon J (2002) Can we call behaviours addictive? Clinical Psychologist, 44-49
64. Mageaue GA, Vallerand RJ, Charest J, Salvy S-J, Lacalle N, Bouffard T, Koestner R (2009) On the development of harmonious and obsessive passion: The role of autonomy support, activity specialization, and identification with the activity. Journal of Personality, 77: 601-645
65. Manolis C, Roberts JA (2012) Subjective well-being among adolescent consumers: the effects of materialism, compulsive buying and time affluence. Applied Research Quality Life, 7: 117-135
66. Marks I (1990) Reply to comments on ‘behavioural (non-chemical) addictions’ British Journal of Addiction, 85, 1429-1431
67. Martin PR, Petry NM (2005) Are non-substance-related addictions really. addictions? American Journal on Addictions, 14: 1-7
68. Mate G (2008) In the Realm of Hungry Ghost: Close Enhcounters with Addiction. Knopf Canada
69. Matsumoto T (2012) Understanding a new conception of addiction in current clinical practice. Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi 2012 47: 13-23
70. Mazurkiewicz J. (1950) Wstęp do psychofizjologii normalnej. Ewolucja aktywności korowo-psychicznej. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Sztokholm-Warszawa , t. I
71. Miller SC (2006) Language and addiction. American Journal of Psychiatry, 163: 2015-2015

72. Mizushima J, Takahata K, Kawashima N, Kato M (2012) Successful treatment of dopamine dysregulation syndrome with dopamine D2 partial agonist antipsychotic drug. Annals of General Psychiatry, 11: 19-21
73. Modolo VB, Antures HKM, de Gimenez PRB, De Mello Santiago ML, Tufik S, de Mello MT (2011) Negative addiction to exercise: are there differences between genders? Clinics, 66: 255-260
74. Moskalewicz J (2012) Uzależnienia behawioralne - nowe wyzwanie. Biuletyn Informacyjny Narkomania 5:59
75. Odlaug BL, Grant JE (2010) Impulse-control disorders in a college sample: results from the self-administered Minnesota Impulse Disorders Interview (MIDI). The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry,12 (2)
76. Ogińska-Bulik N (2010) Osobowość typu D a ryzyko uzależniania od czynności. Psychiatria, 7: 11-24
77. Ogińska-Bulik N (2010) Uzależnienie od czynności. Mit czy rzeczywistość? Difin, Warszawa
78. Otter M, Black WB (2007) Two cases of compulsive buying behavior in mentally challenged persons. Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, 9: 6
79. Pacula RL, Chaloupka FJ (2001) The effects of macro-level interventions on addictive behavior. Substance Use & Misuse, 36: 1902-1922
80. Pallanatai S, Bernardi S, Quercioli L (2006) The shorter PROMIS Questionnaiare and the Internet Addiction Scale in the assessment of multiple addictions in a high-school population: prevalence and related disability. CNS Spectrum,11: 966-974
81. Pallanti S, Grassi G, Sarrecchia ED, Contisani A, Pellegrini M (2011) Obsessive-compulsive disorder comorbidity: clinical assessment and therapeutics implications. Frontiers in Psychiatry, 2: art 70, 1-11
82. Peele S (2000) What addiction is and is not: the impact of mistaken notions of addiction. Addiction Research, 8: 599-607
83. Petry NM (2006) Should the scope of addiction behaviors be broadened to include pathological gambling? Addiction, 101: supl. 1, 152-160

84. Petry NM (2007) Gambling and substance use disorders: current status and future directions. American Journal of Addiction, 16: 1-9
85. Potenza MN (2006) Should addictive disorders include non-substance-related conditions. Addiction, 101: supl.1, 142-151
86. Potenza MN, Koran LM, Pallanti S (2009) The relationship between impulse control disorders and obsessive-compulsive disorder: a current understanding and future research directions. Psychiatry Research, 170: 22-31
87. Pott E, Schmid H (2002) Suchtprävention durch Gesundheitserziehung und Aufklärung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesudheitsschutz, 45: 943-951
88. Pyle TM, Bridges AJ (2012) Perceptions of relationship satisfaction and addictive behavior: Comparing pornography and marihuana use. Journal of Behavioral Addictions, 1: 171-179
89. Reiff J, Jost WH (2011) Drug-induced impulse control disorders in Parkinson's disease. Journal of Neurology, 258: supl 2, 322-327
90. Rendi M, Szabo A, Szabo T (2007) Exercise and Internet addiction: communalities and differencies between two problematic behaviours. International Journal of Mental Health addiction, 5: 219-232
91. Rhodes T, Fitzgerald J (2006) Visual data in addictions research: seeing comes before words? Addiction Research and Theory, 14: 349-363
92. Rome HP (1992) Personal reflections: impulse control disorders. Psychiatric Annals, 22: 58-59
93. Ruiz-Olivares R, Lucena V, Pino MJ, Herruzo J (2010) Analysis of behavior related to use of the Internet, mobile telephones, compulsive shopping and gambling among university students. Adicciones, 22: 301-310
94. Schmitz JM (2005) The interface between impulse-control disorders and addictions: are pleasure pathway responses shared neurobiological substrates? Sexual Addiction & Compulsivity, 12: 149-168
95. Shaffer HJ (1997) The most important unresolved issue in the addictions: conceptual chaos. Substance Use & Misuse, 32: 1573-1580

96. Shafffer HJ, LaPlanaatae DA, Labrie RA, Kidman RC, Donato AN, Stanton MV (2004) Toward a syndrome model of addiction: multiple expressions, common etiology. Harvard Review in Psychiatry, 12: 367-374
97. Spencer DJ (3009) The oil dependence syndrome. Addiction Research and Theory,17: 446-449
98. Sussman T, Lisha N, Griffiths M (2011) Prevalence of the addictions: a problem of the majority or the minority? Evaluation of Health Profesionalists, 34: 3-56
99. Sussman S, Sussman AN (2011) Considering the definition of addiction. International Journal of Environmental Research on Public Health, 8: 4025-4038
100. Taber KH, Black DB, Porrino LJ, Hurley RA (2012) Neuroanatomy of dopamine: Reward and addiction. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience, 24:1-5
101. Tarrant N, Cavanna AE, Rickeards H (2010) Pathological gambling associated with modafinil. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience, 22: E27-E28
102. Toneatto T, Sinner W, Dragonetti R (2002) Patterns of substance use in treatment-seeking problem gamblers: impact on treatment outcomes. Journal of Clinical Psychology, 58: 853-859
103. Topf JL, Yip SW, Potenza MN (2009) Pathological gambling: Biological and clinical considerations. Journal of Addiction Medicine, 3: 111-119
104. Trafton JA, Gifford EV (2008) Behavioral reactivity and addiction: the adaptation of behavioral response to reward opportunities. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience, 20: 23-35
105. Tullis K (1998) A theory of suicide addiction. Sexual Addiction & Compulsivity, 5: 311-324
106. Turner SM, Beidel DC, Stanley M, Heiser N (2001) Obsessive-compulsive disorder. W: Sutker PB, Dams HE (red.): Comprehensive Handbook of Psychopatology, Kluwer Academic / Plenum Publishers, New York, 155-182

107. Van den Brink W (2012) Evidence-based pharmacologicl treatment of substance use disorders and pathological gambling. Current Drug Abuse Review, 5: 3-31
108. Villella C, Martinotti G, Di Nicola M, Cassano M, La Torre G, Gliubizzi MD, Messeri I, Petruccelli F, Bria P, Janiri L, Conte G (2011) Behavioural addictions in adolescents and young adult: results from a prevalence study. Journal of Gambling Studies, 27: 203-214
109. Voon V, Schoerling A, Wenzel S, Ekanayake V, Reiff J, Trenkwalder C, Sixel-Doring F (2011) Frequency of impulse control behaviours associated with dopaminergic therapy in restless legs syndrome. BMC Neurology, 11:117
110. Wareham JD, Potenza MN (2010) Pathological gambling and substance use disorders. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 36: 242-247
111. Waxler N (1980) The social labeling perspectives on illness and medical practice. W: Eisenberg L, Kleinmna A (red.): The Rlevance of Social Science for Medicine, Reidel Publ. Co, Dordrecht,283-306
112. Weintraub D., Potenza N (2006) Impulse control disorders in Parkinson's disease. Current Neurology and Neuroscience Reports, 6: 302-306
113. Westphal J (2007) Emerging conceptual models of excessive behaviors. International Journal of Mental Health Addiction, 5: 107-116
114. Westphal JR (2008) Pathological gambling: psychiatric models. International Journal of Mental Health Addiction, 6: 602-618
115. Wolters EC (2008) Parkinson's disease-related disorders in the impulsive-compulsive spectrum. Journal of Neurology, 255: 48-56
116. Valleur M, Velea D (2002) Les addictions sans drogue(s). Revue Toxibase, 8:

Patologiczny hazard

Patologiczny / nałogowy hazard

Synonimy: nałogowy hazard, „gambling", uzależnienie od hazardu, hazard kompulsyjny, hazard patologiczny, patologiczne hazardowanie się, patologiczne ryzykowne zakładanie się

Definicja i obraz zjawiska

Hazardowanie się (*gambling*) zdefiniowane zostało jako zachowanie lub zespół zachowań ryzykownych składających się na kombinację pomiędzy umiejętnościami, a tzw. szczęściem, której rezultatem jest wygrana lub przegrana (Kassinove 1996). Hazard jest zjawiskiem powszechnym, jego dowolne formy można zauważyć w każdej kulturze. Odbywa się zarówno w postaci zgodnej jak i niezgodnej z prawem (Bolen 1976, Custer 1985).

Badania archeologiczne dostarczyły dowodu na hazard z okresu 3500 roku p.n.e. Był to ówczesny pierwowzór gry „nomen omen" w kości. Znaleziono kość skokową owcy lub jelenia, której zaletą w porównaniu do innych kości, jest wysoka odporność na uszkodzenia mechaniczne, brak szpiku oraz stosowny kształt (Nightingale 1962). Kości te znajdywano w różnych miejscach całego świata, a gry z ich użyciem były do siebie zbliżone, m.in. greckie wazy przedstawiały ilustracje mężczyzn rzucających kości do zarysowanego wcześniej okręgu (Bernstein 1996).

W Europie gry w kości zostały spopularyzowane wraz z wyprawami krzyżowymi. W tym okresie w kulturze europejskiej pojawił się po raz pierwszy termin hazard, jako nazwa dla gry w kości. Termin ten wywodził się z wyrażenia „*al Zahr*", arabskiego słowa określającego „kostki do gry" (Nightingale 1962), co nadaje ciekawego znaczenia angielskiemu tłumaczeniu słów „hazard" = "niebezpieczeństwo, zagrożenie" (PWN 2011). Gry karciane wywodzą się z Azji, wprost z kart

wróżebnych, które do czasu wynalezienia druku nie zyskały popularności w Europie. Historia gry w pokera, jednej z najpopularniejszych aktualnie gier karcianych sięga około 170 lat (Bernstein 1996).

Do współczesnych, powszechnie stosowanych gier hazardowych należą różnego rodzaju loterie, zakłady bukmacherskie (wyścigi koni, psów, rozgrywki sportowe, wyniki wyborów, wyniki konfrontacji sportów walki i walk zwierząt) oraz szeroko rozumiane gry w kasynach (Black Jack, ruletka), w tym również gry towarzyskie umożliwiające zdobywanie pieniędzy (gry karciane np. „w tysiąca" lub szachy). W okresie ostatniego dwudziestolecia nastąpiło gwałtowne zwiększenie dostępności, a wraz z nim zwiększenie szkodliwości gier na tzw. automatach. Wraz z popularyzacją i wzrostem dostępności do internetu doszło do ekspansji hazardowych usług internetowych. Inwestowanie na giełdzie papierów wartościowych jest jednym z najmniej piętnowanych społecznie form zakamuflowanego hazardu (Granero 2012). Ogólna ocena znaczenia gamblingu nie jest ostatecznie jednoznaczna. Korzyści z opodatkowanych legalnych gier hazardowych stanowią istotny wpływ do budżetu Państwa, województwa lub gminy. W Polsce w latach 2003-2008 wpływy do budżetu z tytułu podatku od gier i zakładów wzajemnych zwiększyły się ponad dwukrotnie: z około 696 mln zł w 2003 roku do 1 mld 405 mln zł w 2008 roku (*Elżbieta Suchocka-Roguska, wiceminister finansów, wypowiedź z dnia 17.11.2009*). W ostatnich latach dostępność legalnego hazardu zwiększa się na skalę bezprecedensową. W krajach, w których ze względów religijnych lub kulturowych dla obywateli tych państw gambling jest zakazany, otwierane są kasyna wyłącznie dla obcokrajowców (np. Malezja, Chiny, Południowa Korea). Chęć szybkiego wzbogacenia się i posiadania jest pragnieniem, dążeniem ponadkulturowym. Donosi się również o prawdopodobnie

korzystnym wpływie gier typu *bingo* na funkcje poznawcze osób w wieku podeszłym (Freiberg 1995), czy zwiększenie zdolności do samokontroli, opisane w krótkoterminowych obserwacjach pośród problemowych hazardzistów (Bergen 2012).

Pośród osób grających, pewna grupa osób cechuje się predyspozycją do nadmiernego grania, w konsekwencji u tych osób rozwija się patologiczne hazardowanie się. Czas od rozpoczęcia grania do utraty kontroli nad nim jest różny, mogą to być zarówno miesiące jak i lata. Zwiększenie dostępności, a także znaczne zmniejszenie trudności wzięcia udziału w grach hazardowych wywiera szkodliwy wpływ na zdrowie publiczne, co w 1970 roku opisał Moran, wykazując w swych badaniach związek między większą dostępnością gier, a zwiększeniem liczby osób uzależnionych (Moran 1970). Kilka lat później zauważono z kolei związek między ustawowym ograniczaniem i sankcjonowaniem rozpowszechniania gier hazardowych, a paradoksalnym i znacznym wzrostem ilości wtórnych do prawnych ograniczeń podziemnych gier nielegalnych (Bolen 1976). Urządzanie i prowadzenie działalności hazardowej Polsce reguluje ustawa z dnia 19 listopada 2009 roku o grach hazardowych wraz z jej późniejszymi zmianami (Dz. U. 2011). Zwiększeniu dostępności do legalnego hazardu towarzyszy wzrost częstości występowania problemowego i patologicznego gamblingu u dorosłych i nieletnich (Korn 1999).

Od końca XIX wieku „uzależnienie" od hazardowania się – gambling patologiczny, rozumiane coraz wyraźniej jako uzależnienie niesubstancjalne lub behawioralne stało się zjawiskiem dość znanym i szeroko opisywanym przez ekspertów. Piśmiennictwo w tym obszarze jest relatywnie obfite, aczkolwiek wraz z rozwojem poglądów, stałym udoskonalaniem procedur diagnostycznych,

precyzowaniem myśli nozologicznej oraz dostępem do coraz bardziej precyzyjnie definiujących zjawisko badań, w tym również badań populacyjnych, publikacje nad gamblingiem zaczynają tworzyć nieprzejrzysty chaos informacyjny.

Aktualny obraz klasyfikacji zaburzeń związanych z hazardem, kryteriów diagnostycznych i interpretacji zjawiska, zdefiniowania hazardu patologicznego jest zróżnicowany. Pośród dostępnej literatury specjalistycznej uwagę skupiono głównie na dwóch kategoriach zaburzeń związanych z hazardowaniem się: hazardzie patologicznym i hazardzie problemowym.

Hazardowanie się – rozwój zaburzenia jako *continuum* (Shaffer, Hall, Vander Bild 1997, 1999)

Proces jakiemu podlega rozwój wytworzenia reakcji nałogowej u dowolnej osoby przebiega zgodnie z poniższym schematem, gdzie każdy następny poziom wymaga zaistnienia poprzedniego, a zadaniem leczenia jest dążenie do odwrócenia tego procesu. Profilaktyka spełnia swoje zadania powstrzymując gracza przed przejściem na wyższy poziom. Poniższe kategorie są kategoriami umownymi, nie zawsze znajdującymi uznanie pośród klinicystów, ze względu na przenikanie się i nakładanie ich kryteriów.

Poziom 0 - odpowiada modelowi pełnej abstynencji. Zaliczane są tutaj osoby, które nigdy wcześniej (w okresie całego życia) nie podjęły żadnej gry zakładowej (np. nie nabyły dowolnego kuponu loteryjnego, zakładu sportowego, nie wrzuciły monety do automatu). Podtyp gracza poziomu 0 ostatniego roku – to osoby spełniające powyższe kryteria w odniesieniu do minionych 12 miesięcy.

Poziom 1 – termin ten odnosi się do graczy „społecznych", „rekreacyjnych", grających incydentalnie, dla przyjemności, których aktywność nie skutkuje

powstaniem jakichkolwiek znaczących problemów, szkód. W tej kategorii mieści się znaczna część populacji, a częstość grania jest różna (np. kupowanie 1 kuponu na rok, do 1 kuponu dziennie). Kryterium rozstrzygającym między poziomem 1, a 2 hazardowania się jest występowanie szkód związanych z graniem.

Poziom 2 – w tej grupie umieszczeni są gracze, których intensywność grania i zakładania się wzrosła do poziomu wywoływania skutków w postaci trudności i szkód związanych z graniem. Hazardowanie się graczy na tym poziomie określane jest poprzez synonimy – ryzykowne, problemowe, szkodliwe, przy czym należy zwrócić uwagę na to, że problemowy, szkodliwy hazard spełnia definicję również poziomu 3, a ryzykowne hazardowanie się właściwie mieści się pomiędzy kategoriami poziomu 1 i 2. Do problemów, szkód związanych z graniem zalicza się począwszy od poczucia winy i upomnień ze strony otoczenia, poprzez przeznaczanie części budżetu domowego na granie, a skończywszy na powstawaniu zadłużenia i dalszych jego konsekwencji. W przeciwieństwie do uzależnień od substancji, gdzie nadużywanie substancji stanowi próg diagnostyczny dla uzależnienia, poziom 2 hazardowania się nie jest ujęty w klasyfikacji DSM-IV. Mimo, iż nie stanowi on praktycznego celu oddziaływań klinicystów, stanowi ważny punkt interwencji w profilaktyce pogłębienia zaburzenia i rozwinięcia nałogu hazardu patologicznego.

Poziom 3 – kategoria hazardowania się, w której spełnione są kryteria rozpoznania dla hazardu patologicznego DSM-IV, a szkody wynikające z grania są na tym etapie jednoznaczne, dotykające wszelkich wymiarów funkcjonowania gracza, zarówno dotyczących zdrowia ogólnego, współwystępowania innych zaburzeń, w tym uzależnień od substancji i zaburzeń psychicznych, dalej szkody dotykają sytuacji

społecznej, rodzinnej grającego, a na narastających długach, zagrożeniu czynami zabronionymi, konfliktami z prawem i światem przestępczym skończywszy.

Hazard problemowy i patologiczny. Współczesna definicja i kryteria rozpoznania

Hazard problemowy („gambling" problemowy, problemowe hazardowanie się), to określona w nieformalny sposób kategoria, często opisywana w piśmiennictwie, zwyczajowo rozumiana jako mniej uciążliwa postać zaburzeń związanych z hazardowaniem się. Pomimo, iż kategoria ta nie jest uwzględniona w systemach klasyfikacyjnych DSM-IV i ICD-10, znaczna część dostępnych współcześnie narzędzi diagnostycznych odnosi się właśnie do niej. W 1997 roku podczas Victorian Casino and Gambling Authorithy zaproponowano definicję problemowego hazardowania się. W definicji tej większą uwagę skupiono na szkodach wynikających z grania, niż na samych objawach. Hazard problemowy dotyczy osób, które w wyniku czynności związanych z uprawianiem hazardu ponoszą coraz większe szkody i/lub członkowie ich rodzin, a stan ten może ulec dalszemu rozszerzeniu na grupę środowiskową wokół gracza (VCGA 1997).

Hazard patologiczny (nałogowy, kompulsyjny, patologiczne hazardowanie, zakładanie się) to zdefiniowane medycznie zaburzenie, z dostępnymi aktualnie kryteriami diagnostycznymi opisanymi zarówno w klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – DSM-IV TR (APA 2000), jak i w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (WHO 1992). Oba systemy klasyfikacyjne opisują zjawisko gamblingu z perspektywy ateoretyczności (co oznacza, iż wymieniają wyłącznie kryteria diagnostyczne obiektywne i behawioralne), oraz zaliczają hazard patologiczny do spektrum zaburzeń kontroli impulsów. Od roku 1980 uzależnienie od hazardu

klasyfikowane jest (DSM-III/IV/IV-TR) jako „zaburzenie kontroli impulsów, nieokreślone inaczej”. Gambling patologiczny definiuje się zgodnie za Amerykańskim Towarzystwem Psychiatrycznym jako “utrwalone i nawracające, dysadaptatywne zachowania towarzyszące hazardowaniu się” określone jako brak zdolności do kontrolowania się podczas grania, prowadzące do szkodliwych konsekwencji psychospołecznych: osobistych, rodzinnych, zawodowych, finansowych i prawnych (APA 1994). W ostatnich latach APA rozpoczęła proces badań zmierzających do zmiany klasyfikacyjnej przynależności patologicznego hazardowania się w DSM-5 (APA 2012)

Współczesne kryteria DSM-IV-TR dla rozpoznania patologicznego hazardu są spełnione poprzez stwierdzenie występowania co najmniej pięciu, z przedstawionych poniżej uporczywych i nawracających zachowań hazardowych:

-zaabsorbowanie hazardem, w tym przypominaniem sobie wcześniejszych doświadczeń związanych z graniem, odgrywaniem się lub planowaniem następnej gry, myśleniem, jak zdobyć pieniądze na hazard itp.;

-potrzeba podwyższania podczas gry stawek pieniędzy, niezbędnych do uzyskania odpowiedniego poziomu zadowolenia (satysfakcji, pożądania);

powtarzające się podejmowanie bezskutecznych wysiłków mających na celu ograniczenia lub zaprzestania hazardowego grania;

podenerwowanie lub poirytowanie przy próbach ograniczenia lub zaprzestania grania;

-traktowanie gry jako sposobu ucieczki przed problemami lub na poprawienie złego samopoczucia (np. uczucia bezradności, winy, lęku, depresji);

podejmowanie prób „odegrania się” po wcześniejszej utracie pieniędzy w grze;

-okłamywanie członków rodziny, terapeuty lub innych, w celu ukrycia prawdziwych rozmiarów swojego hazardowego grania;

-podejmowanie nielegalnych działań takich jak: fałszerstwo, oszustwo, kradzież lub malwersacja w celu zdobycia pieniędzy na hazardowe granie;

-utrata lub narażenie na szwank, z powodu zaangażowania w hazardowe granie, ważnych związków emocjonalnych, możliwości edukacyjnych, zawodowych itp.

-szukanie u innych osób pomocy finansowej w celu poprawienia złej sytuacji ekonomicznej spowodowanej hazardowym graniem.

Kryteria nie mają zastosowania pośród grających pacjentów z rozpoznanym epizodem maniakalnym (APA 2000).

Klasyfikacja ICD-10 zalicza hazard patologiczny do zaburzeń osobowości i zachowania dorosłych, a bardziej szczegółowo lokuje go w obrębie zaburzeń nawyków i popędów (impulsów), kod F63.0 (WHO 1992). Kryteria diagnostyczne ICD-10 spełnione są wobec powtarzania działań bez jasnej, racjonalnej motywacji, które nie mogą być kontrolowane i zazwyczaj szkodzą interesom pacjenta i innych ludzi. Pacjent określa te zachowania jako związane z popędem do działania, a ich przyczyny nie są znane. Do tej samej kategorii zaburzeń zaliczana jest również piromania, kleptomania oraz trichotillomania. Według ICD-10 zaburzenie dotyczy częstych, powtarzających się epizodów uprawiania hazardu, które dominują w życiu człowieka, prowadzą do naruszenia norm oraz zobowiązań społecznych, materialnych, zawodowych i rodzinnych, z zastrzeżeniem, że definicja ta nie obejmuje nadmiernego uprawianie hazardu przez pacjentów maniakalnych oraz zakładania się (Vessalius 2000).

Opierając się na kryteriach diagnostycznych proponowanych przez ICD-10 dla uzależnienia od substancji psychoaktywnych Woronowicz stworzył i opublikował w 2001 roku propozycję kryteriów diagnostycznych, gdzie patologiczny hazard można rozpoznać wówczas, kiedy w okresie ostatniego roku stwierdzono obecność co najmniej trzech objawów z poniższej listy:

-silna potrzeba lub poczucie przymusu hazardowego grania;

subiektywne przekonanie o istnieniu trudności w kontrolowaniu zachowań związanych z hazardowym graniem, tj. upośledzenie kontroli nad powstrzymywaniem się od grania oraz nad długością czasu poświęconego na granie hazardowe;

-występowanie, przy próbach przerwania lub ograniczenia grania, niepokoju, rozdrażnienia czy gorszego samopoczucia oraz ustępowanie tych stanów z chwilą powrotu do gry;

-spędzanie coraz większej ilości czasu na graniu w celu uzyskania zadowolenia czy dobrego samopoczucia, które poprzednio uzyskiwane były w krótszym czasie;

-postępujące zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub dotychczasowych zainteresowań na rzecz grania;

-kontynuowanie hazardowego grania pomimo szkodliwych następstw (fizycznych, psychicznych i społecznych), o których wiadomo, że mają związek ze spędzaniem czasu na graniu (Woronowicz 2001).

Podsumowując definicje i kryteria diagnostyczne, pacjenci z rozpoznanym uzależnieniem niesubstancjalnym, a zatem również osoby z nałogiem hazardowania się, doświadczają swoistych dla braku bodźca fenomenów i spełniają biologiczne kryteria uzależnienia:

-głodu poddania się czynności, psychologicznych oraz fizjologicznych objawów odstawiennych,

-utraty kontroli,

-rozwoju tolerancji (zwiększenie częstości poddawania się czynności) celem osiągnięcia zamierzonego efektu psychotropowego (np. patologicznie grający w gry hazardowe uruchamiają kilka automatów równocześnie).

Propozycje nowych kryteriów diagnostycznych.

Grupa robocza pracująca nad reklasyfikacją hazardu patologicznego w DSM-5, w najnowszym raporcie z dnia 1 maja 2012 zaproponowała zmianę kategorii głównej z Zaburzeń kontroli impulsów niesklasyfikowanych inaczej, na kategorię zaburzeń związanych z używaniem substancji, która zostanie przemianowana na *Uzależnienia i zaburzenia związane z uzależnieniami*.

Kryteria diagnostyczne, propozycja dla DSM-5.

W ostatnim roku, stwierdzenie co najmniej 4 z pośród poniższych utrwalonych lub nawracających zachowań związanych z hazardowaniem się:

-odczuwania potrzeby grania z podnoszeniem stawek pieniędzy celem osiągnięcia oczekiwanego pobudzenia

-podenerwowanie lub poirytowanie przy próbach ograniczenia lub zaprzestania grania

-powtarzające się podejmowanie bezskutecznych wysiłków mających na celu ograniczenie, kontrolowanie lub zaprzestania grania hazardowego;

-zaabsorbowanie hazardem, w tym przypominaniem sobie wcześniejszych doświadczeń związanych z graniem, odgrywaniem się lub planowaniem następnej gry, myśleniem, jak zdobyć pieniądze na hazard itp.;

-traktowanie gry jako sposobu ucieczki przed problemami lub na poprawienie złego samopoczucia (np. uczucia bezradności, winy, lęku, depresji);

-podejmowanie prób „odegrania się” po wcześniejszej utracie pieniędzy w grze;

-okłamywanie w celu ukrycia prawdziwych rozmiarów swojego hazardowego grania;

-utrata lub narażenie na szwank, z powodu zaangażowania w hazardowe granie, ważnych związków emocjonalnych, możliwości edukacyjnych, zawodowych itp

-szukanie u innych osób pomocy finansowej w celu poprawienia złej sytuacji ekonomicznej spowodowanej hazardowym graniem.

Kryteria nie mają zastosowania dla grających pacjentów z rozpoznanym epizodem maniakalnym.

Badacze z grupy roboczej dla DSM-5 zaproponowali również opis przebiegu zaburzenia:

-epizodyczny,

-przewlekły,

w remisji (APA 2012)

Prawdopodobnie klasyfikacja zostanie opublikowana w maju 2013 roku. Publikacja klasyfikacji ICD-11 planowana jest na rok 2015.

Etiologia i patogeneza

Spośród czynników demograficznych, psychologicznych i biologicznych zidentyfikowano wiele predyktorów ryzyka oraz zmiennych związanych z przebiegiem

i występowaniem zjawiska hazardowania się (National Research Council 1999, Petry 2005).

Młodszy wiek, płeć męska, inna niż rasa biała, niski status ekonomiczny, stan cywilny separacji lub rozwiedzenia są głównymi czynnikami ryzyka, wraz z którymi zauważono związek w doświadczalnych pracach badawczych (Petry 2005, Toneatto 2007). Warto w tym miejscu nadmienić, że w badaniu z 2003 roku wykazano, iż czynniki demograficzne mogą korelować ze specyficznymi formami hazardu. Pośród osób uzależnionych od maszyn typu jednoręki bandyta dominują gracze w wieku starszym, głównie kobiety, pośród których wystąpienie patologicznego hazardowania określa się jako tzw. późny początek, cierpiące na współwystępujące inne zaburzenia psychiczne. Dla gier hazardowych związanych z zakładami sportowymi ustalono korelację występowania hazardu patologicznego u młodych mężczyzn i większą współchorobowość w zakresie uzależnień (Petry – 2003).

Współczesne, popularne modele hazardu patologicznego opierają się o podejścia związane z m.in. teoriami:

-uzależnienia (Jacobs 1986, Blume 1987),

-psychodynamiczna (Bergler 1958, Rosenthal 1992, Wildman 1997),

-psychobiologiczną (Blaszczynski 1986, Carlton 1987, Lesieur 1991, Rugle 1993, Comings 1996),

-behawioralną (McConaghy 1983, Anderson 1984),

-poznawczą (Sharpe 1993, Ladoucer 1996)

-i socjologiczną (Rosencrance 1985, Ocean 1993).

W starszych modelach m.in. w tzw. teoriach uczenia się, opisywany jest wpływ stałych i zmiennych schematów wzmocnień, ale nie dają one odpowiedzi na to, dlaczego tak mała proporcjonalnie grupa z populacji ogólnej osób hazardujących się traci kontrolę nad graniem (Dickerson 1979). Podobnie teorie poznawcze kładą nacisk na rolę zniekształconych i nieracjonalnych schematów poznawczych, ale nie dostarczają empirycznego dowodu na pierwotność, a nie wtórne pochodzenie dysonansu poznawczego (Sharpe 1993, Ladoucer 1996). Podejście psychodynamiczne koncentruje się na procesach intrapsychicznych związanych z próbami rozwiązania dotychczasowo nierozwiązanych konfliktów, lokując je w spektrum obsesyjno-kompulsyjnym, lub w spektrum zaburzeń kontroli impulsów z uzależnieniami i perwersjami (Rosenthal 1992). W modelu psychologicznym zwraca się uwagę na silne pragnienie bycia w centrum, bycia ważnym, podziwianym, szczególnym, które wraz z realnym niskim poczuciem własnej wartości sterowanej z zewnątrz jest według Sieczkowskiej jednym z częściej występujących zespołów cech pośród osób uzależnionych od gier hazardowych (Sieczkowska 2004). W kontekście teorii neuropoznawczych zachowania, którymi charakteryzuje się hazard patologiczny (zaangażowanie w hazard, brak możliwości zatrzymania, pogoń za przegraną – zdefiniowana jako zwiększanie stawek po każdej przegranej, by w następnej grze odegrać się i odzyskać stracone nakłady) są rozumiane jako impulsywne, a zatem niedojrzałe, nieprzemyślane, ryzykowne oraz zgubne w skutkach (Chamberlain 2007). W badaniach osób z nałogiem patologicznego hazardu, częściej niż pośród zdrowych ochotników obserwowano upośledzenie umiejętności hamowania decyzji w różnych wymiarach, a także deficyty pamięci operacyjnej, planowania, elastyczności poznawczej, oceny i zarządzania czasem

(Petry 2001, Regard 2003, Brand 2005, Dickerson 2006, Fuentes 2006, Goudriaan 2006, Kalechstein 2007, Lawrence 2009, Lawrence i Luty 2009, Roca 2008).

Powyższe teorie łączy błędne pomijanie znaczenia heterogenności populacji graczy we wszystkich opracowanych modelach. W obszarze każdego modelu opisuje się teoretycznie homogenną strukturalnie grupę, wobec której spodziewana jest skuteczność modelowo adekwatnego leczenia, bez uwzględnienia rodzaju (typu) hazardu, płci, wywiadu rozwojowego lub neurobiologii (Blaszczynski 1999).

Pośród danych dostarczonych z zarówno hipotetycznych modeli, jak i z prac badawczych zasadnym wydaje się być stwierdzenie, iż patogeneza rozwoju zespołu objawów psychopatologicznych i socjopatologicznych towarzyszących uzależnieniu się od hazardu ma charakter wieloczynnikowy, mieszany, na tle zmiennej podatności osobniczej i kulturowo zmiennego wpływu środowiskowego.

Koncepcje neurobiologiczne. Przekrój badań

Koncepcje neurobiologiczne uzależnień opisujące bezpośredni wpływ farmakologiczny substancji w uzależnieniach od substancji psychoaktywnych na mózg i neuroprzekaźnictwo, opisują również wzmacniający mechanizm uzależnienia i pośredni wpływ bodźców behawioralnych na przekaźnictwo (również dopaminergiczne) (Marks 1990, Boenig 1999, Holden 2001, Potenza 2006, Gruesser 2007). Rozwój aktualnego stanu wiedzy w dziedzinie nałogów niesubstancjalnych pozwolił na założenie, iż nadmiernie często powtarzane czynności i zachowania behawioralne, między innymi niekontrolowane zakupy, hazard patologiczny, granie w gry komputerowe, które prowadzą do utworzenia specyficznego wpływu biochemicznego na organizm w rozumieniu pobudzenia osi nagrody, mogą prowadzić do rozwinięcia nałogu (Albrecht 2007). Istnieje coraz więcej dowodów na

związek pomiędzy różnymi układami neuroprzekaźnikowymi (m.in. dopaminergicznym, serotoninergicznym, noradrenergicznym, opioidowym), a patofizjologią gamblingu i zaburzeń z nim związanych. Dopamina zaangażowana jest w mechanizmy uczenia się, motywacji, uwydatnienie doznawanych bodźców, w tym szlak nagrody, a zatem zaburzenia czynności tego układu mogą stanowić podłoże poszukiwania doznań, w tym hazardowania się, co miałoby stanowić czynnik spustowy dla doznawania poprzez dopaminę pozytywnych wrażeń (Zack 2009). Należy nadmienić, że przeciwnie wobec oczekiwanego wpływu udziału układu dopaminowego, antagoniści receptorów D_2 i D_3 dopaminy zwiększają motywację i częstość występowania zachowań towarzyszących hazardowaniu się pośród pacjentów uzależnionych (Zack 2007), a także, że nie potwierdzono ich skuteczności w leczeniu patologicznego gamblingu (Fong 2008, McElroy 2008). Brakuje badań precyzujących rolę układu dopaminergicznego w hazardzie patologicznym, podczas gdy współczesna wiedza dotycząca zaangażowania układu serotoninergicznego pochodzi z przedklinicznych prac badawczych nad wpływem agonistów serotoniny na szczury podejmujące opracowane w modelu badawczym gry hazardowe (Zeeb 2009). Ponadto, wiedzę oparto o wyniki badań, podczas których stwierdzono pośród uzależnionych osób zmniejszenie stężenia płytkowej monoaminooksydazy typu B (markera obwodowego czynności układu serotoninergicznego), małe stężenia metabolitów serotoniny np. kwasu 5-hydroksyindolooctowego w płynie mózgowo-rdzeniowym, oraz euforyzujący wpływ serotoninowych prób prowokacyjnych (Potenza 2001).

Tzw. „pogoń za przegraną” (*chasing losses*) zbadano w badaniu Campbella-Meiklejohna i wsp. (2011) podczas trzech niezależnych eksperymentów. W

pierwszym uczestnikom podawano napoje aminokwasowe bogate w tryptofan (prekursor serotoniny). W drugim eksperymencie uczestnikom podano 176 mikrogramów agonisty receptora D2/D3 – pramipeksolu. W tym eksperymencie wyniki porównywano do placebo. W trzecim eksperymencie w modelu porównawczym z placebo podawano 80 mg propranololu. Pozytywny wpływ na redukcję zachowań ścigania przegranych zaobserwowano po zastosowaniu prekursora serotoniny, odwrotny skutek przy pramipeksolu, którego zastosowanie skutkowało zwiększeniem stawek podczas kolejnych zakładów, a propranolol wpływał na częstość rytmu serca, ale nie na sam fakt udziału w czynnościach mających odzyskać stracone wcześniej pieniądze (Campbell 2011).

W związku z powyższymi wynikami, część z pośród autorów zgodnie zaproponowało kryteria diagnostyczne dla uzależnień behawioralnych, porównywalne do kryteriów diagnostycznych dla uzależnień od substancji (Marks 1990, Lejoyeux 2000, Holden 2001, Petry 2003, Gruesser 2006). W badaniu NCS-R stwierdzono, że patologiczne hazardowanie się poprzedza wystąpienie zaburzeń współwystępujących w 23,5%, a w 74,3% przypadków występuje wtórnie. Można to interpretować, iż zaburzenia nastroju i zaburzenia lękowe predysponują do występowania wtórnie rozwijającego się uzależnienia od hazardu. Odwrotny kierunek zaobserwowano w stosunku do zaburzeń związanych ze stosowaniem substancji (Kessler 2008).

W badaniach nad zaburzeniami związanymi z hazardem zastosowano również techniki neuroobrazowania, w tym badań nad czynnością mózgu. W badaniu całościowym mózgu metodą obrazowania rezonansu magnetycznego, podczas porównania z grupą kontrolną objętości istoty szarej kory mózgowej grupy osób

uzależnionych od alkoholu i grupy osób z rozpoznanym problemowym hazardowaniem się, potwierdzono wcześniejsze obserwacje o znaczącym zmniejszeniu objętości istoty szarej u alkoholików, jednakże nie stwierdzono istotnych zmian morfologicznych mózgu pośród problemowych hazardzistów (van Holst 2012). Z wykorzystaniem testu Stroopa oceniono zdolność do „hamowania" pośród osób hazardujących się problemowo. Porównując wyniki z wynikami grupy zdrowych ochotników zaobserwowano zmniejszenie aktywności części komorowej bocznej kory przedczołowej u osób uzależnionych (Potenza 2003). Na podstawie innych badań neuroobrazowych stwierdzono, iż mezolimbiczny szlak dopaminergiczny przebiegający z komorowego obszaru nakrywki do jądra półleżącego, może mieć związek z występowaniem nałogu hazardowania się. W badaniach uzależnionych graczy stwierdzono zmniejszenie komorowej części prążkowia i komorowej pośredniej części kory przedczołowej, oraz zmniejszenie aktywności komorowej bocznej części kory przedczołowej podczas wydarzeń „nagradzających", co może sugerować stępienie neurofizjologiczne odpowiedzi na sytuacje nagradzania, lub przegrane (Reuter 2005, De Ruiter 2009). Udział prążkowia mózgu w reakcjach nagradzających stanowi jeden z obszarów współczesnych badań (Kanal 2009). W badaniu z zastosowaniem Pozytonowej Emisyjnej Tomografii Komputerowej (badaniem objęto okolice prążkowia i substancji czarnej) w przeciwieństwie do zaburzeń związanych z używaniem substancji, w porównaniu osób zdrowych i patologicznych hazardzistów, nie stwierdzono oznaczalnych różnic pomiędzy poziomami receptorów D2/D3. Wynika z tego, że wbrew panującemu przekonaniu mała dostępność receptorowa, wcale nie jest cechą uzależnienia. Równocześnie w badaniu zauważono związek pomiędzy wiązaniem

[(11) C]-(+)-PHNO – agonisty receptora D_3, a nasileniem hazardowania się i impulsywnością, co może sugerować udział receptora D_3 w zachowaniach impulsywnych/kompulsywnych (Boileau 2012). Porównując osoby zdrowe do uzależnionych od hazardu podczas przewidywania szansy zarówno na wygraną, jak i przegraną, w tej drugiej grupie zaobserwowano znaczące zmniejszenie aktywności w części komorowej pośredniej kory przedczołowej, korze wyspy, i komorowej części prążkowia. Aktywność części kory prążkowia negatywnie korelowała z poziomem impulsywności graczy patologicznych, a obserwację tą poczyniono we wcześniejszych badaniach alkoholików. Ograniczona aktywność komorowej części prążkowia daje obraz klinicznie obserwowanej impulsywności w uzależnieniach (Balodis 2012). Badanie, w którym obszarem zainteresowania objęto przednią część kory wyspy (*anterior insular cortex* - AIC), której aktywację stwierdzoną w badaniach czynnościowych podejrzewa się o udział w podejmowaniu decyzji ryzykownych przeprowadzono w warunkach eksperymentu na modelu z udziałem szczurów. Porównano wpływ inaktywacji wspomnianego obszaru kory mózgowej z inaktywacją kory oczodołowo-czołowej (OFC), w której udowodniono lokalizację preferencji do podejmowania ryzyka. Inaktywacja obu obszarów w sytuacjach nie ryzykownych nie wpływała na podejmowanie decyzji. W sytuacjach ryzykownych, inaktywacja AIC zmniejszała, a inaktywacja OFC zwiększała chęć podejmowania ryzyka (Ishii 2012). W przeglądzie piśmiennictwa dotyczącego neuroobrazowania w patologicznym hazardowaniu się opisano związek powyższego zaburzenia ze stępieniem aktywności kory mezolimbicznej przedczołowej podczas niespecyficznego przeżywania stanów nagradzających, równocześnie zwiększenie jej aktywności w ekspozycji na bodźce związane z hazardem (van Holst 2010, Oberg 2011).

Grzbietowo pośrednia część kory przedczołowej w podobny sposób reaguje w niektórych testach psychometrycznych na grupie problemowych hazardzistów porównanej do osób ciężko uzależnionych od papierosów (de Ruiter 2012).

Badanie pilotażowe hazardzistów patologicznych, podczas którego oceniono 7 graczy i 7 osób zgodnych wiekowo i płciowo, stanowiących grupę kontrolną, gdzie oceniano funkcje psychofizjologiczne, takie jak: częstość rytmu serca, ciśnienie krwi skurczowe i rozkurczowe oraz rezystancję skóry wykazało, że częstość rytmu serca pośród osób uzależnionych od hazardu w porównaniu do grupy kontrolnej podczas grania rośnie. Stwierdzono, że wyniki badania mogą mieć znaczenie i stanowić wkład w rozwój nauki w dziedzinie leczenia nałogu (Blanchard 2000).

Koncepcje neurobiologiczne. Koncepcje genetyczne.

Przeprowadzono relatywnie mało prawidłowo zaprojektowanych z odpowiednią grupą kontrolną badań genetycznych, w tym rodzinnych nad patologicznym hazardem (Hodgins 2008). W porównaniu do rodzin grupy kontrolnej, pośród krewnych pierwszego stopnia osób uzależnionych od hazardowania się znacząco częściej występują w okresie życia zaburzenia związane z używaniem alkoholu lub substancji, oraz depresja (Black 2006). Z danych pochodzących z badań nad bliźniętami można wnioskować o współudziale czynników genetycznych w patogenezie nałogu patologicznego hazardowania się (Eisen 1998, Winters 1998, Slutske 2000, Potenza 2005, Xian 2007, Slutske 2009, Slutske 2010). Współudział czynników genetycznych w patogenezie hazardu patologicznego i ich porównanie względem czynników środowiskowych może być oceniany poprzez ocenę zgodnych w identycznych, monozygotycznych parach bliźniąt i rodzinnych w dwuzygotycznych parach. W badaniu bliźniąt płci męskiej z zastosowaniem „the Vietnam Era Twin

Registry” stwierdzono 12-20% zmienności genetycznego ryzyka rozwoju gamblingu patologicznego, a oceniając niewspółdzielone czynniki społeczne/środowiskowe ryzyko to oceniono na 3-8%, które również zaliczono do czynników ryzyka zaburzeń związanych z używaniem alkoholu. Ponad dwie trzecie przypadków współwystępowania alkoholizmu z patologicznym hazardowaniem się stwierdzone w tym badaniu, sugeruje wzajemne nakładanie się i wzmacnianie się genetycznego podłoża patogenezy obu grup zaburzeń (Slutske 2000). Badanie katamnestyczne bliźniąt płci żeńskiej, w którym oceniano wpływ obciążenia genetycznego i porównywano je ze współdzielonym wpływem środowiska pokazało, że czynniki genetyczne, a nie środowiskowe mogą powodować rozwój zaburzeń związanych z hazardowaniem się. Wartość tę wyliczono na 49% przypadków (Slutske 2010).

Niewiele jest badań nad genetycznymi uwarunkowaniami hazardu patologicznego na poziomie molekularnym/receptorowym. W porównaniu do osób grających nieproblemowo, pośród osób z nałogiem hazardowania się lub hazardujących się patologicznie ze współwystępowaniem uzależnienia od substancji zaobserwowano zwiększenie replikacji allelu D2A1 receptora dopaminowego D_2 (Comings – 2001). W kolejnych badaniach stwierdzono udział i sprzężenie wariantów allelu DRD1 i DRD3 z patologicznym hazardowaniem się (Lobo 2009, Lobo 2010). W badaniach na mózgach szczurzych, stwierdzono korelację między małą liczbą i aktywnością receptorów D_2 i D_3 w prążkowiu, a podatnością na uzależnienia, gdzie zdolność do podejmowania błędnych, bo ryzykownych decyzji jest uwarunkowana ekspresją genów kodujących receptory D_2 i D_3. Wyniki te wspierają hipotezę o wspólnych podstawach neurobiologicznych uzależnień behawioralnych i uzależnień od substancji (Cocker 2012). Niedawno opublikowane badania nad receptorami

serotoniny sugerują udział układu serotoninergicznego (receptory 1B, 2A) w rozwoju nałogu patologicznego hazardu (Potenza 2011, Wilson 2012).

Koncepcje neurobiologiczne. Wpływ czynników środowiskowych

Jakkolwiek podejrzewa się, że do rozwoju zaburzeń towarzyszących gamblingowi przyczynia się wiele genów, zauważono kilka czynników środowiskowych biorących w nim udział. Analiza strukturalna i charakterystyka sytuacyjna czynności związanych z hazardowaniem się, w tym dostępność do gier, ich lokalizacja, rodzaj gry, wartość i ilość wygranych, stosunek szansy do ryzyka należą do ważnych czynników zaangażowanych w podtrzymywanie zachowań towarzyszących hazardowaniu się (Abbott 2007, Parke 2007).

Wpływ negatywnych doświadczeń wczesnodziecięcych, takich jak uraz lub nadużycie seksualne spotykane jest częściej pośród osób grających problemowo i patologicznie, niż grających społecznie. Im cięższe i bardziej urazowe przeżycie, tym wcześniej pojawia się początek nałogu i większe występują trudności w jego leczeniu (Petry 2005, Sherrer 2007, Hodgins 2010).

Narażenie na hazardowanie się w dzieciństwie, prawdopodobnie wpływa na zachowania towarzyszące hazardowaniu się w późniejszym życiu, czego wyraz znaleziono w badaniach nad występowaniem patologicznego gamblingu, a uzależnieniem od hazardu u rodziców (Oei 2004, Schreiber 2009).

Interesującym doniesieniem wydaje się jedna z publikacji Shaffera i wsp. z 2004 roku, w której autorzy skupili się rozwoju zaburzeń na dwóch opozycyjnie względem siebie nastawionych modelach: ekspozycyjnym i adaptacyjnym. Teoria ekspozycyjna dotyczy uszkadzającego wpływu „toksyn”, przystosowanie z kolei ma choćby na krótki okres dawać „odporność” na bodziec. Modele te poddano adaptacji

dla uzależnienia od hazardowania się, gdzie toksyną, bodźcem niszczącym jest kasyno. Zaproponowano hipotetyczny model ekspozycji regionalnej - *regional exposure model* (REM), który stanowić ma ograniczoną przestrzeń badawczą, dalej umożliwiającą ocenę globalną w wymiarze zdrowia publicznego, podjęcie działań profilaktycznych i leczniczych.

Współwystępowanie z innymi zaburzeniami

Zaburzenia towarzyszące gamblingowi charakteryzują się dużą współchorobowością (Petry 2005), czyli współwystępują bardzo często z powszechnymi, najlepiej opisanymi w piśmiennictwie uzależnieniami oraz innymi zaburzeniami psychicznymi.

Tabela. Zwiększenie ryzyka współwystąpienia innych zaburzeń z hazardowaniem patologicznym. Źródło: opracowanie własne na podstawie przeglądu piśmiennictwa.

Ryzyko współwystąpienia hazardu patologicznego	
Zaburzenia osobowości	8-krotne
Epizody maniakalne	8-krotne
Zaburzenia związane ze stosowaniem substancji	5,5-krotne
Zaburzenia depresyjne	>3-krotne
Zaburzenia lękowe z wyj fobii społecznej	>3-krotne
Fobia społeczna	>2-krotne

Badanie NESARC, które jest jak dotychczas największym badaniem epidemiologicznym dotyczącym patologicznego hazardowania się ujawniło pośród patologicznych hazardzistów, w porównaniu do grupy kontrolnej osób

nieuzależnionych, sześciokrotnie zwiększone ryzyko rozpoznania nadużywania alkoholu w okresie całego życia, oraz niemal 4,5-krotnie zwiększone ryzyko rozpoznania zaburzeń związanych z używaniem substancji. Dalej, stwierdzono około 8-krotnie częstsze współwystępowanie gamblingu patologicznego z zaburzeniami osobowości, podobny związek ustalono dla epizodów maniakalnych, a depresja lub dystymia występują trzykrotnie częściej niż w populacji osób nieuzależnionych. Zaburzenia lękowe, takie jak zespół lęku uogólnionego, napadowego, fobie specyficzne współwystępowały z patologicznym hazardem ponad trzykrotnie, a fobia społeczna dwukrotnie częściej (Petry, Stinson 2005). Częstość współwystępowania gamblingu z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi podkreślano wielokrotnie (Kim 2006, McIntyre 2007, Martino 2010, Kennedy 2010, Chou 2011, Strejilevich 2011, Quilty 2011). W badaniu Poirer-Arbour i współpracowników porównano grupę patologicznych hazardzistów, z hazardzistami okazjonalnymi. Pośród osób uzależnionych stwierdzono znacząco większe nasilenie objawów depresyjnych, które z kolei pozytywnie korelowały ze zwiększeniem lęków i słabszym przystosowaniem do bycia w parze. Wyniki badania mają znaczenie dla zrozumienia trudności i propozycji leczenia par, w których jedna z osób jest nałogowym hazardzistą (Poirer-Arbour 2012). W innym badaniu narodowym dotyczącym współwystępowania chorób psychicznych zorganizowanym na wielką skalę w USA - The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) uzyskane wyniki były zbieżne z tymi z NEASRC. Badani z rozpoznanym patologicznym hazardem stanowili grupę 5,5-krotnie większego ryzyka wystąpienia zaburzeń związanych ze stosowaniem substancji, 3,7-krotnie zwiększone ryzyko występowania zaburzeń nastroju, i 3,1-krotnie większe ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych (Kessler 2008). W jednym z badań stwierdzono, że

co czwarty badany przypadek miał objawy lub wywiad ADHD w dzieciństwie (Gral-Bronnec 2011).

Współchorobowość w rozumieniu współwystępowania uzależnień behawioralnych z uzależnieniami od substancji stanowi dodatkowy argument za wspólnym podłożem etiologicznym mechanizmów rozwoju zależności (Jazaeri 2012). Współwystępowanie zaburzeń nastroju lub zaburzeń osobowości opisywane jest zarówno w uzależnieniach od substancji, jak i uzależnieniach behawioralnych. Podobnego zjawiska nie obserwowano pośród pacjentów z natręctwami (Blanco 2001). NCS-R z 2008 roku, było pierwszym badaniem, w którym dokonano rewizji danych retrospektywnie, co umożliwiło zaobserwowanie, iż gambling patologiczny poprzedzał wystąpienie zaburzeń współwystępujących w 23,5%, a w 74,3% przypadków występował wtórnie. Wyniki badania sugerują, iż zaburzenia nastroju i zaburzenia lękowe predysponują do występowania wtórnie rozwijającego się uzależnienia od hazardu. Odwrotny kierunek zaobserwowano w stosunku do zaburzeń związanych ze stosowaniem substancji (Kessler 2008).

Współwystępowanie z problemowym i patologicznym hazardem (Lorains 2011)

Nikotynizm	60.1%
Uzależnienie od dowolnej substancji	57,5%
Dowolny epizod zaburzeń nastroju	37,9%
Dowolne zaburzenie lękowe	37,4%

W badaniu bliźniąt, w którym oceniano wpływ genetycznego podłoża na rozwój uzależnień od hazardu i alkoholu stwierdzono ponad dwie trzecie przypadków współwystępowania alkoholizmu z patologicznym hazardowaniem, z czego można

wnioskować o wzajemnym nakładaniu się i wzmacnianie się genetycznego podłoża patogenezy obu grup zaburzeń (Slutske 2000).

Pośród osób uzależnionych od maszyn typu „jednoręki bandyta" dominują głównie kobiety w starszym wieku cierpiące na współwystępujące inne zaburzenia psychiczne. Dla gier hazardowych związanych ze sportem ustalono korelację występowania hazardu patologicznego u młodych mężczyzn, z większą współchorobowością w zakresie uzależnień (Petry 2003).

Wyniki badania związku palenia papierosów z patologicznym hazardowaniem się sugerują, że około dwie trzecie z pośród szukających leczenia hazardujących się są codziennymi palaczami papierosów, a występowanie nikotynizmu łączy się z występowaniem cięższych form uzależnienia i obecnością innych objawów psychicznych (Petry 2002, Grant 2009, McGrath 2012). Autorzy spostrzegają konieczność zbadania, czy palenie papierosów może mieć niekorzystny wpływ na przebieg leczenia uzależnienia od hazardowania się (Petry 2002).

W badaniu Anholt i współpracowników nie dostarczono dowodu na przynależność patologicznego hazardowania się do spektrum zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (Anholt 2004).

Zaburzenia kontroli impulsów, w tym rozumieniu również patologiczny hazard występują częściej niż w populacji ogólnej pośród pacjentów z rozpoznaniem choroby Parkinsona, zwłaszcza pośród młodych ludzi podczas leczenia agonistami receptorów dopaminergicznych (Driver-Dunckley 2003, Merims 2008, Zand 2008, Weintraub 2009, Ceravolo 2010, Ahearn 2012, Perez-Lloret 2012). Donoszono o około 14% większym odsetku tych zaburzeń we wspomnianej populacji chorych, a także o możliwości umiarkowanie skutecznego zmniejszania nasilenia wtórnych do

leczenia agonistami dopaminy zaburzeń kontroli impulsów po zastosowaniu terapii poznawczo-behawioralnej, leków z grupy SSRI, nalmefenu, zonisamidu lub małych dawek leków przeciwdopaminergicznych, takich jak kwetiapina lub klozapina (Raja 2012). Niemal 20% chorych z zaburzeniami z kręgu schizofrenii lub zaburzeniami schizoafektywnymi spełnia kryteria rozpoznania problemowego lub patologicznego hazardu (Deasi 2009).

Mimo, iż nie wykazano dotychczas jednoznacznego związku pomiędzy hazardem patologicznym a samobójstwem (dane z przeglądu 38 publikacji), problemowi i patologiczni hazardziści stanowią grupę ryzyka suicydalnego (Hansen 2008). Ponad 60% partnerów osób hazardujących się problemowo doświadczyło przemocy ze strony partnera (Korman 2008).

Stwierdzono związek z gorszym ogólnym stanem zdrowia psychicznego i nadużywaniem substancji z hazardem online, a szczególnie z problemowym hazardowaniem się online. Wyniki ostatnich badań sugerują, że gracze online mogą stanowić grupę większego ryzyka uzależnień od substancji i chorób psychicznych, niż hazardziści „konwencjonalni" (Scholes-Balog 2012).

Obraz kliniczny zaburzeń związanych z hazardowaniem się

W pracach Blaszczynskiego i wsp. z końca lat 80. (Blaszczynski 1986, Blaszczynski 1988) przedstawiono podział hazardzistów na dwie podgrupy rozróżniając osoby, które szukają możliwości by zredukować/uniknąć, lub przeciwnie zwiększyć pobudzenie. Osoby unikające pobudzenia cierpią na ogół z powodu lęków, zatem zwykle podejmują się czynności wymagających niewielkich umiejętności, by poprzez zawężenie skupienia uwagi poddawać się stanom zbliżonym do dysocjacyjnych. Osoby szukające pobudzenia wybierają gry o wysokim

poziomie umiejętności i zaangażowania, by przezwyciężyć stany dysforii i rozdrażnienia. Podział ten jest zgodny z głównymi założeniami modelu uzależnienia zaproponowanego w 1986 roku przez Jacobsa (Jacobs 1986).

Analizują piśmiennictwo dotyczące hazardu patologicznego spotyka się liczne dane, z w których można wnioskować, że zaburzenie to może dotyczyć osób z dużą impulsywnością, a impulsywność ta może mieć bezpośredni związek z nasileniem zaburzenia i odpowiedzią na leczenie (Moran 1970, McCormick 1987, Rugle 1995, Castellani 1995, Steel 1996, Gonzales-Ibanez 1999). W badaniach tych zidentyfikowano grupę tzw. "antyspołecznych impulsywistów" (ang. antisocial impulsivist) jako podtyp hazardzistów, którzy ujawniają zwiększoną impulsywność, która wysoko koreluje z obrazem psychopatologicznym i kryteriami klinicznymi dla antyspołecznych zaburzeń osobowości (Steel 1996, Blaszczynski 1997). Powyższy podtyp graczy ujawnia wywiad problemowego grania hazardowego w rodzinie, wczesny początek, znacznie bardziej nasilone uzależnienie, występowanie myśli i prób samobójczych, szeroko rozumiane zaburzenia funkcjonowania w obszarach życia niezwiązanych z hazardowaniem się oraz brak odpowiedzi na leczenie (Steel 1996, Blaszczynski 1997). Dzieci, u których do 7 roku życia stwierdzono dużą impulsywność 3-krotnie częściej zgłaszają w późniejszych latach problemy związane z hazardem (Shenassa 2012). Podobnie występowanie objawów przetrwałego zespołu ADHD w wieku dorosłym wiąże się ze zwiększeniem częstości występowania zaburzeń związanych z hazardowaniem się (Breyer 2009).

Tabela. Dwuosiowy model problemowego hazardowania się (Ministerial Council on Gambling 2005)

Upośledzenie kontroli / zachowania patologiczne	Nasilenie skutków i konsekwencji hazardowania się	
	Małe	Duże
Małe	Hazardowanie nieproblematyczne	Hazardziści „w leczeniu”, oraz odzyskujący kontrolę
Duże	Problemowe hazardowanie we wczesnym stadium	Problemowe hazardowanie w późnym stadium

Problemowe hazardowanie się jest zdaniem Messerlian i wsp. społecznie „niewidzialne”, równocześnie stanowiąc istotne zagrożenie dla młodzieży (Messerlian, Derenevsky 2004).

W badaniu klinicznym nad 1171 osobami z rozpoznanym uzależnieniem od hazardowania się, badacze z Hiszpanii w 2010 roku zaproponowali podział tzw. “kompulsywnych hazardzistów” (synonim patologicznych hazardzistów) na cztery grupy:

- Gracze Typu I, których nazwać można zdezorganizowanymi i niestabilnymi emocjonalnie, scharakteryzowany poprzez schizotypowe cechy osobowości, wysoki poziom impulsywności, nadużywanie alkoholu I substancji psychoaktywnych, zaburzeniami z kręgu psychopatologii oraz wczesnym początkiem.
- Gracze Typu II, tzw. typu schizoidalnego, ujawniają wysoki poziom unikania szkód, dystans społeczny oraz nadużywanie alkoholu.
- Gracze Typu III, to gracze wrażliwi na nagradzanie, cechujący się dużą impulsywnością i poszukiwania wrażeń, aczkolwiek nie stwierdza się pośród nich zaburzeń psychicznych

- Gracze Typu IV to gracze o ogólnie dobrze zaadaptowanym typie osobowości, dobrze funkcjonujący, u których nie stwierdza się żadnych zaburzeń psychicznych i zaburzeń związanych ze stosowaniem substancji (Alvarez-Moya 2010).

Badania demograficzne w Nevadzie pozwoliły spojrzeć na motywację do gry w zależności od przynależności etnicznej, i tak obywatele pochodzenia latynoskiego częściej rozumieli powód gry jako chęć oddania się przyjemności i zabawie, podczas gdy osoby czarnoskóre podejmowały się grania z chęci wzbogacenia się (Volberg 2002). Płaszczyzny motywacji do podjęcia gry hazardowej mierzone kwestionariuszem Gambling Motives, Attitudes and Behaviors (GMAB), to:

- Poprawa poczucia własnej wartości
- Chęć wzbogacenia się
- Poszukiwanie sensacji
- Złagodzenie poczucia znudzenia
- Uczenie się (w rozumieniu zdobywania wiedzy i doświadczenia w hazardowaniu się) (Tao 2011).

Zwiększenie średniej przeżywalności populacji, a równocześnie jej starzenie się zwraca uwagę publicystów na problem rosnącej populacji problemowych i uzależnionych od grania osób w wieku podeszłym (Tse 2012, Kerber 2012). Według różnych danych od 66%-80% seniorów uprawia hazard. Osoby w wieku podeszłym dysponują czasem i prezentują szereg motywacji do podjęcia gier hazardowych,

równocześnie dysponują ograniczonymi środkami finansowymi, a zatem wolniej i trudniej po przegranej odzyskać im stabilność ekonomiczną (Govoni 2001, Wick 2012). Osoby nałogowo hazardujące się, znacznie częściej są rozwiedzione, żyją samotnie, w wywiadzie zgłaszają doświadczenia przemocy dziecięcej, zgłaszają dysfunkcje rodzinne (Black 2012).

W kolejnych badaniach nad hazardowaniem się konsekwentnie stwierdzano, iż osoby grające nie są w pełni zdolne do racjonalnej oceny swojej aktywności i czynności związanych z graniem (Ladoucer 1988, Wagenaar 1988, Walker 1992, Griffiths 1995). Również w badaniach eksperymentalnych potwierdzano /powyższą hipotezę. Gracze poproszeni o wypowiadanie na głos swoich kolejnych myśli (tzw. metoda “speaking aloud”) w około 70% wypowiadali treści opisane jako nieracjonalne (Gaboury 1988, Walker 1992, Griffiths 1994, Coventry 1998, Delfabbro 2000). Hazardziści przypisują zafałszowane znaczenie, dotyczące skutków gry, nadają cechy osobowości urządzeniom (np. automat uporczywie prowokuje gracza), doszukują się u siebie rozwijania umiejętności gry, w grze o wynikach czysto losowych, angażują się w szereg zabobonów, rytuałów, czarowania wyniku, w tym pocierania maszyn, czy chuchania na kości (Henslin 1967, Gaboury 1988, Walker 1992). Zakłada się, że wiele z pośród tych przekonań ma swoją genezę pośród braku skuteczności procesu przetwarzania informacji, a także odzwierciedla ilość dotychczas popełnionych błędów decyzyjnych w przeszłości (zebrane zafałszowane doświadczenia) (Wagenaar 1988, Griffiths 1994, Toneatto 1997). Takie nastawienia, lub błędne sądy obejmują “złudzenie kontroli”, oraz poczucie dostępu do własnego poczucia błędności, które razem prowadzą do nadbudowywanie znaczenia

wcześniejszych wygranych, i tworzenia obrazu siebie w poczuciu nadmiernej pewności podejmowania przyszłych decyzji hazardowych (Delfabbro 2004).

Z wyników badania Brevers i wsp. można wnioskować, że problemowi hazardziści cechują się upośledzeniem zdolności metapoznawczych podczas zadań nie związanych z hazardowaniem się, co oznacza z kolei, że hazard patologiczny jest związany ze słabym wglądem w ogólnym tego terminu znaczeniu. Zatem poprawnym wydaje się stwierdzenie, że upośledzenie wglądu we własne zachowania może być jedna z cech klinicznych opisujących patologiczny hazard. Interwencje kliniczne nacelowane na poprawę metapoznawczą mogą być skuteczne w profilaktyce i leczeniu uzależnienia od hazardu. Autorzy sugerują poszerzenie badań w tym kierunku (Brevers 2012).

Epidemiologia

Częstość występowania problemowego i patologicznego gamblingu w badaniach populacyjnych poszczególnych państw jest zmienna. Wartości podawane w poszczególnych publikacjach różnią się, również w badaniach, którymi objęto tą samą populację. W okresie ostatnich 10 lat opublikowano 39 klinicznych i nieklinicznych badań badających populacje narodowe, których jakość metodologiczna pozostaje dyskusyjna. Jedną z głównych przyczyn braku precyzyjności wyników jest brak wystandaryzowanych metod w badaniach nad rozpowszechnieniem problemowego i patologicznego hazardu (Sassen 2011). W okresie ostatniego roku częstość występowania problemowego hazardowania się waha się od 0,2% w Norwegii do 5,3% w Hong Kongu (Wardle 2007). W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej częstość występowania problemowego gamblingu mieści się w zakresie 1-2%, a hazardu patologicznego sięga od 0,4 do 1,1% pośród

osób dorosłych (Toce-Gerstein 2009). Z kolei badania populacyjne w tym badanie Petry z 2005 roku dotyczącego obywateli Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej wykazało częstość występowania gamblingu rzędu 1-3% populacji ogólnej (Petry 2005). Cuadrado i współpracownicy dokonali przeglądu piśmiennictwa dotyczącego rozpowszechnienia występowania zjawiska hazardu patologicznego pośród osadzonych więźniów w stanowych i lokalnych więzieniach w USA. Uzyskano dostęp do danych 11903 osób, w tym 3820 kobiet. Głównym narzędziem zastosowanym podczas diagnozy był kwestionariusz przesiewowy SOGS. W ogólnej populacji osób aresztowanych 7,5% spełniało kryteria uzależnienia od hazardowania się, za wyjątkiem Las Vegas, gdzie stwierdzono wartość 16,2% (Cuadrado 2012). Etel i współpracownicy przeprowadzili pierwsze badanie kwestionariuszowe w Libanie dotyczące rozpowszechnienia nałogu hazardowania się pośród studentów. Badanie kwestionariuszowe przeprowadzono na grupie 477 studentów; stwierdzono niemal 6% odsetek osób z rozpoznaniem patologicznego hazardu, średnio co 4 ankietowany doświadczył problemów związanych z zakładami (Etel – 2012). W badaniu rozpowszechnienia hazardu i problemowego hazardowania się w amerykańskiej populacji emigrantów z południowo wschodniej Azji (Laos, Kambodża, Wietnam), zastosowano SOGS, którego wyniki ujawniły 59% udział patologicznego gamblingu w ocenie wywiadu całego życia w tej grupie badanej. Są to wyniki 10-25 - krotnie większe niż te obserwowane w populacji ogólnej (Petry, Armentano 2003). W ogólnej populacji światowej populacja mieszkańców Chińskiej Republiki Ludowej wydaje się być najbardziej podatna na uzależnienie od gier hazardowych. Pośród licznych badań nad tą grupą, stawiano kolejne hipotezy badawcze mające tłumaczyć to zjawisko. Sugerowano, że chińscy gracze mogą cechować się silniejszą wiarą w

poczucie szczęścia vs pecha, oraz złudzeniem kontrolowania sytuacji niż populacje zachodnie (Papineau 2005).

Występowanie gamblingu w okresie 12 miesięcznym w Europie szacuje się w zakresie 0.2%-0.8% osób w populacji dorosłych, a kryteria szerszej definicji hazardowania się problemowego spełnia 0,5-2% osób (The Future of Gaming and Amusement in Europe 2006). Badanie przekrojowe na populacji Norwegów w 2002 roku, w którym badano rozpowszechnienie zaburzeń związanych z hazardowaniem się wykazało, że w okresie minionego roku ponad 80% badanych (przebadano ponad 10000 osób) wzięło udział w grze hazardowej. Granie problemowe rozpoznano u 1.4% osób. Gracze tzw. okazjonalni wybierali częściej loterie, gracze grający problemowo preferowali grę na automatach. W badaniu wykorzystano narzędzie kliniczne NODS (Lund 2006). W Niemczech liczbę osób z nałogiem patologicznego hazardowania określono w zakresie od 103,000 do 290,000, co odpowiada 0.2%-0.6% populacji, a liczba osób hospitalizowanych z tego powodu w okresie od 2000 do 2010 roku potroiła się (Erbas 2012). Dotychczas nie przeprowadzono stosownych badań populacyjnych w Polsce, zakłada się, że występowanie zaburzeń związanych z hazardem w Polsce mieści się w średniej europejskiej (Woronowicz 2011).

Na podstawie danych z CBOS z 2011 roku stwierdzono, że 64% osób w Polsce nie zna i nie słyszało o osobie uprawiającej hazard, a 75% Polaków nie zna osoby, którą mogłoby podejrzewać o uzależnienie od hazardu. Równocześnie badanie CBOS z maja 2011 na 1189 osobowej, reprezentatywnej grupie Polaków wykazało, że w okresie minionego roku średnio do 2 osoba wzięła udział w grze hazardowej. Najpopularniejszą grą pozostają gry Totalizatora sportowego, drugą w

kolejności loterie i gry sms-owe, na trzecim miejscu znajdują się gry na automatach, gry karciane i kasyna. Niepokojącym sygnałem jest około 25% udział gier na automatach pośród zainteresowań grami hazardowymi pośród młodzieży, 6% spośród grającej młodzieży wybiera kasyna. 4% populacji spostrzega siebie jako osoby grające ryzykownie (CBOS – 2011).

Dwie trzecie osób w wieku podeszłym hazarduje się, a spośród tej grupy 1.7% doznaje znacznych szkód finansowych. Poza tym gracze ponoszą szkody zdrowotne, rodzinne, społeczne i inne (Govoni 2001). Pojawiają się pojedyncze doniesienia o prawdopodobnie korzystnym wpływie gier typu *bingo* na funkcje poznawcze osób w wieku podeszłym (Freiberg 1995).

Zaburzenia związane z hazardowaniem się mogą być epizodyczne i przewlekłe, a ich przebieg może być zróżnicowany, w zależności od zarówno rodzaju hazardowania się, jak i okoliczności życiowych (Hodgins 2004, Slutske 2006). Przykładem mogą być osoby, które problemowo grają wyłącznie w zakłady sportowe piłki nożnej, mogą przeżywać zaburzenia związane z hazardowaniem się podczas mistrzostw piłkarskich, a przez resztę roku nie grają wcale, lub grają, ale nie w sposób problemowy. Ponadto przebieg zaburzeń związanych z gamblingiem może być związany z jednym, lub wieloma wydarzeniami w życiu osobistym gracza, a w pozostałym czasie nie występuje w ogóle. Odwrotnie obserwuje się również graczy cierpiących na postać przewlekłą przez większość lub znakomitą większość życia (APA 2012).

Rozpowszechnienie pośród młodzieży

Gambling – patologiczne hazardowanie się może rozwinąć się bardzo wcześnie. W badaniu poświęconym rozpowszechnieniu zjawiska pośród młodzieży stwierdzono, że ponad 80% młodych ludzi między 12 a 17 rokiem życia w okresie ostatniego roku wzięło czynny udział w grze hazardowej. Ponad 35% przyznało się do grania przynajmniej raz w tygodniu (Fritz 2008). Pomimo, że większość dostępnych gier hazardowych jest zakazana prawnie dla młodzieży przed ukończeniem 18 roku życia, adolescenci z łatwością znajdują osoby w swoim otoczeniu osoby chętne udzielić im pomocy w zakupie losów, zakładów. Często razem z obietnicą partycypowania w ewentualnej wygranej, młody gracz pełni tutaj rolę eksperta, lub inwestora. Wraz ze zwiększeniem częstości grania pośród młodych ludzi, współmiernie wzrasta ilość i nasilenie nieracjonalnych myśli i zachowań związanych z hazardowaniem się (Lavoie 2004). Noonan i współpracownicy z Kanady stwierdzili w 1999 roku znaczne rozpowszechnienie hazardu pośród uczniów, dodatkowo obserwując wzrost częstości w kolejnych rocznikach szkolnych. Pomimo ograniczeń prawnych, ponad 22% uczniów przyznało się do zakupu kuponów loteryjnych i podobnych produktów, a ponad połowa przyznaje się do uczestnictwa w dowolnej innej formie uprawiania hazardu. Autorzy alarmują, że dzisiejsze dzieci będą pierwszym pokoleniem, które dorośnie w środowisku i kulturze, w której hazard jest niezwykle spopularyzowany i akceptowany społecznie. Dodatkowo już dzisiaj niepokoi wyższy odsetek problemowych hazardzistów pośród dzieci, niż osób dorosłych (Noonan 1999).

Moodie i Hastings zwrócili uwagę, że w okresie letniej pory roku palenie papierosów i gry hazardowe stają się dwoma głównymi problemami opieki zdrowotnej, których ofiarami są raczej młodzi ludzie, zwłaszcza wobec poczucia

bezsilności młodzieży, będącej często odbiorcami oddziaływań marketingowych, głównie reklam papierosów i zakładów (Moodie i Hastings 2008).

Czynniki określane jako niepokojące, umownie zwane jako zwiastunowe dla patologicznego hazardowania się u młodocianych, to (Fritz 2008):

- zmiany w dotychczasowym funkcjonowaniu w szkole/pośród rówieśników
    - nagłe pogorszenie wyników w nauce, spadek frekwencji obecności w szkole
    - rozluźnienie relacji społecznych, w tym rodzinnych, aż do wycofania, izolacji
    - zachowania aspołeczne/kryminalne
- nieuzasadniona i niewytłumaczalna potrzeba pieniędzy
- znikające pieniądze lub przedmioty w domu
- niewyjaśnione zadłużenie na wyciągu z karty kredytowej
- często obserwowane lęk, depresyjność lub wahania nastroju
- ponadprzeciętnie częstsze oglądanie kanałów sportowych w telewizji
- przesadne niezadowolenie w związku z wynikiem rozgrywek sportowych
- nocne telefonowanie
- intensywne zainteresowanie się sportem, przy braku wcześniejszego zainteresowania
- znajomość znacznej liczby aktualnych wyników rozgrywek sportowych

- ujawnianie cech nieuzasadnionego dobrobytu finansowego

NARZĘDZIA DIAGNOSTYCZNE

Za referencyjny dla rozpoznawania gamblingu uznaje się system DSM (National Research Council 1999) i na nim oparta jest większość narzędzi diagnostycznych, jednakże istnieje niewielka ilość badań prawidłowo oceniających ich użyteczność, rzetelność i zgodność klasyfikacyjną z kryteriami (Stinchfield 2007). Aktualnie dysponujemy sporą ilością narzędzi samooceny oraz narzędzi opartych o wywiad zaprojektowanych do badań przesiewowych zarówno populacji środowiskowych jak i klinicznych. Obszernych przeglądów dokonali w ostatnich latach Stinchfield i Hodgins ze współpracownikami (Stinchfield 2007, Hodgins 2008).

Narzędzia przesiewowe

Tab. Charakterystyka wybranych narzędzi przesiewowych w problemowym i patologicznym hazardzie. Źródło: opracowanie własne na podstawie przeglądu piśmiennictwa.

Nazwa narzędzia	Ocenia	N	Dane walidyzacyjne (DSM)	Autor i rok publikacji	Uwagi
Narzędzia przesiewowe					
South Oaks Gambling Screen - SOGS	całe życie i 12 miesięcy wstecz	16	ZK - 96%; C - 99%; S - 75%	Lesieur I wsp. 1993	fałszywie dodatnie rozpoznania
Problem Gambling Severity Index - PGSI	12 miesięcy wstecz	9	ZK – 83%; C - 83%: S – 100%	Ferris i wsp. 2001	Jest podskalą Canadian Problem Gambling Index (Ferris 2001)
National Opinion Research	całe życie i	17	Dobra rzetelność, C i	Gerstein i wsp. 1999	Narzędzie zaprojektowane

Center DSM-IV Screen for Gambling Problems (NODS)	12 miesięcy wstecz		S umiarkowane		również do przeprowadzania ankiet telefonicznych
NODS-CLiP (Control, Lying, and Preoccupation)	całe życie	2-4	C > 96%	Toce-Gerstein i wsp. 2009	Fałszywie dodatnie rozpoznania
Brief Biosocial Gambling Screen (BBGS)	12 miesięcy wstecz	3	C– 96%; S – 99%	Gebauer i wsp. 2010	Skuteczne narzedzie również w warunkach klinicznych
One Item Screen for Problem Gambling	12 miesięcy wstecz	1	b/d	Rockloff i wsp. 2011	79% odpowiedzi fałszywie negatywnych
Gambling Treatment Outcome Monitoring System (GAMTOMS) – podskala diagnostyczna	12 miesięcy i 4 tygodnie wstecz	10	C – 96%; S – 95%	Stinchfield i wsp. 2007	100% specyficzności z rozpoznaniami SOGS
Gambling Attitude Scales (GAS)	całe życie	116	b/d	Kassinove 1998	Narzędzie do zastosowania dla młodzieży szkolnej

Skróty: ZK – zgodność klasyfikacyjna, C - czułość, S - specyficzność

Skala **South Oaks Gambling Screen (SOGS)** mimo upływu 25 lat od jej opublikowania jest najczęściej stosowanym narzędziem przesiewowym. Skala powstała w oparciu o kryteria DSM-III dla patologicznego hazardowania się (Shaffer 2001). Narzędzie to przetłumaczono na wiele języków, a badany sam udziela odpowiedzi na pytania, lub zbierany jest z nim wywiad, składa się z 16 itemów (Lesieur 1987). Pierwsza, oryginalna wersja skali oceniała proces patologicznego hazardowania się w okresie całego życia, w późniejszym okresie stworzono narzędzia oceniające gambling patologiczny w okresie minionego roku, minionego kwartału (Lesieur 1993, Wulfert 2005). Wersja skali SOGS odnosząca się do badania minionego roku charakteryzuje się dużą zgodnością klasyfikacyjną, rzędu 96%, przy

lepszej czułości – 99% niż specyficzności – 75%, co może oznaczać, że SOGS może ma tendencję do fałszywie pozytywnych rozpoznań (Stinchfield 2002).

Pomimo szerokich możliwości zastosowania SOGS, narzędzie to poddane zostało wielokierunkowej krytyce (Shaffer 1999, Ladoucer 2000), między innymi ze względu na ryzyko potencjalnie wysokiego odsetka odpowiedzi fałszywie dodatnich (Gambino 1997, Stinchfield 2002), ponadto SOGS zarzuca się, że skupiono w niej uwagę głównie na trudnościach finansowych związanych z graniem, co może fałszować wyniki populacji graczy o wejściowo niskim statusie socjoekonomicznym (Young 2008).

Prostszym technicznie i krótszym narzędziem przesiewowym jest 9 itemowa skala **Problem Gambling Severity Index** (podskala innego narzędzia - **Canadian Problem Gambling Index**) (Ferris 2001). Skala umożliwia ocenę małego ryzyka, umiarkowanego ryzyka i problemowego hazardowania się w odniesieniu do ostatnich 12 miesięcy. Narzędzie to znajduje globalnie powszechne zastosowanie w narodowych badaniach przesiewowych, między innymi w Wielkiej Brytanii, Islandii, Danii i Australii. Przykładając kryteria diagnostyczne DSM-IV otrzymano imponujący wynik 100% specyficzności, przy 83% czułości i zgodności klasyfikacyjnej z rozpoznaniem problemowego hazardowania się (Ferris 2001).

Trzecim z podstawowych narzędzi przesiewowych jest 17-itemowe **National Opinion Research Center DSM-IV Screen for Gambling Problems (NODS),** które pierwotnie zostało zaprojektowane jako ankieta telefoniczna w krajowym badaniu przesiewowym w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, a dotyczyło patologicznego hazardu, zgodnie z kryteriami DSM-IV, w obserwacji całego życia i w odniesieniu do okresu ostatniego roku (Gerstein 1999). Wynik całkowity mierzony w skali służy zidentyfikowaniu osób z hazardem patologicznym, mniejsze wartości wskazują na małe ryzyko oraz hazardowanie się problemowe. Pomimo szeroko dostępnej informacji na temat właściwości psychometrycznych narzędzia, nadal potrzebne jest przeprowadzenie badań potwierdzających wiarygodność ustalonych wartości diagnostycznych wyników skali, zarówno w populacjach klinicznych jak i nieklinicznych (Gerstein 1999, Hodgins 2004, Wulfert 2005, Wickwire 2008). Po zastosowaniu NODS w badaniu przekrojowym w około 10 tysięcznej populacji norweskiej, stwierdzono w okresie minionego roku ponad 80% grających hazardowo

wzięło udział w grze hazardowej. Granie problemowe stwierdzono pośród 1.4% badanych. Gracze okazjonalni wybierali częściej loterie, gracze grający problemowo preferowali grę na automatach (Lund 2006).

NODS-CLiP – jeden z wariantów narzędzia, charakteryzujący się bardzo dużą, bo ponad 96% czułością w badaniach ogólnopopulacyjnych (Toce-Gerstein 2009) został poddany weryfikacji w warunkach klinicznych, w których wyniki nie były już tak jednoznaczne i optymistyczne. Badaniem objęto grupę osób włączonych zgodnie z kryteriami – inwentarz SOGS: 3 punkty lub więcej, minimum 2 dni hazardowania się w okresie ostatnich 2 miesięcy, w tym zakład minimum na kwotę 50 USD. Badanie to wykazało skuteczność w identyfikowaniu 94% problemowych hazardzistów w tej grupie, równocześnie wyłapując niemal połowę osób niespełniających ani jednego z kryteriów DSM-IV TR dla patologicznego hazardowania się (Volberg 2011).

W odróżnieniu od NODS CLiP, które dostarcza informacji w odniesieniu do problemów w przebiegu całego życia, niedawno opracowane 3-itemowe narzędzie przesiewowe **Brief Biosocial Gambling Screen** (BBGS) umożliwia ocenę 3 parametrów funkcjonowania społecznego (osobisty, rodzinno-społeczny i finansowy) w okresie minionego roku (Gebauer 2010). Narzędzie uzyskało znakomitą czułość (96%) i specyficzność (99%), co daje możliwość zastosowania Brief Biosocial Gambling Screen w warunkach badań klinicznych. Projekt BBGS powstał w oparciu o kryteria oceny z DSM-IV oraz dane z The National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions – NESARC (Petry 2005). Zarówno BBGS, jak i NODS CLiP zostały poddane walidacji krzyżowej w innych badaniach narodowych lub klinicznych (Hodgins 2011).

Kolejnym z dostępnych narzędzi przesiewowych jest **Massachusetts G a m b l i n g Screen (MAGS),** o zgodności klasyfikacyjnej z DSM-IV – 96% (Schaffer 2004), za pomocą którego w czasie 5-10 minut wykonuje się badanie diagnostyczne. MAGS jest pierwszym narzędziem, w którym dokonano przeniesienia kryteriów diagnostycznych DSM na konkretne pytania kwestionariuszowe.

Jednoitemowe narzędzie skriningowe dla gamblingu – **One Item Screen for Problem Gambling** jest to narzędzie spójne z ideą tworzenia narzędzi prostych, szybkich i skutecznych, w którym ankietowanym zadawano pytanie: „Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy miałeś jakiekolwiek problemu związane z twoim

hazardowaniem się?”. Rockloff i współpracownicy w 2011 roku poddali wspomniane narzędzie walidacji, porównując je do inwentarza PGSI. Wyniki dały niemalże 80% odpowiedzi fałszywie negatywnych, gdzie 79% zdiagnozowanych w PGSI hazardzistów nie potwierdziło występowania jakichkolwiek trudności związanych z gamblingiem w okresie ostatniego roku. W dyskusji nad zabserwowanym zjawiskiem w badaniu, fałszywie negatywne odpowiedzi autorzy tłumaczyli ciężkością uzależnienia i brakiem wglądu w szkodliwość gamblingu pośród badanych (Rockloff 2011).

Narzędzia do oceny przebiegu i skuteczności leczenia

Tab. Charakterystyka wybranych narzędzi do oceny przebiegu i skuteczności leczenia problemowego i patologicznego hazardu. Źródło: opracowanie własne na podstawie przeglądu piśmiennictwa.

Nazwa narzędzia	Rodzaj narzędzia	N	Zastosowanie	Autor i rok publikacji	Uwagi
Narzędzia do oceny przebiegu i skuteczności leczenia					
Gambling Treatment Outcome Monitoring System (GAMTOMS)	system	wieloitemowy	Follow-back/Follow-up	Stinchfield i wsp. 2007	
Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale-PG	Skala zmodyfikowana dla patologicznego hazardu	wieloitemowy	Ocena skuteczności farmakoterapii	Hollander i wsp. 1998	Duża rzetelność i wiarygodność narzędzia
Gambling Symptom Assessment Scale	Skala samooceny	wieloitemowy	Ocena skuteczności farmakoterapii	Kim i wsp. 2009	Duża rzetelność i wiarygodność narzędzia

Gambling Treatment Outcome Monitoring System (GAMTOMS) (Stinchfield 2007) to kwestionariusz samooceny, a także narzędzie oparte o zebranie wywiadu,

umożliwiające dokonanie opisu w szerszym i wielowymiarowym, niż poprzednie narzędzia zakresie. W GAMTOMS umieszczono elementy SOGS, równocześnie oceniając inne, niezawarte w SOGS obszary, odnosząc się do planowania leczenia, wyników obserwacji, wliczając w to częstość grania, zdrowie psychiczne, problemy finansowe, prawne i motywację do leczenia. Dodatkowo system ten zawiera 10 itemową podskalę diagnostyczną zgodną z DSM-IV. GAMTOMS znalazł kilkakrotnie zastosowanie w opracowywaniu oceny psychometrycznej podczas badań klinicznych (Stinchfield 2007) gdyż zgodność diagnostyczna skali z kryteriami DSM-IV dla patologicznego hazardowania się cechowała się dobrą czułością (96%) i specyficznością (95%) do rozróżnienia przypadków klinicznie rozpoznanych od nierozpoznanych, a także dobrą czułością (96%) i specyficznością (100%) dla rozróżnienia osób SOGS-dodatnich i ujemnych (Stinchfield i Govoni 2007). Warto dodać, że GAMTOMS składa się również z części służącej ocenie katamnestycznej up, umożliwiającej poprzez samoocenę pacjenta ewaluację wyników leczenia (Stinchfield 2007).

Zazwyczaj badania oceniające skuteczność leczenia farmakologicznego opierają się o zastosowaną w warunkach klinicznych skalę Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale zmodyfikowaną dla patologicznego hazardu (Hollander 1998) lub skalę samooceny Gambling Symptom Assessment Scale (Kim 2009), gdzie jedna i druga umożliwiają ocenę zachowań i motywacji do grania pośród badanych, a także cechują się wysoką rzetelnością i wiarygodnością.

Inne narzędzia stosowane w badaniach osób z nałogiem hazardowania się

Główną osią projektowania współczesnych narzędzi diagnostycznych jest model oparty o interakcję triangularną pomiędzy usługodawcą gier hazardowych, ich

odbiorcą, a środowiskiem (Shaffer 2002). Koncepcja Breslina opublikowana w 2000 roku dotyczy zmiany modelu myślenia podczas projektowania narzędzi badawczych, wedle której należy tworzyć możliwie krótkie, proste i mało czasochłonne, a zatem atrakcyjne, niezniechęcające do użycia kwestionariusze, które znajdą zastosowanie w warunkach każdego gabinetu lekarskiego (Breslin 2000).

Kassinove w 1998 roku postanowił stworzyć jako pierwszy narzędzie umożliwiające badanie postaw osób badanych względem hazardu, z wyszczególnieniem różnych jego form. Autor kierował się motywacją opartą o przegląd ówczesnych narzędzi klinicznych, które badały wyłącznie zachowania, a nie pozwalały na ocenę poznawczą badanych. Postawy zdefiniowano jako gotowość do działania, a projekt w oparciu o dostępną literaturę prowadzono z założeniem, że ludzie reagują w niejednakowy sposób względem różnych form gamblingu (Oskamp 1991).

Gambling Attitude Scales (GAS) – Kwestionariusz postaw związanych z hazardem, miał być narzędziem przydatnym już na etapie szkolnym, jako narzędzie przesiewowe pozwalające na zastosowanie wczesnej profilaktyki pośród osób o postawach zwiększonego ryzyka rozwoju uzależnienia. 116-itemowy kwestionariusz składa się ze skali głównej GAS-General i 3 podtypów szczegółowo opisujących postawy dotyczące gier w kasynie, loterii i wyścigów konnych (Kassinove 1998).

Zachowania i wydatki finansowe towarzyszące gamblingowi można poddać wiarygodnej ocenie adaptując metodę *timeline followback* dla osób z problemami alkoholowymi (Weinstock 2004).

Wielowymiarowy kwestionariusz dostępności hazardu - Multi-dimensional Gambling Accessibility Scale jest 13-itemowym narzędziem, które umożliwia

uzyskanie jak największej ilości informacji dotyczących bezpośrednio badanej osoby w kontekście dostępności, zachowań i skutków hazardowania się. Kwestionariusz konstruowano opierając się na wcześniej zidentyfikowanych 9 wymiarach dostępności do gier. Obszary te zidentyfikowała Komisja Produkcyjności, która jako ciało doradcze Australijskiego Rządu zajmuje się oceną środowiskową i ekonomiczną „dobrobytu/dobrostanu" obywateli Australii. Kolejno wymiary te stanowią: 1) liczbę okoliczności podjęcia hazardowania się, 2) liczbę możliwości w danym miejscu, 3) liczbę miejsc z możliwością grania, 4) zakres godzin, w jakich czynne jest miejsce oferujące grę, 5) warunki przystąpienia do grania, 6) lokalizację miejsc gry, 7) dostępność społeczną, 8) koszt rozpoczęcia gry, 9) łatwość w obsłudze. Kwestionariusz wzbogacono o 9 różnych zachowań związanych z gamblingiem, w tym: hazard szkodliwy, bankructwo, wydatki związane z hazardem, długość i częstość sesji grania, wybór konkretnego miejsca, przestępstwa, problemy rodzinne i samobójstwo. Wyniki badania walidacyjnego dla kwestionariusza pozwoliły na skonstruowanie 3 wymiarów dostępności. Dostępność Społeczna, Dostępność Fizyczna i Poznawcza (Hing 2009).

Tao opracował w 2011 roku autorski kwestionariusz Gambling Motives, Attitudes and Behaviors (GMAB), za pomocą którego podjął się oceny lokalnego obrazu motywacji, postaw i zachowań pośród uzależnionych od hazardowania się Chińczyków. W badaniu pilotażowym metody, która według autorów wymaga dalszych badań podłużnych i randomizowanych dokonano wstępnego opisu populacji graczy, porównania graczy uzależnionych od gier w kasynach do graczy grających poza kasynami, pośród typowych motywacji, jakimi kierowali się gracze (poczucie wartości, wzbogacenie się, poszukiwanie sensacji, zmniejszenie poczucia

znudzenia) badanie ujawnili dotychczas nieopisywaną wcześniej płaszczyznę motywacji jaką jest chęć uczenia się. W dyskusji nad badaniem, uczenie się zdefiniowano jako chęć zdobycia doświadczenia i wiedzy koniecznej w skuteczniejszym i kontrolowanym hazardowaniu się (Tao 2011).

Innym przykładem narzędzia diagnostycznego jest zwalidyzowany przez Steenbergha kwestionariusz Gamblers` Beliefs Questionnaire (GBQ) (Steenbergh i wsp. 2002). Jego głównym zadaniem jest umożliwienie opisu poznawczego stosunku do hazardowania się i przekonań wokół gamblingu. Kwestionariusz opisuje przekonania wokół konstruktów Szczęścia/Wytrwałości oraz Złudzenia Kontroli. Pierwsze według autorów prowadzi do wyprodukowania przekonań sprzyjających przecenianiu szansy na wygraną, a drugie do możliwości kontrolowanego wejścia/wyjścia w grę. W państwach zachodnich narzędzie to jest stosowane dość powszechnie i stanowi podłoże dla publikacji dotyczących przekonań wokół gamblingu w kulturze europejskiej i anglosaskiej (Wohl 2003). Wersja chińska GBQ-C również przeszła pozytywną walidację, stanowiąc użyteczne narządzie do badania przekonań w tamtejszej populacji (Wong 2011).

Safe@play Risk Quiz to narzędzie samooceny do zastosowania w trybie on-line, które można umieścić także w większości placówek oferujących możliwość gier hazardowych. Narzędzie to zostało zaprojektowane tak, by dostarczyć użytkownikowi szeregu informacji mających za cel podniesienie uważności nad czynnikami ryzyka problemowego hazardowania się oraz umożliwienie odzyskania zdolności oceny nad poczuciem kontroli podczas uprawiania hazardu. Quiz jest skuteczny w przestrzeganiu graczy przed czynnikami ryzyka, zwiększa uważność, ale efekt ten nie jest trwały. Badanie ewaluacyjne przeprowadzono na populacji ponad 300

studentów, ekspozycja na program była dość krótka i nie obejmowała populacji osób regularnie grających w kasynach, pośród których podejrzewa się silniejszy i trwalszy skutek zastosowania narzędzia. Autorzy proponują dokonanie kolejnych ocen w warunkach ekspozycyjnych, tzn. w kasynie (Horton 2001).

Inventory of Gambling Situations (IGS-63) to 63-itemowy inwentarz, którego zastosowanie umożliwia ocenę 10 typów okoliczności wysokiego ryzyka podjęcia decyzji o rozpoczęciu gry hazardowej. Należą do nich: złe samopoczucie emocjonalne, sytuacja skonfliktowania z osobą/osobami w otoczeniu, zachęcanie i „pokusa", próby sprawdzenia umiejętności kontrolowania siebie, przyjemne emocje, społeczny nacisk na granie, potrzeba ekscytacji, zmartwienia związane z długami, pogoń za wygraną, przekonanie o własnych umiejętnościach. Powyższe sytuacje dotyczą zarówno wewnętrznych – psychologicznych, jak i zewnętrznych / środowiskowych czynników spustowych podjęcia hazardu. Inwentarz pozwala na ocenę indywidualną badanego, a wraz z tym ocenę ryzyka nawrotu. Stanowi użyteczne narzędzie w planowaniu indywidualnej terapii poznawczo behawioralnej pacjenta (Turner 2006). W z powodu czasochłonności w warunkach interwencji społecznych zastosowanie powyższego inwentarza jest ograniczone. W związku z tym w 2011 roku podjęto starania wprowadzenia skróconej wersji oryginalnego inwentarza ograniczonej do 10 itemów (w obu wersjach ocenianych w skali 4 stopniowej każdy). IGS-10 to inwentarz samooceny badający częstość grania w różnych okolicznościach, na podstawie dowodu z przeprowadzonego badania stwierdzono jego wiarygodność i silną korelację badanych itemów z odpowiednimi itemami dłuższego oryginału (Smith 2011).

W 2008 roku poddano ocenie rzetelność skali Gambling Functional Assesment (GFA). Skala oryginalnie powstała w 2007 roku wraz z publikacją Dixona i Johnsona (Dixon 2007). GFA to 20-itemowa (każdy item oceniany w skali od 0-6) skala typu Likerta, oceniająca konsekwencje grania mające wpływ podtrzymujący na aktywność zachowań związanych z uzależnieniem (Miller 2009). W 2009 GFA poddano rewizji, rozpoczęto próby walidacyjne (Weatherly 2010). W 2011 roku wersję zrewidowaną GFA poddano ocenie i zakwalifikowano jako przydatne narzędzie (Weatherly 2012).

Najprostsza definicja treści metapoznawczych (metacognitions) opisuje je jako „myśli na temat myślenia". Termin „metapoznanie" odnosi się do zdolności umysłu do poznania samego siebie, lub też zespołu procesów kognitywnych, zaangażowanych w poznanie innych procesów lub struktur poznawczych (Nęcka 2007). Metapoznanie obejmuje zatem nie tylko wiedzę typu „wiem, że wiem" lub świadomość własnych procesów poznawczych, ale również efektywne zastosowanie tej samowiedzy w celu regulacji procesów poznawczych. Ten aspekt systemu przetwarzania informacji odpowiada za monitorowanie, interpretowanie, ocenę i regulację zawartości myśli oraz zawiaduje przebiegiem przetwarzania informacji (Dragan – 2011). W 2010 roku w Centrum Zdrowia w Soho (Wielka Brytania) grupa badaczy pod przewodnictwem Anniki Lindberg przeprowadziła badanie opisujące metapoznanie pośród problemowych hazardzistów. Badaniem objęto grupę 91 osób, podczas którego zastosowano kwestionariusz metapoznania – Matacognitions Questionnaire 30 (MCQ-30), którego wyniki korelowano ze skalami Hospital Depression) and Anxiety Scale (jedna ze skal oceny nasilenia depresji i lęku oraz SOGS. Wyniki badania wykazały znaczącą korelację pozytywną pomiędzy lękiem, depresją,

metapoznaniem, a skutkami hazardowania się jak również zachowaniami związanymi z hazardem. Analiza hierarchicznej regresji danych uzyskanych z badania wskazała na związek predykcyjny pomiędzy dwoma konstruktami metapoznawczymi (negatywne przekonania związane z myślami dotyczącymi braku możliwości kontrolowania gry, oraz poczucie zagrożenia i przekonania o tym, żeby kontrolować same myśli) a zachowaniami związanymi z hazardowaniem się mającymi podstawy w lęku i depresji (Lindberg 2011).

Konstrukt "spectrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych" dotyczy szerokiego zakresu zaburzeń o mających ścisły związek z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym - OCD. W badaniu Anholt i wsp. założono, iż patologiczne hazardowanie się może ujawniać podobne do OCD zaburzenia poznawcze, przez co zaliczane może być do spektrum. W badaniu zastosowano skalę OBQ-87, wyniki opisano jako niejednoznaczne, nie zezwalające na potwierdzenie powyższej hipotezy (Anholt i wsp. 2004).

W badaniu Lostutter i wsp. przedstawiono walidację trzech nowych narzędzi do pomiaru wyników leczenia, tj. Gambling Quantity and Perceived Norms Scale (GQPN), Gambling Problem Index (GPI) oraz Gambling Readiness to Change Questionnaire (GRTC), przeprowadzoną na grupie 560 studentów. Stwierdzono dobrą czułość i specyficzność narzędzi, ponadto autorzy badania zwrócili uwagę na przydatność powyższych narzędzi w ustalaniu planów rozwoju skutecznej profilaktyki i interwencji leczniczych (Lostutter 2002).

Profilaktyka

Model oddziaływań profilaktycznych w zasadzie opiera się na modelu zapożyczonym od uzależnień od substancji (Gaś 1993), w których zapobieganie

uzależnieniom, może być realizowane na trzech poziomach: profilaktyki pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowej.

- **Profilaktyka pierwszorzędowa**,
    - promocja zdrowia
    - przedłużenie życia
    - zapobieganie problemom związanym z używaniem
        - budowanie i rozwijanie umiejętności radzenia sobie z trudnościami
- **Profilaktyka drugorzędowa**
    - ujawnienie osób o największym ryzyku uzależnienia
    - redukcja ryzyka uzależnienia
        - zapobieganie przejściu używania w używanie problemowe i uzależnienie
- **Profilaktyka trzeciorzędowa** – interwencja po wystąpieniu uzależnienia
    - przeciwdziałanie pogłębianiu się procesu uzależnienia
    - umożliwienie osobie leczącej się powrotu do społeczeństwa
        - prowadzenie życia
            - satysfakcjonującego
            - akceptowanego społecznie
            - wolnego od środków odurzających

Pośród dostępnego piśmiennictwa dotyczącego zagadnienia zaburzeń związanych z hazardowaniem się, część doniesień odnosi się do propozycji oddziaływań profilaktycznych i ocenia ich skuteczność (Connecticut Council on Problem Gambling 2001), również z perspektywy oceny zdrowia publicznego (Korn

1999, Shaffer 2002). W pracach, w których nie prezentowano bezpośrednio propozycji oddziaływań chroniących przed rozwojem i konsekwencjami zaburzeń związanych z hazardowaniem się, można doszukać się wielu kluczowo ważnych informacji gotowych do implementacji w model myślenia o profilaktyce. Obszerne opracowania, takie jak 27-stronicowa charakterystyka demograficzna graczy na tzw. automatach w stanie Alberta, zarówno problemowych, jak i nieproblemowych (Smith 2004) stanowi istotny materiał do opracowania precyzyjnie dostosowanych do danej populacji graczy w danym regionie narzędzi profilaktycznych. W dużych doniesieniach oceniających aktualny obraz spektrum oddziaływań interwencyjnych nie sposób nie doszukać się krytycznego spojrzenia, zwracającego uwagę na „dziury", pominięcia i uproszczenia, które ze względu na korzyści wynikające choćby z profilaktyki powinny stanowić cele dalszego rozwoju badań, również krytycznie (Taylor - 2007). Istotne dla dalszego leczenia i minimalizacji szkód jest szybkie rozpoznanie zagrożenia rozwojem nałogu i wdrożenie wczesnej interwencji. Zadania te mogą być realizowane w warunkach gabinetu lekarza pierwszego kontaktu (Tolchard 2007). Skuteczność profilaktyki realizowanej w warunkach zamkniętych oddziałów o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia wydaje się być obiecująca, jednakże bez przeprowadzenia badań kontrolowanych nie znaleziono oparcia w literaturze umożliwiającego rekomendację tej metody (Newton 2005).

Shaffer zaleca zmianę podejścia badawczego w problemowym i patologicznym gamblingu. Proponuje, żeby zamiast przykładać uwagę i prowadzić kolejne badania koncentrujące się na zbieraniu danych dotyczących rozpowszechnienia zaburzeń związanych z hazardowaniem się, skupić się wyraźnie

nad czynnikami ryzyka i czynnikami protekcyjnymi mającymi związek z początkiem wystąpienia ich objawów (Shaffer 2004).

Autorzy publikacji z 2004 roku (Messerlian i Derenevsky 2004) zwrócili uwagę na potrzebę wielopoziomowego spojrzenia na promocję zdrowia i strategię profilaktyki problemowego i patologicznego hazardu. W myśl tej koncepcji obszarami zainteresowań powinien być rozwój umiejętności osobistych zarówno osób młodych, ich rodziców jak i profesjonalistów pracujących w dziedzinie diagnozy i leczenia, wzmocnienie więzi społecznych oraz wspieranie środowisk wspomagających (również tych niezwiązanych z hazardem). Zalecana jest orientacja prozdrowotna linii politycznej i zwiększenie zainteresowania systemu opieki zdrowotnej. Tego samego roku Minister Zdrowia Nowej Zelandii zajął podobne stanowisko dotyczące konieczności utworzenia funduszy i koordynacji działań mających za cel prewencję i minimalizację szkód związanych z hazardem. Wielopoziomowa profilaktyka, począwszy od promocji zdrowia, poprzez rozpoznawanie i rozwiązywanie problemów związanych z graniem na wczesnym etapie zaburzeń, do profilaktyki konkretnych szkód związanych z problemowym hazardowaniem się. Zalecano przyjęcie wspólnego stanowiska i postępowania poprzez wszystkie sektory rządu, wyrównanie dostępu do opieki zdrowotnej i skupienie uwagi na szkodach, rozumianych jako continuum grania (New Zealand Ministry of Health 2004).

W pracach zaznaczają się trendy do umieszczania oddziaływań profilaktycznych kierowanych do wyraźnie określonych grup docelowych, względem wieku, pochodzenia, rasy, statusu społecznego, a szczególny nacisk kładzie się na prewencyjne oddziaływania organizowane dla dzieci i młodzieży. Nie opracowano dotychczas skutecznego powszechnego programu profilaktyki. Z części prac pozwala

wyłania się model „redukcji szkód” oraz model „odpowiedzialnego hazardowania się”, jako alternatywy dla dążeń w leczeniu mających zapewnić całkowitą abstynencję pośród osób z problemowym lub patologicznym gamblingiem.

Arnold i wsp. w 2003 roku zwrócili uwagę, że współcześnie stosowane metody leczenia, jak i profilaktyki są zbyt nowe, by mogły być jednoznacznie i prawidłowo oceniane pod względem skuteczności. Na ogół zadania te realizowane są ad hoc, wraz z dostępnością do aktualnej Widzy i w oparciu o doświadczenia z leczenia uzależnień od substancji. Jako zadanie priorytetowe ustalono konieczność organizowania ogólnodostępnych telefonów zaufania dla hazardzistów. Szczególny nacisk położono na konieczność zwiększenia wysiłków edukacyjnych - psychoedukacyjnych w społeczeństwie, gdyż znaczna część dolegliwości obserwowanych pośród hazardzistów nie wynika bezpośrednio z uzależnienia, ale z powodu trudności pojawiających się wokół grania (Arnold i wsp. 2003). Podobnego zdania odnośnie niewielkiej wiedzy, jaką dysponujemy obecnie w zakresie informacji o profilaktyce hazardu patologicznego są Derenevsky i Gupta. Również ci autorzy podkreślają, że stan ten zmusza nas do ciągłego zapożyczania wiedzy z dziedziny uzależnień od substancji psychoaktywnych. Podobną obserwację można poczynić w odniesieniu do leczenia. Artykuł stanowi kolejną z dyskusji porównujących, ale niewskazujących jednoznacznie na zalety jednej ze strategii, pomiędzy abstynencją, a redukcją szkód. Dzisiejsi „młodzi”, wkrótce staną się dorosłymi i powinni stanowić jeden z podstawowych celów oddziaływań profilaktycznych (Derenevsky i Gupta 2004).

W raporcie Abbota i wsp. opublikowanym w 2004 roku dokonano krytycznej oceny planowanych współcześnie przyszłych obszarów badań w dziedzinie zaburzeń

związanych z uprawianiem hazardu. Autorzy zgodnie orzekli o błędnym przekonaniu, jakie panuje pośród współczesnych badaczy, którzy skupiają się głównie nad metodami leczenia ciężkich przypadków uzależnienia od hazardowania się, a pomijają, lub nie doceniają znaczenia profilaktyki wyżej wspomnianych zaburzeń. Z doświadczeń zastosowania kampanii przeciwalkoholowych i przeciwnikotynowych wynika, że podobne oddziaływania ukierunkowane na hazard mogą być skuteczne zarówno wśród młodzieży jak i dorosłych. Spośród ostatnio oferowanych innowacyjnych metod profilaktyki, autorzy określili jako obiecujące kioski informacyjne „*problem gambling information kiosks*" przestrzegające przez problemowym hazardowaniem się, zlokalizowane bezpośrednio w placówkach, gdzie organizowane są gry hazardowe. Ponieważ programy prewencyjne wymierzone w grupę docelową, jaką jest młodzież nie budzą sprzeciwu wobec dostawców gier hazardowych, dodatkową zaletą staje się możliwość współpracy pomiędzy dostawcami gier hazardowych, a osobami bezpośrednio biorącymi w nich udział. Autorzy zwrócili uwagę na zagrożenie dla skuteczności profilaktyki zaburzeń związanych z hazardowaniem się, jakie stanowią finansowane poprzez biznes gier hazardowych kampanie reklamowe (Abbota 2004).

W badaniach nad hazardowaniem się konsekwentnie stwierdzano, iż osoby grające nie są w pełni zdolne do racjonalnej oceny swojej aktywności i czynności związanych z graniem (Ladouceur 1988, Wagenaar 1988, Gaboury 1988, Griffiths 1995, Walker 1992, Griffith 1994, Delfabbro 2000), a gracze przypisują zafałszowane znaczenie, dotyczące skutków gry, nadają cechy osobowości i ludzkie zachowania urządzeniom (np. automat uporczywie prowokuje gracza), doszukują się u siebie rozwoju umiejętności gry, w grze o wynikach czysto losowych, angażują się w szereg

zabobonów, rytuałów, czarują wyniki, w tym czynności takie jak pocieranie maszyn lub chuchanie na kości (Henslin 1967, Gaboury 1988, Walker 1992). W 2004 roku zapoczątkowano dyskusję dotyczącą przeciwdziałaniu skutkom powyższych przekonań. Zaproponowano dostarczanie pełnych informacji graczom dotyczących fałszywych, nieracjonalnych przekonań zarówno w miejscach, w których organizowane są gry, jak i bezpośrednio na urządzeniach. Oddziaływanie to ma mieć charakter profilaktyczny wobec osób, u których jeszcze nie rozwinęły się objawy zaburzeń związanych z hazardowaniem się. Osoby dotknięte nałogiem hazardu z powodu opisywanych wcześniej zaburzeń poznawczych mogą nie być zdolne do uzyskania korzyści z powyżej metody (Delfabbro 2004). Podobnym zadaniem obarczono program "Stop & Think!", kierowany do osób grających na automatach (Video Lottery Games), grających ryzykownie, tj. pośród których występuje ryzyko rozwinięcia się grania nałogowego. Głównymi zadaniami programu są restrukturyzacja poznawcza oraz zdolność do rozwiązywania problemów. Wyniki badania oceniającego jego efektywność, wskazują na gotowość do skutecznego zastosowania programu, który składa się między innymi z prezentacji, filmu wideo oraz warsztatów (Doiron 2007).

Govoni i wsp. w 2001 roku opublikowali doniesienie opisujące oparty o oddziaływania społeczne program profilaktyki gamblingu dla seniorów. Autorzy zwrócili uwagę na to, że dwie trzecie osób w wieku podeszłym hazarduje się. Z pośród tej grupy około 17% doznało znacznych szkód finansowych, a szkody nie ograniczały się wyłącznie do finansowych. W tekście położono nacisk na konieczność poszerzenia grupy docelowej programu z osób starszych na pełny zakres wiekowy populacji grających. Proces ten nazwany został „Syntegration" i

opiera się o strategię zaangażowania możliwie dużej grupy ludzi z różnych środowisk, promowanie tzw. rozważnego, odpowiedzialnego grania jako podstawy dla oddziaływań takich jak „różne strategie dla różnych ludzi", „seniorzy wspierają seniorów", czy też „Media Blitz" (Govoni i wsp.2001). Znaczenie oddziaływań profilaktycznych docelowych w grupie osób w wieku podeszłym podkreśla „starzenie" się populacji ogólnej, a przez co aktualne i przewidywane zwiększenie liczby osób grających problemowo i osób z w pełni rozwiniętym nałogiem hazardu (Tse 2012).

Kampanie marketingu społecznego odgrywają ważną rolę w profilaktyce ryzykownych zachowań związanych z gamblingiem, a także z promocją szukania pomocy. Specjaliści marketingu społecznego powinni przykładać specjalną uwagę do zapewniania skutecznego przekazu w zależności od grupy odbiorczej, do której jest on kierowany, a także wykazać się zrozumieniem dla znaczenia różnych czynników środowiskowych, które mogą utrudniać lub zniekształcać treści zawarte w kampaniach. Potwierdzono skuteczność tej metody, zwłaszcza w przejmowaniu odpowiedzialności za zachowania związane z hazardowaniem się (Thomas 2012), zmianę myślenia o hazardzie jako o czynności rekreacyjnej, na kryminalną, niemoralną i patologiczną (Brooks 2012). Część spośród osób badanych doświadczyła negatywnych wrażeń utrudniających podjęcie decyzji o szukaniu pomocy w związku obawą przed stygmatyzacją (Thomas 2012).

W systematycznym przeglądzie doniesień dotyczących porównania tzw. wczesnej interwencji i „kolejnych interwencji" zwrócono uwagę na temat znacznie większej dostępności informacji o kolejnych oddziaływaniach, a wczesna interwencja należy do obszarów niezbadanych. Rozumiejąc istotny wpływ profilaktyczny takiej

interwencji na rozwój głębszych form zaburzeń związanych z hazardowaniem się autorzy zwracają uwagę na najczęstsze błędy: większość badań nad wczesną interwencją dotyczy grupy osób młodych, pomijając znaczenie takiej interwencji pośród osób o późniejszym początku, a także badania są przeprowadzane metodologicznie niepoprawnie (Gray 2007).

Safe@play Risk Quiz to narzędzie samooceny do zastosowania w trybie on-line, które można umieścić w większości placówek oferujących możliwość gier hazardowych. Narzędzie to zostało zaprojektowane tak by dostarczyć użytkownikowi szereg informacji mających za cel podniesienie świadomości czynników ryzyka problemowego hazardowania się oraz umożliwienie odzyskania zdolności oceny nad poczuciem kontroli podczas uprawiania hazardu. W tym rozumieniu Safe@play Risk Quiz realizuje zadania profilaktyczne, co zostało potwierdzone w jednym ze wstępnych badań ewaluacyjnych (Horton 2001).

Wskazane jest przestrzeganie pacjentów z rozpoznaną chorobą Parkinsona, że podczas leczenia znajdą się w grupie ryzyka rozwoju zaburzeń kontroli impulsów, ze wskazaniem obszarów tego ryzyka (Weintraub 2009) między innymi zaburzeń związanych z hazardowaniem się.

W prowincji Quebec w Kanadzie poddano ocenie program "*As luck would have it*". Program ten to 2 godzinny warsztat przygotowany specjalnie z myślą o detalicznych użytkownikach gier na automatach (*video lottery*), którzy grają ponadprzeciętnie dużo. W programie udzielane są odpowiedzi na następujące pytania:

1. Czym jest szansa, a czym losowość?
2. Czy istnieje związek między niezrozumieniem koncepcji szansy, a nadmiernym hazardowaniem się?

3. Jak rozpoznać u siebie objawy zaburzenia?
4. Jakie decyzje powinien podejmować użytkownik, gdy zechce się leczyć?

Uczestnicy, którzy ukończyli warsztat uzyskali wgląd w problemowe hazardowanie się, łatwiej rozpoznają i nazywają objawy, czują się pewniej podczas stosowanych wobec nich interwencji. Absolwenci warsztatu podejmowali próby interwencji z innymi problemowymi hazardzistami znacznie łatwiej i częściej, niż osoby, które nie ukończyły szkolenia. Była to kolejna z korzyści wynikających z odbycia warsztatu obserwowana w ocenie katamnestycznej (Ladouceur 2004).

Ladoucer i Vezina zaprojektowali badanie mające za cel ocenę wpływu broszury poświęconej patologicznemu gamblingowi na dostarczenie nowych informacji i poszerzenie wiedzy na ten temat w społeczeństwie. Losowo wybrano przypadkowe 115 osób spotkane w publicznych parkach i deptakach, które podzielono na grupę badaną i kontrolną. Wyniki badania jednoznacznie wykazały skuteczność powyższej metody w szerzeniu nowych informacji na temat problemowego hazardowania się, zachowań ryzykownych i możliwości uzyskania koniecznej pomocy. Autorzy stwierdzili, że badania tego typu, choć rzadko wykonywane przyczyniają się do koncepcji rozpowszechniania wcześniej podobnie ocenianych materiałów celem zwiększenia skuteczności i siły oddziaływań profilaktycznych (Ladouceur 2000).

W badaniu w którym przedstawiono walidację trzech nowych narzędzi do mierzenia wyników leczenia, tj. Gambling Quantity and Perceived Norms Scale (GQPN), Gambling Problem Index (GPI) oraz Gambling Readiness to Change Questionnaire (GRTC), przeprowadzoną na grupie 560 studentów autorzy badania zwrócili uwagę na przydatność powyższych narzędzi w ustalaniu planów rozwoju

skutecznej profilaktyki i interwencji leczniczych. Samo stosowanie narzędzi nie spełnia funkcji prewencyjnej, ale daje lepszy i jaśniejszy obraz zaburzeń, gotowości do zmiany a poprzez to pośrednio umożliwia projektowanie narzędzi profilaktycznych (Lostutter 2002)

Pomimo, iż deklaratywnie Chevalier i współpracownicy skupili się na działaniach profilaktycznych, podejście mające za cel uświadomienie hazardziście, jakie szkody ponosi on i otoczenie wobec grania, a także umożliwienie dostrzeżenia alternatywnych wobec gamblingu aktywności dających korzyści również należy do spektrum oddziaływań leczniczych. Autorzy proponują alternatywną, uspołeczniającą formę hazardowanie się, np. celem „doświadczania emocji" lub w celu charytatywnym (Chevalier 2002). Interwencje kliniczne nacelowane na poprawę metapoznawczą mogą być skuteczne w profilaktyce i leczeniu uzależnienia od hazardu (Brevers 2012). Artykuł Turnera jest modelowym przykładem publikacji, która powstała przy współpracy profesjonalistów w dziedzinie leczenia i profilaktyki zaburzeń, a której zadaniem jest demitologizacja i odczarowanie powszechnych treści, które dotyczą automatów do gier. W opracowaniu opisane zostały metody, jakimi automaty skutecznie symulują losowość wygranych i trudności, na jakie natyka się gracz, próbujący zrozumieć mechanizm gry, ujawnia techniczne szczegóły i zasadę działania maszyn. Materiał został wzbogacony również w część zawierającą „trudne pytania" z odpowiedziami (Turner 2004).

Rozpowszechnienie hazardu i problemowego hazardowania się w amerykańskiej populacji emigrantów z południowo wschodniej Azji (Laos, Kambodża, Wietnam) jest 10-25-krotnie większe niż te obserwowane w populacji ogólnej, co wyraźnie wskazuje na konieczność zorganizowania etnicznie dostosowanych

oddziaływań profilaktycznych wobec imigrantów, jak również obrania strategii interwencyjnych (Petry i Armentano 2003). Na podobne zjawisko i konieczność dostosowania strategii profilaktycznych zwracają uwagę Tse i Wong w publikacji dotyczącej coraz bardziej liczebnej populacji azjatów w Nowej Zelandii (Tse i Wong 2004). Z kolei Nixon, Leigh i Nowatzki przygotowali program mający za zadanie poszerzyć świadomość więźniów, jako grupy obciążonej niemal 30% ryzykiem występowania patologicznego hazardowania się. Materiał został przetestowany, a jego skuteczność oceniono w jednym z więzień w stanie Alberta. Zaobserwowano poprawę w zakresie poznawczym, wraz z korygowaniem błędnych osądów oraz zwiększeniem częstości występowania postaw negatywnych graniu, jednakże nie wpływały na częstość hazardowania się i objawy psychopatologiczne. Autorzy zwracają uwagę na brak dostępnych alternatywnych narzędzi przystosowanych do pracy w tej populacji chorych (Nixon 2006). Polscy autorzy widzą wyraźny związek pomiędzy nawrotami hazardowania się, czynami kryminalnymi a kryminogennym wpływem „długów" (Pastwa-Wojciechowska 2011).

Odpowiedzialne/rozważne hazardowanie się – model profilaktyki zaburzeń związanych z hazardem

Landoucer i wsp. definiują odpowiedzialne/rozważne hazardowanie się jako sposób postępowania i oddziaływania zaprojektowany by zmniejszać je, lub chronić przed szkodami związanymi z hazardem. Ponadto autorzy dowodzą o konieczności położenia nacisku na podejście w modelu redukcji szkód podobne do powszechnie już stosowanego w odniesieniu do narkotyków lub alkoholu: lepiej zmniejszać nadużywanie, niż walczyć o całkowitą abstynencję (Ladouceur 2004). Odpowiedzialne hazardowanie się wraz z redukcją szkód stanowią alternatywę i

równie rekomendowaną strategię postępowania co strategia utrzymania abstynencji (Dickerson 2006). Podobnego stanowiska jest Volberg, który proponuje rozszerzenie zakresu ubezpieczenia zdrowotnego na problemowe hazardowanie się, a także zwiększenie funduszy na promocję modelu odpowiedzialnego i rozważnego hazardowania się, w tym na społeczną edukację i profilaktykę (Volberg 2002). W raporcie dla Independent Pricing and Regulatory Tribunal of New South Wales dokonano przeglądu doniesień oceniających tzw. redukcję szkód związanych z hazardowaniem się w odniesieniu do społeczeństwa, a także bezpośrednio samych graczy. W raporcie położono nacisk na zintegrowany zakres oddziaływań mających za cel promowanie tzw. „kultury odpowiedzialności", mających stanowić podstawę umożliwiającą graczom swobodne podejmowanie racjonalnych dla nich decyzji (Independent Pricing and Regulatory Tribunal of New South Wales 2004). W badaniu nad gotowością populacji australijskich graczy do przyjęcia strategii rozważnego/odpowiedzialnego hazardowania się wspartych legislacyjnie w 2000 r., stwierdzono istotny wpływ na profilaktykę zaburzeń związanych z gamblingiem zakazu wstępu do placówek organizujących gry hazardowe ludziom pod wpływem alkoholu lub substancji psychoaktywnych, brakiem możliwości realizowania płatności kartami kredytowymi lub czekami oraz wypłaty większych wygranych wyłącznie czekami bankowymi. Ciekawym wydaje się obserwacja, że wstęp młodzieży do takich placówek nie zawsze był postrzegany jako zagrażający (Hing 2003).

Redukcja szkód

W publikacjach poświęconych profilaktyce i leczeniu problemowego i patologicznego hazardowania się, zaznacza się spora grupa doniesień dotyczących zastosowania strategii redukcji szkód, również w rozumieniu „odpowiedzialnego

hazardowania się” (Dickerson 2006) jako alternatywy dla strategii walki o utrzymanie całkowitej abstynencji. Blaszczynski w 2002 roku opublikował przegląd i porównanie strategii redukcji szkód stosowanych w różnych krajach w leczeniu i profilaktyce powikłań hazardowania się. Zwrócił uwagę na jednomyślność w rozumieniu znaczenia redukcji szkód, aczkolwiek podkreślił, że nadal brakuje ujednolicenia metod postępowania. Autor dokonał porównania ze strategiami wobec uzależnień od substancji psychoaktywnych (Blaszczynski 2002). Messerlian i Derenevsky zwracają uwagę na to, że młodzi ludzie klinicznie źle odpowiadają na interwencje jednoznacznie wzywające do całkowitej abstynencji. W zamian za to zasugerowano stosowanie interwencji dostosowanych do stanu emocjonalnego osoby, z wyraźnym podkreśleniem definicji nałogu hazardowego (Messerlian i Derenevski 2006). W dyskusjach poświęconych porównaniu strategii redukcji szkód ze strategią całkowitej abstynencji, zwrócono uwagę, że zachowania ryzykowne leżą w continuum szkód, i niezależnie od obranej strategii je również należy obejmować profilaktyką i leczeniem (Derenevsky – 2001)

Podczas, gdy strategia redukcji szkód znalazła uznanie i szerokie zastosowanie w leczeniu uzależnień od substancji pośród młodzieży, jej zastosowanie w tej grupie wiekowe w prewencji problemowego gamblingu pozostaje dotychczas niedostatecznie zbadane, zatem nie może być rekomendowane. Badanie Dicksona i jego współpracowników z 2004 roku miało za zadanie dostarczyć intelektualnego dowodu skuteczności tej strategii w paradygmacie profilaktycznym dla gamblingu, a także innych zachowań ryzykownych. Jednym z najważniejszych wniosków z omawianego raportu jest wykluczenie grupy osób prezentujących

ekstremalnie nasilone zachowania niekontrolowane, jako grupy docelowej dla oddziaływań w modelu redukcji szkód (Dickson 2004).

Profilaktyka problemowego i patologicznego hazardowania się pośród młodzieży

Pośród licznych doniesień, raportów, badań, przeglądów dotyczących oddziaływań profilaktycznych wobec problemowego i patologicznego gamblingu istotny nacisk kładzie się na znaczenie profilaktyki kierowanej do młodych i coraz młodszych ludzi (Fernand 2002, Volberg 2002, Abbota 2004, Derenevsky 2004, Gupta 2004, Dickson 2004, Lavoie 2004). Dzisiejsze dzieci będą pierwszym pokoleniem, które dorośnie w środowisku i kulturze, w której hazard jest spopularyzowany i akceptowany społecznie, a większy odsetek problemowych hazardzistów pośród dzieci w porównaniu z dorosłymi szczególnie skłaniać powinien do rozwijania oddziaływań profilaktycznych, zarówno poznawczych jak i emocjonalnych (Noonan 1999). „Niewidzialne" społecznie problemowe hazardowanie się stanowi równocześnie istotne zagrożenie dla młodzieży (Messerlian i Derenevsky – 2004) i młodych dorosłych, którego znaczenie dostrzeżono dopiero w ostatnich latach (Messerlian 2005, Papoff 2009). Lavoie i Ladouceur postulują, że dzieci w wieku 7 i 11 lat są na takim etapie rozwojowym, w którym uzyskują zdolność do zidentyfikowania złudzenia kontroli nad szansą, co należy do obszaru zainteresowań i celów terapeutycznych w podejściu poznawczym, gdyż brak poczucia tego złudzenia to jedna z przyczyn utraty kontroli nad graniem (Lavoie 2004). Młody wiek dzieci, jako odpowiedni wiek do rozpoczęcia oddziaływań i modyfikacji podłoża zachowań związanych z gamblingiem pośród dzieci znalazł szerokie uzasadnienie w pracy Derenevskiego i wsp. (Derenevsky i wsp. 2007). Dostarczenie wystarczającej informacji graczom dotyczącej fałszywych, nieracjonalnych przekonań

charakterystycznych dla problemowych i patologicznych graczy, zarówno w miejscach, w których organizowane są gry, jak i bezpośrednio na urządzeniach może mieć charakter profilaktyczny wobec osób, u których jeszcze nie rozwinęły się objawy zaburzeń związanych z hazardowaniem się (Delfabbro 2004). W jednym z badań, w którym obserwację przeprowadzono tym samym obszarze grupy społecznej, jakim jest jedna szkoła, ujawniono zwiększenie częstości występowania hazardu i zaburzeń z nim związanych w kolejnych latach na tym samym poziomie klasy szkolnej, a także konsekwentne wzrosty częstości występowania rozpoznań w obrębie tej samej grupy badanej w kolejnych latach (Stinchfield 2002).

W jednej z publikacji podjęto próbę odpowiedzi na pytanie, czy programy profilaktyki antynikotynowej, antyalkoholowej albo przeciw używaniu narkotyków mogą znaleźć w podobnym wymiarze skuteczne zastosowanie pośród młodych hazardzistów. Pomimo zwiększenia świadomości potrzeby edukacji dzieci wobec zagrożenia, jakie stanowi hazard, nadal brakuje spójnej wiedzy empirycznej odnośnie efektywnych oddziaływań profilaktycznych. Różne uzależnienia łączą często wspólne czynniki ryzyka i czynniki protekcyjne, co uzasadnia podjęcie podobnych oddziaływań prewencyjnych i leczniczych dla uzależnień od substancji i behawioralnych, a zatem autorzy opowiadają się za możliwością zastosowania i w tym przypadku modelu uogólnionego (Dickson 2002).

Biorąc pod uwagę wysokie rozpowszechnienie hazardu pośród młodzieży, wraz ze współtowarzyszącymi zachowaniami wokół hazardowania się i irracjonalnymi przekonaniami, Ferland i wsp. poddali próbie na grupie ponad 420 siódmo i ośmioklasistów specjalnie przygotowany materiał wideo. Zadaniem filmu miały być edukacja i demitologizacja gamblingu. W dyskusji poddano wątpliwość czy podana w

tej formie komunikacji, czysto poznawczej formy oddziaływań jest skuteczna, zasugerowano zwiększenie efektywności oddziaływań profilaktycznych przy uzupełniającym udziale nauczycieli (Fernand 2002). Każdy program, adresowany do uczniów, w którym realizuje się rozwój świadomości, umiejętności samooceny, radzenia sobie i wiedzę na temat hazardu i czynności z nim związanych, ma wysokie znaczenie edukacyjne i stanowi korzystne narządzie profilaktyki patologicznego hazardowania się (Turner 2007). Wraz ze zwiększeniem częstości grania pośród młodych ludzi, współmiernie większa się liczba i nasilenie nieracjonalnych myśli i zachowań związanych z hazardowaniem się. 273 francuskojęzycznym uczniom klas piątych i szóstych zaprezentowano specjalnie przygotowany materiał filmowy, którego zadaniem była demitologizacja i udostępnienie wiedzy na temat hazardu. Badanie potwierdziło skuteczność metody i zrealizowanie obu zadań w całości (Lavoie 2004). W badaniu Landoucer, Ferlanda i współpracowników w szkołach podstawowych oceniano skuteczność programów profilaktycznych mających za cel korekcję fałszywych przekonań i demitologizację w odniesieniu do koncepcji „szansa, a losowość" wygranej. Stwierdzono zwiększenie skuteczności tej metody, jeśli programy prowadzone są przez psychologów lub specjalistów terapeutów uzależnień, a nie przez nauczycieli (Ladouceur 2003). W innym badaniu Lavoie i Ladouceur wykazano z kolei, że prezentacja materiału filmowego, może być równie skuteczna w formie monoprezentacji, jak ze współtowarzyszącą dyskusją, aczkolwiek autorzy postulują, że dyskusja może przyczyniać się do utrwalenia oddziaływań profilaktycznych (Lavoie i Ladoucer 2004). W badaniu nauczycieli oceniającym ich wiedzę na temat problemowego hazardowania się młodzieży, a także oceniającym ich zainteresowanie zastosowaniem programów profilaktycznych stwierdzono, że

nauczyciele mają dobry dostęp do zrozumienia problemów wokół hazardu młodzieży, przejawiają zainteresowanie zdobyciem wiedzy w tym zakresie, ale równocześnie nie są gotowi do poświęcania czasu na zajęcia profilaktyczne (Ladouceur 2004). Z kolei w badaniu przeprowadzonym na grupie nauczycieli szkół średnich i wyższych w Massachusetts wykazano, że znaczna część z wychowawców jest nieświadoma rozpowszechnienia problemów związanych z hazardowaniem się pośród swoich podopiecznych. Autorzy badania wyrażają powątpiewanie w to, że nauczyciele zostaną wyposażeni w sensowne narzędzia i wiedzę, umożliwiającą rozpoznawanie i prewencję zaburzeń (Shaffer 2000). Poddano dyskusji program profilaktyki patologicznego hazardu kierowany do uczniów w wieku szkolnym. Stwierdzono umiarkowany wpływ na poznawczą interpretację hazardu, przy braku wystarczających dowodów o wpływie na zachowania i postawy związane z gamblingiem. Jednogodzinna interwencja to stanowczo zbyt krótko, by dokonać trwałej i skutecznej zmiany. W jedynym badaniu, w którym oceniono, czy zastosowanie takiego programu paradoksalnie nie zwiększy zainteresowania hazardem wśród młodzieży, nie potwierdzono takiej hipotezy (Turner 2008).

Innym badaniem, które miało za zadanie zaprojektować, wprowadzić i ocenić skuteczność programu profilaktyki problemowego hazardowania się dla uczniów szkół podstawowych, jest badanie Williamsa i współpracowników z 2002 roku.

Program składał się z 5 modułów:

1. Wiedza na temat natury hazardowania się i problemowego hazardu.
2. Warsztaty mające za cel zmniejszenie podatności uczniów na błędy poznawcze dające podstawy dla fałszywych przekonań związanych z gamblingiem.

3. Informacje na temat realnych szans podczas gier hazardowych i ćwiczenia poprawnej kalkulacji tych szans.
4. Warsztaty podejmowania decyzji oraz rozwiązywania trudności społecznych.
5. Nauka i ćwiczenia adaptacyjnych sposobów radzenia sobie.

W publikacji Derenevskiego i wsp. (2007) zwrócono uwagę na rozbieżności pośród różnych doniesień w ocenie częstości występowania problemowego hazardowania się młodzieży. Położono nacisk na doprecyzowanie i badawcze spojrzenie na zjawisko hazardu obserwowanego wśród młodych ludzi, doszukiwanie się głębszego zrozumienia czynników ryzyka obecnych w tej grupie wiekowej, projektowanie bardziej czułych narzędzi diagnostycznych, przesiewowych i profilaktycznych. Niezależnie od braku precyzyjnych danych odnośnie częstotliwości występowania problemowego gamblingu wśród młodzieży, stwierdzono jednoznacznie, że grupa ta jest grupą istotnie wysokiego ryzyka. Zwrócono uwagę, że rozwój zaburzeń związanych z hazardowaniem się do poziomu patologicznego zwykle trwa zwykle latami, a wczesna interwencja mogłaby przynieść korzyści (Derenevsky i wsp. 2003). W opinii niektórych autorów nadal brakuje systematycznie organizowanych programów realizowanych w ramach zajęć szkolnych, a zatem ocena ich skuteczności jest kontrowersyjna. Jeden z programów profilaktycznych przetestowano w 2 szkołach. Wyniki badania wykazały z jednej strony brak zainteresowania programem pośród uczniów, z drugiej strony wyniki były obiecujące, mogące stanowić bazę pod dalsze poszerzanie wiedzy, kształtowanie postaw i zachowań podczas grania. Wyniki z obserwacji krótkoterminowej były znacząco wyższe niż w późniejszym czasie (Williams 2002). Przeprowadzono porównanie pomiędzy badaniami rodziców dzieci w wieku od 5. do 17. r. ż., przeprowadzonym w

latach 1995 i 2000, w których badano postawy rodzicielskie, wiedzę i zachowania w odniesieniu do hazardowania się młodzieży. We wszystkich wymiarach stwierdzono zmiany. Pomimo utrzymującego się braku doceniania znaczenia problemu, rodzice precyzyjniej dostrzegali początek zaburzenia, wyrażali większe zadowolenie wobec rządowych ograniczeń dostępności do gier, prezentowali większą wiedzę odnośnie prawnych regulacji dotyczących sprzedaży kuponów loteryjnych. Odwrotnie, rodzicie nie łączyli występowania młodzieżowego hazardowania się z niektórymi jego korelatami, takimi jak problemy związane z hazardowaniem się rodziców, czy znajomych dzieci i rodziny. Podkreślono znaczenie położenia dalszych wysiłków i nakładów na szerzenie edukacji, która poprzez zwiększanie wiedzy rodziców na temat hazardowania się stanowić będzie znakomite wsparcie dla oddziaływań profilaktycznych w przyszłości (Ladouceur 2001). Hazardowanie się pośród młodzieży powinno zyskać porównywalną uwagę jak ta, którą kieruje się obecnie na nadużywanie narkotyków, alkoholu, tytoniu czy seksu. Znaczny udział w popularyzacji hazardu pośród młodzieży ma “marketing społeczny”. Zauważono, że adolescenci źle odpowiadają klinicznie na interwencje jednoznacznie wzywające do całkowitej abstynencji, sugeruje się przygotowanie interwencji dostosowanej do stanu emocjonalnego osoby, z wyraźnym podkreśleniem definicji nałogu hazardowego (Messerlian 2006). W raporcie Madonald i Turnera z 2003 roku zrealizowano cele, jakimi było zaprojektowanie i ocena skuteczności opartego o program nauczania programu profilaktycznego gamblingu problemowego. Program kierowany był do subklinicznie objawowych osób młodych. Autorzy zwrócili uwagę na to, że treści poznawcze są łatwiej przyjmowane przez odbiorców, niż te, które odnoszą się do postaw i zachowań. Zauważono, że samoobserwacja lub metaobserwacja

zastępująca kwestionariuszowe zadawanie pytań odnoszących się bezpośrednio do doświadczeń badanego, ułatwiają badanemu rozpoznanie początku problemowego grania, a także podjęcie działań zmierzających do zredukowania wpływu uporczywych myśli dotyczących grania (Macdonald 2003).

Autorzy "Youth Gambling Risk Prevention Model", modelu umożliwiającego identyfikację osób zagrożonych rozwojem problemowego hazardowania się, w związku z nadal ograniczoną dostępnością do specjalistycznej wiedzy na ten temat zalecają korzystanie z dotychczasowych osiągnieć w dziedzinie uzależnień od substancji psychoaktywnych. W podejściu populacyjnym kładzie się szersze spojrzenie na społeczny, niż na indywidualny zakres oddziaływań (Messerlian 2005).

Uzasadnieniem do podjęcia oddziaływań profilaktycznych w Polsce jest już dzisiaj spostrzegany wyraźnie odsetek młodzieży uprawiającej hazard. Na podstawie badań CBOS z 2011 roku stwierdzono około 25% udział gier na automatach pośród zainteresowań grami hazardowymi pośród młodzieży, 6% z pośród grającej młodzieży wybiera kasyna. Udział w grach Totalizatora Sportowego deklaruje około 40% respondentów (CBOS Młodzież 2010). W polskim piśmiennictwie znajdują się doniesienia dotyczące możliwości zastosowania oddziaływań profilaktycznych w różnych modelach w odniesieniu do substancji. Stosując się do zaleceń autorów prasy zachodniej redefinicja modeli profilaktyki uzależnienia od alkoholu do modeli profilaktyki uzależnień behawioralnych wydaje się być uzasadniona.

<u>Modele profilaktyki uzależnienia od alkoholu:</u>

- model oświaty zdrowotnej
    - dostarczenie informacji o używkach i konsekwencji używania,
- model edukacji humanistycznej

- właściwy rozwój osobowości następuje poprzez kształtowanie odpowiednich umiejętności: radzenia sobie ze stresem, rozpoznawania i wyrażania emocji, umiejętności komunikacyjnych, poczucia własnej wartości,

- model edukacji społecznej
  - środowisko ma na nas znaczący wpływ, ważna jest zatem pomoc w określeniu swojego miejsca w grupie, roli społecznej odmawiania, podejmowania decyzji, radzenia sobie z presją grupy,
- model edukacji w zakresie umiejętności życiowych
  - uczenie sposobów zaspokajania potrzeb i radzenia sobie z trudnościami,
- model alternatywnych form
  - pomoc w znalezieniu racjonalnych sposobów spędzania czasu wolnego, w wydobyciu zainteresowań, pasji,
- model promocji zdrowia
  - idea zdrowia fizycznego, społecznego, emocjonalnego, duchowego, zdrowego stylu życia, to zdrowe odżywanie, sport, edukacja biologiczna, ekologiczna, obywatelska (Cierpiałkowska 2001).

Piśmiennictwo

1. Abbott M, Volberg, R, Bellringer M, Reith G (2004) A review of research on aspects of problem gambling: Final report. Auckland, New Zealand: Auckland University of Technology
2. Abbott MW (2007) Situational factors that affect gambling behavior. W: Smith G, Hodgins DC, Williams RJ (red.): Research and measurement issues in gambling studies. San Diego, CA: Academic Press, 251-278
3. Abbott MW, McKenna BG (2005) Gambling and problem gambling among recently sentenced women in New Zealand prisons. Journal of Gambling Studies, 21: 559-581
4. Abbott MW, McKenna BG, Giles LC (2005) Gambling and problem gambling among recently sentenced male prisoners in four New Zealand prisons. Journal of Gambling Studies, 21: 537-558
5. Abbott MW, Williams MM, Volberg RA (2004) A prospective study of problem and regular nonproblem gamblers living in the community. Substance Use and Misuse, 39: 855-884
6. Abbott MW, Volberg RA (1999) A reply to Gambino's "An epidemiologic note on verification bias: Implications for estimation of Rates". Journal of Gambling Studies, 15: 233-242
7. Abbott MW, Volberg RA, Rönnberg S (2004) Comparing the New Zealand and Swedish national surveys of gambling and problem gambling. Journal of Gambling Studies, 20: 237-258
8. Adams PJ, Raeburn J, de Silva K (2009) A question of balance: prioritizing public health responses to harm from gambling. Addiction, 104: 688-691
9. Afifi TO, Brownridge DA, MacMillan H, Sareen J (2010) The relationship of gambling to intimate partner violence and child maltreatment in a nationally representative sample. Journal of Psychiatry Research. 44: 331-337
10. Afifi TO, Cox BJ, Martens PJ, Sareen J, Enns MW (2010) Demographic and social variables associated with problem gambling among men and women in Canada. Psychiatry Research, 178: 395-400

11. Afifi TO, Cox BJ, Martens PJ, Sareen J, Enns MW (2010) The relation between types and frequency of gambling activities and problem gambling among women in Canada. Canadian Journal of Psychiatry, 55: 21-28.
12. Afifi TO, Cox BJ, Martens PJ, Sareen J, Enns MW (2010) The relationship between problem gambling and mental and physical health correlates among a nationally representative sample of Canadian women. Canadian Journal of Public Health, 101: 171-175
13. Ahearn DJ, McDonald K, Barraclough M, Leroi I (2012) An exploration of apathy and impulsivity in Parkinson disease. Current Gerontology and Geriatry Research (w druku)
14. Ahlskog JE. Pathological behaviors provoked by dopamine agonist therapy of Parkinson's disease (2011) Physiology of Behavior, 104: 168-172
15. Andrade LF, Petry NM (2012) Delay and probability discounting in pathological gamblers with and without a history of substance use problems. Psychopharmacology (Berl), 219: 491-499
16. Andresen M (2006) Governments' conflict of interest in treating problem gamblers. Canadian Medical Association Journal, 175: 1191-1192
17. Albanese P, Busch J, Evans C, Falkowski-Ham A, Meredith N, Stark S, Tepperman L, Wong R, Zahlan N (2011) Examination of the associations between problem gambling and various demographic variables among women in Ontario. Ontario Program Gambling Research Centre and Echo: Improving Women’s Health in Ontario.
18. Albrecht U, Kirschner NE, Grüsser SM (2007) Diagnostic instruments for behavioural addiction: an overview. Psychosocial Medicine.
19. Alvarez-Moya EM; Jimenez-Murcia S; Neus Aymami M; Gomez-Peńa M; Granero J; Santamaria J; M Menchon J; Fernandez-Aranda F (2010) Subtyping study of a male pathological gambling sample. Canadian Journal of Psychiatry, 55: 498-50
20. Alvarez-Moya EM, Jiménez-Murcia S, Moragas L, Gómez-Peña M, Aymamí MN, Ochoa C, Sánchez-Díaz I, Menchón JM, Fernández-Aranda F (2009) Executive functioning among female pathological gambling and bulimia

nervosa patients: preliminary findings. Journal of International Neuropsychological Society, 15: 302-306

21. Ambermoon P, Carter A, Hall WD, Dissanayaka NN, O'Sullivan JD (2011) Impulse control disorders in patients with Parkinson's disease receiving dopamine replacement therapy: evidence and implications for the addictions field. Addiction, 106: 283-293
22. American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders text revision, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000
23. American Psychiatric Association (2012). DSM-5 development: pathological gambling, http:// www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=210
24. Amsel E, Close J, Sadler E, Klaczynski PA (2009) College students' awareness of irrational judgments on gambling tasks: a dual-process account. Journal of Psychology, 143: 293-317
25. Anderson G, Brown RIF (1984) Real and laboratory gambling, sensation seeking and arousal: toward a Pavlovian component in general theories of gambling and gambling addictions. British Journal of Psychology, 75: 401–411
26. Anholt GE, Emmelkamp PM, Cath DC, van Oppen P, Nelissen H, Smit JH (2004) Do patients with OCD and pathological gambling have similar dysfunctional cognitions? Behavior Research and Therapy, 42: 529-537
27. Aragay N, Roca A, Garcia B, Marqueta C, Guijarro S, Delgado L, Garolera M, Alberni J, Vallès V (2012) Pathological gambling in a psychiatric sample. Comprehensive Psychiatry, 53: 9-14
28. Arnold G, Collins, P, Eadington W, Remmers P, Ricketts T (2003) Towards a strategy for dealing with problem gambling. London, U.K.: Gambling Industry Charitable Trust
29. Arthur D, Tong WL, Chen CP, Hing AY, Sagara-Rosemeyer M, Kua EH, Ignacio J (2008) The validity and reliability of four measures of gambling behaviour in a sample of Singapore University students. Journal of Gambling Studies, 24: 451-462

30. Atkinson J, Sharp C, Schmitz J, Yaroslavsky I (2012) Behavioral activation and inhibition, negative affect, and gambling severity in a sample of young adult college students. Journal of Gambling Studies, 28: 437-449.
31. Auer M, Griffiths MD (2012) Voluntary limit setting and player choice in most intense online gamblers: An empirical study of gambling behaviour. Journal of Gambling Studies (w druku)
32. Balodis IM, Kober H, Worhunsky PD, Stevens MC, Pearlson GD, Potenza MN (2012) Diminished frontostriatal activity during processing of monetary rewards and losses in pathological gambling. Biological Psychiatry, 15: 749-757
33. Barnes GM, Welte JW, Hoffman JH, Tidwell MC (2011) The co-occurrence of gambling with substance use and conduct disorder among youth in the United States. American Journal of Addictions, 20: 166-173
34. Barrault S, Varescon I (2012) [Psychopathology in online pathological gamblers: a preliminary study]. L'Encephale, 38: 156-163
35. Barnes GM, Welte JW, Tidwell MC, Hoffman JH (2011) Gambling on the lottery: sociodemographic correlates across the lifespan. Journal of Gambling Studies, 27: 575-856
36. Barnes GM, Welte JW, Hoffman JH, Tidwell MC (2009) Gambling, alcohol, and other substance use among youth in the United States. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 70: 134-142
37. Barnes GM, Welte JW, Hoffman JH, Tidwell MC (2010) Comparisons of gambling and alcohol use among college students and noncollege young people in the United States. Journal of American College Health, 58: 443-452
38. Barnes GM, Welte JW, Hoffman JH, Dintcheff BA (2002) Effects of alcohol misuse on gambling patterns in youth. Journal of Studies on Alcohol, 63: 767-775
39. Barnes GM, Welte JW, Hoffman JH, Dintcheff BA (2005) Shared predictors of youthful gambling, substance use, and delinquency. Psychology of Addictive Behavior, 19: 165-174
40. Barry DT, Steinberg MA, Wu R, Potenza MN (2009) Differences in characteristics of Asian American and white problem gamblers calling a gambling helpline. CNS Spectrum, 14: 83-91

41. Barry DT, Steinberg MA, Wu R, Potenza MN (2008) Characteristics of black and white callers to a gambling helpline. Psychiatric Service, 59: 1347-1350
42. Barry DT, Stefanovics EA, Desai RA, Potenza MN (2010) Differences in the associations between gambling problem severity and psychiatric disorders among black and white adults: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. American Journal of Addiction, 20: 69-77
43. Barry DT, Stefanovics EA, Desai RA, Potenza MN (2011) Gambling problem severity and psychiatric disorders among Hispanic and white adults: findings from a nationally representative sample. Journal of Psychiatry Research, 45: 404-411
44. Barthe E, Stitt BG (2009) Temporal distributions of crime and disorder in casino and non-casino zones. Journal of Gambling Studies, 25: 139-152
45. Bastiani L, Gori M, Colasante E, Siciliano V, Capitanucci D, Jarre P, Molinaro S (2011) Complex factors and behaviors in the gambling population of Italy. Journal of Gambling Studies DOI 10.1007/s10899-011-9283-8
46. Baudinet J, Blaszczynski A (2012) Arousal and gambling mode preference: A review of the literature. Journal of Gambling Studies DOI 10.1007/s10899-012-9304-2
47. Bechara A (2004) Risky business: emotion, decision-making, and addiction. Journal of Gambling Studies, 19: 23-51
48. Benegal V (2012) Gambling experiences, problems and policy in India: a historical analysis. Addiction, doi:10.1111/j.1360-0443.2012.04068.x
49. Bergen AE, Newby-Clark IR, Brown A (2012) Gambling increases self-control strength in problem gamblers. Journal of Gambling Studies DOI 10.1007/s10899-012-9350-9
50. Bergen AE, Newby-Clark IR, Brown A (2012) Low trait self-control in problem gamblers: evidence from self-report and behavioral measures. Journal of Gambling Studies, 28: 637-648
51. Bergevin T, Gupta R, Derevensky J, Kaufman F (2006) Adolescent gambling: understanding the role of stress and coping. Journal of Gambling Studies, 22: 195-208

52. Bergler E (1958) The Psychology of Gambling. New York: Hill and Wang.
53. Bernstein PL (1966) Against the Gods: the remarkable story of risk. New York: John Wiley & Sons, 1996
54. Berrada S, Rachidi L, El Gnaoui S, Agoub M, Moussaoui D, Battas O (2009) [Frequency and risk factors for pathological gambling in a sample of gamblers in Casablanca, Morocco]. L'Encephale, 35: 554-559
55. Betancourt LM, Brodsky NL, Brown CA, McKenna KA, Giannetta JM, Yang W, Romer D, Hurt H (2012) Is executive cognitive function associated with youth gambling? Journal of Gambling Studies, 28: 225-238
56. Biddle D, Hawthorne G, Forbes D, Coman G (2005) Problem gambling in Australian PTSD treatment-seeking veterans. Journal of Trauma and Stress, 18: 759-767
57. Billieux J, Lagrange G, Van der Linden M, Lançon C, Adida M, Jeanningros R (2012) Investigation of impulsivity in a sample of treatment-seeking pathological gamblers: A multidimensional perspective. Psychiatry Research, 198: 291-296
58. Black DW, Monahan PO, Temkit M, Shaw MA (2006) Family study of pathological gambling. Psychiatry Research, 141: 295-303
59. Black DW, Shaw M (2006) Pathological gambling in Missouri. Missouri Medcine, 103: 472-475
60. Black DW, Shaw MC, McCormick BA, Allen J (2012) Marital status, childhood maltreatment, and family dysfunction: a controlled study of pathological gambling. Journal of Clinical Psychiatry, 73: 1293-1297
61. Black DW, Shaw M, McCormick B, Allen J (2012) Pathological gambling: relationship to obesity, self-reported chronic medical conditions, poor lifestyle choices, and impaired quality of life. Comprehensive Psychiatry (w druku)
62. Black DW, McCormick B, Losch ME, Shaw M, Lutz G, Allen J. (2012) Prevalence of problem gambling in Iowa: Revisiting Shaffer's adaptation hypothesis. Annals of Clinical Psychiatry, 24: 279-284
63. Blanchard EB, Wulfert E, Freidenberg BM, Malta LS (2000) Psychophysiological assessment of compulsive gamblers' arousal to gambling cues: a pilot study. Applied Psychophysiology and Biofeedback, 25: 155-165

64. Blanco C, Moreyra P, Nunes EV, Sáiz-Ruiz J, Ibáńez A. (2001) Pathological gambling: addiction or compulsion? Seminaries in Clinical Neuropsychiatry, 6: 167-176
65. Blankenship J, Starling R, Woodall WG, May PA (2007) Gambling and alcohol use: trends in the state of New Mexico from 1996-1998. Journal of Gambling Studies, 23: 157-174
66. Blansfield HN (2002) Problem and pathological gambling. Connecticut Medicine, 66: 289-290
67. Blaszczynski A (2005) Conceptual and methodological issues in treatment outcome research. Journal of Gambling Studies, 21: 5-11
68. Blaszczynski A (2002) Harm minimization strategies in gambling - An overview of international initiatives and interventions. Melbourne, Australia: Australian Gaming Council
69. Blaszczynski A (2009) Problem gambling: we should measure harm rather than 'cases'. Addiction, 104: 1072-1074
70. Blaszczynski A (2005) To formulate gambling policies on the premise that problem gambling is an addiction may be premature. Addiction, 100: 1230-1232
71. Blaszczynski A, Farrell E (1998) A case series of 44 completed gambling-related suicides. Journal of Gambling Studies, 14: 93-109
72. Blaszczynski A, Huynh S, Dumlao VJ, Farrell E (1998) Problem gambling within a Chinese speaking community. Journal of Gambling Studies, 14: 359-380
73. Blaszczynski A, McConaghy N (1988) SCL-90 assessed psychopathology in pathological gamblers. Psychological Reports, 62: 547–552
74. Blaszczynski A, Nower L (2002) A pathways model of problem and pathological gambling. Addiction, 97: 487-499
75. Blaszczynski A, Steel Z, McConaghy N (1997) Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist. Addictions, 92: 75-87
76. Blaszczynski A, Steel Z (1998) Personality disorders among pathological gamblers. Journal of Gambling Studies, 14: 51-71

77. Blaszczynski A, Winter, S W McConaghy N (1986) Plasma endorphin levels in pathological gamblers. Journal of Gambling Behavior, 2: 3-14
78. Blinn-Pike L, Worthy SL, Jonkman JN (2010) Adolescent gambling: a review of an emerging field of research. Journal of Adolescents Health, 47: 223-236
79. Blume S (1987) Compulsive gambling and the medical model. Journal of Gambling Behavior, 3: 237-247
80. Boileau I, Payer D, Chugani B, Lobo D, Behzadi A, Rusjan PM, Houle S, Wilson AA, Warsh J, Kish SJ, Zack M (2012) The D(2/3) dopamine receptor in pathological gambling: A PET study with [(11) C]-(+)-propyl-hexahydro-naphtho-oxazin and [(11) C] raclopride. Addiction, (w druku)
81. Bondolfi G, Jermann F, Ferrero F, Zullino D, Osiek C (2008) Prevalence of pathological gambling in Switzerland after the opening of casinos and the introduction of new preventive legislation. Acta Psychiatrica Scandinavica, 117: 236-239
82. Bonnaire C (2012) [Internet gambling: what are the risks?] L'Encephale, 38: 42-49
83. Bostwick JM, Hecksel KA, Stevens SR, Bower JH, Ahlskog JE (2009) Frequency of new-onset pathologic compulsive gambling or hypersexuality after drug treatment of idiopathic Parkinson disease. Mayo Clinic Proceedings, 84: 310-316
84. Botvinick MM, Rosen ZB (2009) Anticipation of cognitive demand during decision-making. Psychological Research, 73: 835-842
85. Bouchard SM, Brown TG, Nadeau L (2012) Decision-making capacities and affective reward anticipation in DWI recidivists compared to non-offenders: a preliminary study. Accidents Anal Prevention, 45: 580-587
86. Boudreau B, Poulin C (2007) The South Oaks Gambling Screen-revised Adolescent (SOGS-RA) revisited: a cut-point analysis. Journal of Gambling Studies, 23: 299-308
87. Boughton, R, Brewster J (2002) "Voices of Women Who Gamble in Ontario: A Survey of Women's Gambling—Barriers to Treatment and Treatment Service Needs." Toronto: Ministry of Health and Long Term Care.

88. Boughton R, Falenchuk O (2007) Vulnerability and comorbidity factors of female problem gambling. Journal of Gambling Studies, 23: 323-334
89. Bowden-Jones H, Smith N (2012) The medical management of problem gamblers. British Medical Journal, 344: e1559
90. Boyer M, Dickerson M (2003) Attentional bias and addictive behaviour: automaticity in a gambling-specific modified Stroop task. Addiction, 98: 61-70
91. Böning J (1999) Psychopathologie und Neurobiologie der „Glücksspielsucht“. W: Alberti G, Kellermann B (red.): Psychosoziale Aspekte der Glücksspielsucht. Geesthacht: Neuland. Bolen – Gambling: Historical highlights and trends and their implications for contemporary society – 1976, 39-50
92. Brand M, Kalbe E, Labudda K, Fujiwara E, Kessler J, Markowitsch HJ (2005) Decision-making impairments in patents with pathological gambling. Psychiatry Research, 133: 91–99
93. Brand M, Labudda K, Kalbe E, Hilker R, Emmans D, Fuchs G, Kessler J, Markowitsch HJ (2004) Decision-making impairments in patients with Parkinson's disease. Behavioral Neurology, 15: 77-85
94. Brasfield H, Febres J, Shorey R, Strong D, Ninnemann A, Elmquist J, Andersen SM, Bucossi M, Schonbrun YC, Temple JR, Stuart GL (2012) Male batterers' alcohol use and gambling behavior. Journal of Gambling Studies, 28: 77-88
95. Breslin FC, Sobell LC, Sobell MB, Agrawal S (2000) A comparison of a brief and long version of the Situational Confidence Questionnaire. Behavioral Research and Therapy, 38: 1211-1220
96. Brewer JA, Potenza MN, Desai RA (2010) Differential associations between problem and pathological gambling and psychiatric disorders in individuals with and without alcohol abuse or dependence. CNS Spectrum,15: 33-44
97. Brevers D, Cleeremans A, Bechara A, Laloyaux C, Kornreich C, Verbanck P, Noël X (2011) Time course of attentional bias for gambling information in problem gambling. Psychology of Addictive Behavior, 25: 675-682
98. Brevers D, Cleeremans A, Tibboel H, Bechara A, Kornreich C, Verbanck P, Noël X (2011) Reduced attentional blink for gambling-related stimuli in

problem gamblers. Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry, 42: 265-269

99. Brevers D, Cleeremans A, Bechara A, Greisen M, Kornreich C, Verbanck P, Noël X (2012) Impaired metacognitive capacities in individuals with problem gambling. Journal of Gambling Studies (w druku)

100. Brevers D, Cleeremans A, Verbruggen F, Bechara A, Kornreich C, Verbanck P, Noël X (2012) Impulsive action but not impulsive choice determines problem gambling severity. PLoS One. 10.1371/journal.pone.0050647

101. Brevers D, Cleeremans A, Goudriaan AE, Bechara A, Kornreich C, Verbanck P, Noël X (2012) Decision making under ambiguity but not under risk is related to problem gambling severity. Psychiatry Research, 200: 568-574

102. Brevers D, Cleeremans A, Hermant C, Tibboel H, Kornreich C, Verbanck P, Noël X (2012) Implicit gambling attitudes in problem gamblers: Positive but not negative implicit associations. Journal of Behavioral Therapy and Experimenta Psychiatry, 44: 94-97

103. Breyer JL, Botzet AM, Winters KC, Stinchfield RD, August G, Realmuto G (2009) Young adult gambling behaviors and their relationship with the persistence of ADHD. Journal of Gambling Studies, 25: 227-238

104. Brooks G (2012) Challenging the myth of urban regeneration: raising the profile of problem gambling with a media campaign. Journal of Gambling Studies, 28: 741-751

105. Brown S & Coventry L (1997) Queen of hearts: The needs of women with gambling problems. Melbourne, Australia: Financial and Consumer Rights Council

106. Brown WS, Anderson LB, Symington MF, Paul LK (2012) Decision-making in individuals with agenesis of the corpus callosum: Expectancy-valence in the Iowa Gambling Task. Archives of Clinical Neuropsychology, 27: 532-544

107. Brown SL, Rodda S, Phillips JG (2004) Differences between problem and nonproblem gamblers in subjective arousal and affective valence amongst electronic gaming machine players. Addictive Behavior, 29: 1863-1867

108. Bunkle P (2009) Women and gambling: What can be learned from the New Zealand experience? A women's studies approach. Women's Studies Journal, 23: 36-45

109. Burge AN, Pietrzak RH, Molina CA, Petry NM (2004) Age of gambling initiation and severity of gambling and health problems among older adult problem gamblers. Psychiatric Service, 55: 1437-1439

110. Byrne AM, Dickson L, Derevensky JL, Gupta R, Lussier I (2005) The application of youth substance use media campaigns to problem gambling: a critical evaluation. Journal of Health Communication, 10: 681-700

111. Caillon J, Grall-Bronnec M, Bouju G, Lagadec M, Vénisse JL (2012) Pathological gambling in adolescence. Archives of Pediatrics, 19: 173-179

112. Callan MJ, Ellard JH, Will Shead N, Hodgins DC (2008) Gambling as a search for justice: examining the role of personal relative deprivation in gambling urges and gambling behavior. Personality and Social Psychology Bulletin, 34: 1514-1529

113. Camchong J, Goodie AS, McDowell JE, Gilmore CS, Clementz BA (2007) A cognitive neuroscience approach to studying the role of overconfidence in problem gambling. Journal of Gambling Studies, 23: 185-99

114. Campbell CS, Smith GJ (2003) Gambling in Canada, from vice to disease to responsibility: a negotiated history. Canadian Bulletin of Medicine History, 20: 121-149

115. Campbell-Meiklejohn D, Wakeley J, Herbert V, Cook J, Scollo P, Ray MK, Selvaraj S, Passingham RE, Cowen P, Rogers RD (2011) Serotonin and dopamine play complementary roles in gambling to recover losses. Neuropsychopharmacology, 36: 402-410

116. Carlton PL, Manowitz P, McBride H, Nora R, Swartzburg M, Goldstein L (1987) Attention deficit disorder and pathological gambling. Journal of Clinical Psychiatry, 48: 487-488

117. Casey E (2008) Women, pleasure and the gambling experience. Surrey, UK: Ashgate Publishing.
118. Casey LM, Oei TP, Melville KM, Bourke E, Newcombe PA (2008) Measuring self-efficacy in gambling: the Gambling Refusal Self-Efficacy Questionnaire. Journal of Gambling Studies, 24: 229-246
119. Castellani B, Rugle L (1995) A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaine misusers on impulsivity, sensation seeking, and craving. International Journal of the Addictions, 30: 275-289
120. Ceravolo R, Frosini D, Rossi C, Bonuccelli U (2010) Spectrum of addictions in Parkinson's disease: From dopamine dysregulation syndrome to impulse control disorders. Journal of Neurology, 257: supl. 2, S276-S283
121. Centrum Badania Opinii Publicznej (2011) Młodzież 2010, „Opinie i Diagnozy" Nr 19, Warszawa 1
122. Centrum Badania Opinii Publicznej (2011) Polak w szponach hazardu, Warszawa 2011
123. Centrum Badania Opinii Publicznej (2012) Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfkacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych. Warszawa
124. Chamberlain SR, Sahakian BJ (2007) The neuropsychiatry of impulsivity. Current Opinion in Psychiatry, 20: 255-261
125. Chambers RA, Potenza MN (2003) Neurodevelopment, impulsivity, and adolescent gambling. Journal of Gambling Studies, 19: 53-84
126. Chan VK (2012) The relationship between universal human values and adolescent problem and pathological gambling. Journal of Addictive Disorders, 31: 183-94
127. Chevalier S, Geoffrion C, Allard D, Audet C (2002) Motivations for gambling as tools for prevention and treatment of pathological gambling. Quebec, QC: Institut national de santé publique de Québec
128. Chéne C (2005) Problem gambling "like a new disease". Canadian Medical Association Journal, 173: 21-21

129. Chiesi F, Donati MA, Galli S, Primi C (2012) The suitability of the South Oaks Gambling Screen-Revised for Adolescents (SOGS-RA) as a screening tool: IRT-Based Evidence. Psychology of Addictive Behavior, (w druku)
130. Chiu J, Storm L (2010) Personality, perceived luck and gambling attitudes as predictors of gambling involvement. Journal of Gambling Studies, 26: 205-227
131. Chou KL, Afifi TO (2011) Disordered (pathologic or problem) gambling and axis I psychiatric disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. American Journal of Epidemiology, 173: 1289-1297
132. Chóliz M (2010) Experimental analysis of the game in pathological gamblers: Effect of the immediacy of the reward in slot machines. Journal of Gambling Studies, 26: 249-256.
133. Christensen MH, Patsdaughter CA (2004) Gambling behaviors in Black older adults: Perceived effects on health. Journal of Gerontological Nursing, 30: 34-39
134. Christensen MH, Patsdaughter CA, St Germain M (2000) Mother-bingo bonding: Screening for gambling addiction in the neonatal intensive care unit. Neonatal Network, 19: 7-11
135. Cibley JM, Love D, Love LG (2009) Everyone wants to help the uninsured, but who will pay the bill? Why a national lottery may make sense. Health Care Management (Frederick), 28: 311-319
136. Cierpiałkowska L (2001) Alkoholizm: przyczyny, leczenie, profilaktyka. Poznań: UAM.
137. Clarke D (2004) Impulsiveness, locus of control, motivation and problem gambling. Journal of Gambling Studies, 20: 319-345
138. Clarke D (2008) Older adults' gambling motivation and problem gambling: a comparative study. Journal of Gambling Studies, 24:175-192
139. Cocker PJ, Dinelle K, Kornelson R, Sossi V, Winstanley CA (2012) Irrational choice under uncertainty correlates with lower striatal D2/3 receptor binding in rats. Journal of Neuroscience, 32: 15450-15457

140. Colasante E, Gori M, Bastiani L, Siciliano V, Giordani P, Grassi M, Molinaro S (2012) An assessment of the psychometric properties of Italian version of CPGI. Journal of Gambling Studies, (w druku)

141. Comings DE, Rosenthal RJ, Lesieur HR, Rugle L (1996) A study of the dopamine D2 receptor gene in pathological gambling. Pharmacogenetics, 6: 223-234

142. Comings DE, Gade-Andavolu R, Gonzales N (2001) The addictive effect of neurotransmitter genes in pathological gambling. Clinical Genetics, 60: 107-116

143. Connecticut Council on Problem Gambling (1998–2001). Prevention of problem gambling: A monthly newsletter on problem gambling prevention information, research, and initiative

144. Coventry K (1998) Normal arousal, erroneous verbalizations and the illusion of control during a computer-generated gambling task. British Journal of Psychology, 89: 629-645

145. Cox BJ, Enns MW, Michaud V (2004) Comparisons between the South Oaks Gambling Screen and a DSM-IV-based interview in a community survey of problem gambling. Canadian Journal of Psychiatry, 49: 258-264

146. Cox BJ, Yu N, Afifi TO, Ladouceur R (2005) A national survey of gambling problems in Canada. Canadian Journal of Psychiatry, 50: 213-217

147. Crisp BR, Thomas SA, Jackson AC, Smith S, Borrell J, Ho WY, Holt TA, Thomason N (2004) Not the same: a comparison of female and male clients seeking treatment from problem gambling counseling services. Journal of Gambling Studies, 20: 283-299

148. Crockford D, Quickfall J, Currie S, Furtado S, Suchowersky O, El-Guebaly N (2008) Prevalence of problem and pathological gambling in Parkinson's disease. Journal of Gambling Studies, 24: 411-422

149. Cronce JM, Corbin WR, Steinberg MA, Potenza MN (2007) Self-perception of gambling problems among adolescents identified as at-risk or problem gamblers. Journal of Gambling Studies, 23: 363-375

150. Cuadrado M (1999) A comparison of Hispanic and Anglo calls to a Gambling Help Hotline. Journal of Gambling Studies, 15: 71-81

151. Cuadrado M, Lieberman L (2012) Use of a short gambling screen with an arrestee population: a feasibility study. Journal of Gambling Studies, 28: 193-205

152. Cummins LF, Nadorff MR, Kelly AE (2009) Winning and positive affect can lead to reckless gambling. Psychology of Addictive Behavior, 23: 287-294

153. Cunningham JA, Cordingley J, Hodgins DC, Toneatto T (2011) Beliefs about gambling problems and recovery: results from a general population telephone survey. Journal of Gambling Studies, 27: 625-631

154. Cunningham JA, Hodgins DC, Toneatto T, Rai A, Cordingley J (2009) Pilot study of a personalized feedback intervention for problem gamblers. Behavioral Therapy, 40: 219-224

155. Cunningham JA, Hodgins DC, Toneatto T (2008) Problem gamblers' interest in self-help services. Psychiatric Services, 59: 695-696

156. Cunningham-Williams RM, Abdallah AB, Callahan C, Cottler L (2007) Problem gambling and violence among community-recruited female substance abusers. Psychology of Addictive Behavior, 21: 239-243

157. Cunningham-Williams RM, Cottler LB, Compton WM, Spitznagel EL, Ben-Abdallah (2000) Problem gambling and comorbid psychiatric and substance use disorders among drug users recruited from drug treatment and community settings. Journal of Gambling Studies, 16: 347-376

158. Cunningham-Williams RM, Hong SI (2007) A Latent Class Analysis (LCA) of problem gambling among a sample of community-recruited gamblers. Journal of Nervous and Mental Diseases, 195: 939-947

159. Currie SR, Hodgins DC, Casey DM (2012) Validity of the Problem Gambling Severity Index interpretive categories. Journal of Gambling Studies, (w druku)

160. Currie SR, Hodgins DC, Casey DM, el-Guebaly N, Smith GJ, Williams RJ, Schopflocher DP, Wood RT (2012) Examining the predictive validity of low-risk gambling limits with longitudinal data. Addiction, 107: 400-406

161. Currie SR, Hodgins DC, Wang J, el-Guebaly N, Wynne H, Chen S (2006) Risk of harm among gamblers in the general population as a function of level of participation in gambling activities. Addiction. 101: 570-580

162. Currie CL, Wild TC, Schopflocher DP, Laing L, Veugelers P, Parlee B (2012) Racial discrimination, post traumatic stress, and gambling problems among urban aboriginal adults in Canada. Journal of Gambling Studies, (w druku)

163. Custer RL, Milt H (1985) When luck runs out: Help for compulsive gamblers and their families. New York: Warner Books

164. Cyders MA, Smith GT, Spillane NS, Fischer S, Annus AM, Peterson C (2007) Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior: development and validation of a measure of positive urgency. Psychological Assessment, 19: 107-118

165. Dannewitz H, Weatherly JN (2007) Investigating the illusion of control in mildly depressed and nondepressed individuals during video-poker play. Journal of Psychology, 141: 307-319

166. de Carvalho SV, Collakis ST, de Oliveira MP, da Silveira DX (2005) [Frequency of pathological gambling among substance abusers under treatment]. Revista Saude Publica, 39: 217-222

167. de Pablo J, Pollán M, Varo JR (2002) [Analysis of comorbidity between alcohol dependence syndrome and pathological gambling in patients receiving treatment in mental health centres]. An Sist Sanita Navarra. 25: 31-36

168. De Ruiter MB, Veltman DJ, Woudriaan AE, Oosterlaan J, Sjoerds Z, Van den Brink W (2009) Response perseveration and ventral prefrontal sensitivity to reward and punishment in male problem gamblers and smokers. Neuropsychopharmacology, 34: 1027-1038

169. de Ruiter MB, Oosterlaan J, Veltman DJ, van den Brink W, Goudriaan AE (2012) Similar hyporesponsiveness of the dorsomedial prefrontal cortex in problem gamblers and heavy smokers during an inhibitory control task. Drug and Alcohol Dependence, 121: 81-89

170. de Ruiter MB, Veltman DJ, Goudriaan AE, Oosterlaan J, Sjoerds Z, van den Brink W (2009) Response perseveration and ventral prefrontal sensitivity to reward and punishment in male problem gamblers and smokers. Neuropsychopharmacology, 34: 1027-1038

171. Delfabbro PH (2000) Gender differences in Australian gambling: a critical summary of sociological and psychological research. Australian Journal of Social Issues, 35: 145-157

172. Delfabbro P (2004) The stubborn logic of regular gamblers: Obstacles and dilemmas in cognitive gambling research. Journal of Gambling Studies, 20, 1-21

173. Delfabbro P, Borgas M, King D (2012) Venue staff knowledge of their patrons' gambling and problem gambling. Journal of Gambling Studies, 28: 155-169

174. Delfabbro P, King D (2012) Gambling in Australia: experiences, problems, research and policy. Addiction, 107: 1556-1561

175. Delfabbro P, Lahn J, Grabosky P (2006) It's not what you know, but how you use it: statistical knowledge and adolescent problem gambling. Journal of Gambling Studies, 22: 179-193

176. Delfabbro P, Lahn J, Grabosky P (2006) Psychosocial correlates of problem gambling in Australian students. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40: 587-595

177. Dellis A, Spurrett D, Hofmeyr A, Sharp C, Ross D (2012) Gambling participation and problem gambling severity among rural and peri-urban poor South African sdults in KwaZulu-Natal. Journal of Gambling Studies, (w druku)

178. Deschesnes M, Finès P, Demers S (2006) Are tattooing and body piercing indicators of risk-taking behaviours among high school students? Journal of Adolescence, 29: 379-393

179. Derevensky J, Gupta R, Dickson L, Deguire A (2001) Prevention efforts toward minimizing gambling problems. Washington, DC: National Council for Problem Gambling, Center for Mental Health Services (CMHS), and the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)

180. Derevensky J, Gupta R, Winters K (2003) Prevalence rates of youth gambling problems: Are the current rates inflated? Journal of Gambling Studies, 19: 405-425

181. Derevensky JL, Gupta R (2000) Prevalence estimates of adolescent gambling: a comparison of the SOGS-RA, DSM-IV-J, and the GA 20 questions. Journal of Gambling Studies, 16: 227-251

182. Derevensky J, Gupta R (2004) Adolescents with gambling problems: A synopsis of our current knowledge. Electronic Journal of Gambling Issues, 10

183. Derevensky JL, Gupta R, Baboushkin HR (2007) Underlying cognitions in children's gambling behavior: Can they be modified? International Gambling Studies, 7: 281-298

184. Derevensky JL, Pratt LM, Hardoon KK, Gupta R (2007) Gambling problems and features of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents. Journal of Addictive Medicine, 1: 165-172

185. Desai RA, Desai MM, Potenza MN (2007) Gambling, health and age: data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Psychology of Addictive Behavior, 21: 431-440

186. Desai RA, Potenza MN (2009) A cross-sectional study of problem and pathological gambling in patients with schizophrenia/schizoaffective disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 70: 1250-1257

187. Dhillon J, Horch JD, Hodgins DC (2011) Cultural influences on stigmatization of problem gambling: East Asian and Caucasian Canadians. Journal of Gambling Studies, 27: 633-647

188. Dickerson MG (1979) F1 schedules and persistence at gambling in the U.K. betting office. Journal of Applied Behavioural Analysis, 12: 315–323

189. Dickerson M, O'Connor J (2006) Gambling as an addictive behaviour: Impaired control, harm minimisation, treatment and prevention. New York: Cambridge University Press

190. DiClemente CC, Story M, Murray K (2000) On a roll: the process of initiation and cessation of problem gambling among adolescents. Journal of Gambling Studies, 16: 289-313

191. Dickson L, Derevensky J, Gupta R (2002) The prevention of gambling problems in youth: A conceptual framework. Journal of Gambling Studies, 18: 97-159

192. Dickson L, Derevensky J, Gupta R (2004) Harm reduction for the prevention of youth gambling problems: Lessons learned from adolescent high-risk behavior prevention programs. Journal of Adolescent Research, 19: 233-263

193. Dickson L, Derevensky J, Gupta R (2004) Youth gambling problems: A harm reduction prevention model. Addiction Research and Theory, 12: 305-316

194. Dickson-Gillespie L, Rugle L, Rosenthal R, Fong T (2008) Preventing the incidence and harm of gambling problems. Journal of Primary Prevention, 29: 37-55

195. Diskin KM, Hodgins DC (2009) A randomized controlled trial of a single session motivational intervention for concerned gamblers. Behavior Research and Therapy, 47: 382-388

196. Diskin KM, Hodgins DC (1999) Narrowing of attention and dissociation in pathological video lottery gamblers. Journal of Gambling Studies, 15: 17-28

197. Dixon – The Gambling Functional Assessment (GFA): An assessment device for identification of the maintaining variables of pathological gambling 2007

198. Dixon MJ, Harrigan KA, Sandhu R, Collins K, Fugelsang JA (2010) Losses disguised as wins in modern multi-line video slot machines. Addiction, 105: 1819-1824

199. Dixon MJ, Maclaren V, Jarick M, Fugelsang JA, Harrigan KA (2012) The frustrating effects of just missing the jackpot: slot machine near-misses trigger large skin conductance responses, but no post-reinforcement pauses. Journal of Gambling Studies, (w druku)

200. Doiron JP, Nicki RM (2007) Prevention of pathological gambling: A randomized controlled trial. Cognitive Behavior Therapy, 36: 4-84

201. Donati MA, Chiesi F, Primi C (2012) A model to explain at-risk/problem gambling among male and female adolescents: Gender similarities and differences. Journal of Adolescence, (w druku)

202. Dowling NA, Brown M (2010) Commonalities in the psychological factors associated with problem gambling and Internet dependence. Cyberpsychology Behavior and Social Networking, 13: 437-441
203. Dowling N, Smith D, Thomas T (2007) A comparison of individual and group cognitive-behavioural treatment for female pathological gambling. Behavior Research and Therapy. 45: 2192-2202
204. Dowling N, Smith D, Thomas T (2005) Electronic gaming machines: are they the 'crack-cocaine' of gambling? Addiction, 100: 33-45
205. Dragan M, Dragan WŁ (2011) Psychometryczne właściwości polskiej wersji Metacognitions Questionnaire-30. Psychiatria Polska, 45: 545-553
206. Driver-Dunckley E, Samanta J, Stacy M (2003) Pathological gambling associated with dopamine agonist therapy in Parkinson's disease. Neurology. 61: 422-423
207. Durrant R, Adamson S, Todd F, Sellman D (2009) Drug use and addiction: Evolutionary perspective. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43: 1049-1056
208. Dymond S, Bateman H, Dixon MR (2010) Derived transformation of children's pregambling game playing. Journal Experimental Analylical Behavior, 9: 353-363.
209. Dziennik Ustaw poz. 779 nr 134 z 2011 roku
210. Eadington WR (2003) Measuring costs from permitted gaming: concepts and categories in evaluating gambling's consequences. Journal of Gambling Studies, 19: 185-213
211. Eisen SA, Lin N, Lyons MJ (1998) Familial influences on gambling behavior: an analysis of 3359 twin pairs. Addiction, 93: 1375-1384
212. Ekholm O, Eiberg S, Davidsen M, Holst M, Larsen CV, Juel K (2012) The prevalence of problem gambling in Denmark in 2005 and 2010: A sociodemographic and socioeconomic characterization. Journal of Gambling Studies, (w druku)
213. Ellenbogen S, Derevensky J, Gupta R (2007) Gender differences among adolescents with gambling-related problems. Journal of Gambling Studies, 23: 133-143

214. Ellenbogen S, Gupta R, Derevensky JL (2007) A cross-cultural study of gambling behaviour among adolescents. Journal of Gambling Studies, 23: 25-39

215. Elsasser GN, Kavan MG, Westerman GH, Destache CJ, Sexson E, Turner PD (2010) A survey of pharmacy students' experiences with gambling. American Journal on Pharmacological Education, 74: 26

216. el-Guebaly N, Patten SB, Currie S, Williams JV, Beck CA, Maxwell CJ, Wang JL (2006) Epidemiological associations between gambling behavior, substance use & mood and anxiety disorders. Journal of Gambling Studies, 22: 275-287

217. Emond MS, Marmurek HH (2010) Gambling related cognitions mediate the association between thinking style and problem gambling severity. Journal of Gambling Studies, 26: 257-267

218. Engel RJ, Rosen D, Weaver A, Soska T (2010) Raising the stakes: Assessing the human service response to the advent of a casino. Journal of Gambling Studies, 26: 611-622

219. Engwall D, Hunter R, Steinberg M (2004) Gambling and other risk behaviors on university campuses. Journal American College Health, 52: 245-55

220. Erbas B, Buchner UG (2012) Pathological gambling: prevalence, diagnosis, comorbidity, and intervention in Germany. Deutsches Arzteblatt International. 109: 173-179

221. Erickson L, Molina CA, Ladd GT, Pietrzak RH, Petry NM (2005) Problem and pathological gambling are associated with poorer mental and physical health in older adults. International Journal of Geriatric Psychiatry, 20: 754-759

222. Etel C, Tabchi S, Bou Khalil R, Hlais S, Richa S (2012) [Prevalence of pathological gambling in Lebanese students.]. Encephale. (w druku)

223. Evans RI (2003) Some theoretical models and constructs generic to substance abuse prevention programs for adolescents: possible relevance and limitations for problem gambling. Journal of Gambling Studies, 19: 287-302

224. Evans L, Delfabbro PH (2005) Motivators for change and barriers to help-seeking in Australian problem gamblers. Journal of Gambling Studies, 21: 133-155

225. Faregh N, Derevensky J (2011) Gambling behavior among adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. Journal of Gambling Studies, 27: 243-256

226. Faregh N, Derevensky J (2012) Epidemiology of problem gambling in a Canadian community. Community Mental Health Journal, (w druku)

227. Ferland F, Ladouceur R, Vitaro F (2002) Prevention of problem gambling: Modifying misconceptions and increasing knowledge. Journal of Gambling Studies, 18: 19-29

228. Ferland F, Ladouceur R, Vitaro F (2005) [Efficiency of a gambling prevention program for youths: results from the pilot study]. L'Encephale, 31: 427-436

229. Ferris J, Wynne H (2001) The Canadian Problem Gambling Index: final report. Ottawa, ON: phase II final report to the Canadian Inter-Provincial Task Force on Problem Gambling

230. Fink A, Parhami I, Rosenthal RJ, Campos MD, Siani A, Fong TW (2012) How transparent is behavioral intervention research on pathological gambling and other gambling-related disorders? A systematic literature review. Addiction. 107: 1915-1928

231. Fisher S (2000) Developing the DSM-IV-DSM-IV criteria to identify adolescent problem gambling in non-clinical populations. Journal of Gambling Studies, 16: 253-273

232. Fisher S (2000) Measuring the prevalence of sector-specific problem gambling: a study of casino patrons. Journal of Gambling Studies, 16: 25-51

233. Fong TW, Campos MD, Brecht ML, Davis A, Marco A, Pecanha V, Rosenthal RJ (2011) Problem and pathological gambling in a sample of casino patrons. Journal of Gambling Studies, 27: 35-47

234. Fong T, Campos M, Rosenthal R, Brecht ML, Schwartz B, Davis A, Chung B (2010) Problem gambling knowledge and perceived community

impact among Asian-Pacific Islanders and non Asian-Pacific Islanders. Journal Immigrants and Minorities Health, 12: 173-178

235. Fong T, Kalechstein A, Bernhard B, Rosenthal R, Rugle L (2008) A double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine for the treatment of video poker pathological gamblers. Pharmacology Biochemistry Behavior, 89: 298–303

236. Forrest D, McHale IG (2012) Gambling and problem gambling among young adolescents in Great Britain. Journal of Gambling Studies, 28: 607-622

237. Frascella J, Potenza MN, Brown LL, Childress AR (2010) Shared brain vulnerabilities open the way for nonsubstance addictions: carving addiction at a new joint? Annals of New York Academy of Sciences, 1187: 294-315

238. Freiberg (1995) A calculated gamble: the benefits from bingo. The APA monitor

239. French MT, Maclean JC, Ettner SL (2008) Drinkers and bettors: investigating the complementarity of alcohol consumption and problem gambling. Drug and Alcohol Dependence, 96: 155-164

240. Fritz GK (2008) The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter Supplement: Does your adolescent have a gambling problem? 24: Issue Supplement S8, I–II

241. Fuentes D, Tavares H, Artes R, Gorenstein C (2006) Self-reported and neuropsychological measures of impulsivity in pathological gambling. Journal of International Neuropsychological Society, 12: 907-912

242. Gaboury A, Ladouceur R (1988) Irrational thinking and gambling. W: Eadington WR (red.): Gambling research: Proceedings of the Seventh International Conference on Gambling and Risk Taking, Reno: University of Nevada

243. Gaetan S, Bonnet A, Pedinielli JL (2012) [Self-perception and life satisfaction in video game addiction in young adolescents (11-14 years old)]. L'Encephale. 38: 512-508

244. Gainsbury SM, Russell A, Blaszczynski A (2012) Are psychology university student gamblers representative of non-university students and

general gamblers? A comparative analysis. Journal of Gambling Studies, (w druku)

245. Gambino B (1997) The correction for bias in prevalence estimation with screening tests. Journal of Gambling Studies. 13: 343-351

246. Gambino B (2012) The validation of screening tests: Meet the new screen same as the old screen? Journal of Gambling Studies, 28: 573-605

247. Gaś ZB (1993) Profilaktyka uzależnień. WSiP, Warszawa

248. Gebauer L, LaBrie R, Shaffer HJ (2010) Optimizing DSM-IV-TR classification accuracy: a brief biosocial screen for detecting current gambling disorders among gamblers in the general household population. Canadian Journal of Psychiatry, 55: 82-90

249. Germain C, Vahanian A, Basquin A, Richoux-Benhaim C, Embouazza H, Lejoyeux M (2011) Brief report: Coronary heart disease: An unknown association to pathological gambling. Frontiers in Psychiatry. 16: 11

250. Gerstein D, Murphy S, Toce M (1999) Gambling impact and behavior study: report to the National Gambling Impact Study Commission, 1999

251. Gescheidt T, Bares M (2011) Impulse control disorders in patients with Parkinson's disease. Acta Neurologica Belgica, 111: 3-9

252. Getty HA, Watson J, Frisch GR (2000) A comparison of depression and styles of coping in male and female GA members and controls. Journal of Gambling Studies, 16: 377-391

253. Ghandour LA, El Sayed DS (2012) Gambling behaviors among university youth: Does one's religious affiliation and level of religiosity play a role? Psychology of Addictive Behavior, (w druku)

254. Giacopassi D, Stitt BG, Vandiver M (1998) An analysis of the relationship of alcohol to casino gambling among college students. Journal of Gambling Studies, 14: 135-149

255. Gill T, Dal Grande E, Taylor AW (2006) Factors associated with gamblers: a population-based cross-sectional study of South Australian adults. Journal of Gambling Studies, 22: 143-164

256. Gomes K, Pascual-Leone A (2009) Primed for change: facilitating factors in problem gambling treatment. Journal of Gambling Studies, 25: 1-17

257. Gomez-Beldarrain M, Harries C, Garcia-Monco JC, Ballus E, Grafman J (2004) Patients with right frontal lesions are unable to assess and use advice to make predictive judgments. Journal of Cognitive Neurosciences, 16: 74-89

258. Gonzalez-Ibanez A, Jimenez S, Aymami MN (1999) Evaluacion y tratamiento cognitivo-conductual de jugadores patologicos de maquinas recreativas con premio [Evaluation of the cognitive-behavioural treatment of pathological poker machine gamblers]. Anuario de Psicologia, 30: 111-125

259. Goodie AS (2005) The role of perceived control and overconfidence in pathological gambling. Journal of Gambling Studies, 21: 481-502

260. Gooding P, Tarrier N (2009) A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: hedging our bets? Behavior Research Therapy, 47: 592-607

261. Goodyear-Smith F, Arroll B, Kerse N, Sullivan S, Coupe N, Tse S, Shepherd R, Rossen F, Perese L (2006) Primary care patients reporting concerns about their gambling frequently have other co-occurring lifestyle and mental health issues. BMC Family Practice, 7: 25, 1-6

262. Goodyear-Smith F, Arroll B, Sullivan S, Elley R, Docherty B, Janes R (2004) Lifestyle screening: Development of an acceptable multi-item general practice tool. New Zealand Medical Journal, 5;117(1205): U1146

263. Goudriaan AE, de Ruiter MB, van den Brink W, Oosterlaan J, Veltman DJ (2010) Brain activation patterns associated with cue reactivity and craving in abstinent problem gamblers, heavy smokers and healthy controls: An fMRI study. Addictive Biology, 15: 491-503

264. Goudriaan AE, Slutske WS, Krull JL, Sher KJ (2009) Longitudinal patterns of gambling activities and associated risk factors in college students. Addiction, 104: 1219-1232

265. Goudriaan AE, Oosterlaan J, de Beurs E, van den Brink W (2006) Neurocognitive functions in pathological gambling: a comparison with alcohol dependence, Tourette syndrome and normal controls. Addiction, 101: 534-547

266. Govoni R, Frisch G, Johnson D (2001) A community effort: Ideas to action - Understanding and preventing problem gambling in seniors. Windsor, ON: Problem Gambling Research Group, University of Windsor

267. Govoni R, Frisch GR, Rupcich N, Getty H (1998) First year impacts of casino gambling in a community. Journal of Gambling Studies, 14: 347-358

268. Götestam KG, Johansson A (2003) Characteristics of gambling and problematic gambling in the Norwegian context: a DSM-IV-based telephone interview study. Addictive Behavior, 28: 189-197

269. Grall-Bronnec M, Bouju G, Landréat-Guillou M, Vénisse JL (2011) [Socio-demographic and clinical assessment, and trajectory of a sample of French pathological gamblers]. L'Encephale, 36: 452-460

270. Grall-Bronnec M, Wainstein L, Augy J, Bouju G, Feuillet F, Vénisse JL, Sébille-Rivain V (2011) Attention deficit hyperactivity disorder among pathological and at-risk gamblers seeking treatment: a hidden disorder. European Addiction Research, 17: 231-240

271. Grall-Bronnec M, Wainstein L, Feuillet F, Bouju G, Rocher B, Vénisse JL, Sébille-Rivain V (2012) Clinical profiles as a function of level and type of impulsivity in a sample group of at-risk and pathological gamblers seeking treatment. Journal of Gambling Studies, 28: 239-252

272. Granero R, Tárrega S, Fernández-Aranda F, Aymamí N, Gómez-Peña M, Moragas L, Custal N, Orekhova L, Savvidou LG, Menchón JM, Jiménez-Murcia S (2012) Gambling on the stock market: An unexplored issue. Comprehensive Psychiatry, 53: 666-673

273. Grant JE, Chamberlain SR, Schreiber LR, Odlaug BL, Kim SW (2011) Selective decision-making deficits in at-risk gamblers. Psychiatry Research, 189: 115-120

274. Grant JE, Desai RA, Potenza MN (2009) Relationship of nicotine dependence, subsyndromal and pathological gambling, and other psychiatric disorders: data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Journal Clinical Psychiatry, 70: 334-343

275. Grant JE, Kim SW, Odlaug BL, Buchanan SN, Potenza MN (2009) Late-onset pathological gambling: clinical correlates and gender differences. Journal Psychiatry Research, 43: 380-387

276. Grant Stitt B, Nichols M, Giacopassi D (2000) Perceptions of the extent of problem gambling within new casino communities. Journal of Gambling Studies, 16: 433-451

277. Grant JE, Potenza MN (2005) Tobacco use and pathological gambling. Annals Clinical Psychiatry, 17: 237-241

278. Grant JE, Schreiber L, Odlaug BL, Kim SW (2010) Pathologic gambling and bankruptcy. Comprehensive Psychiatry, 51: 115-120.

279. Gray PB (2004) Evolutionary and cross-cultural perspectives on gambling. Journal of Gambling Studies, 20: 347-371

280. Gray KL, Browne MAO, Prabhu VR (2007) Systematic review and meta-analysis of studies on early intervention and prevention for problem gambling. Report prepared for: Gambling Research Australia

281. Griffiths MD (1995) Adolescent gambling. London: Routledge

282. Griffiths M (1999) Gambling technologies: prospects for problem gambling. Journal of Gambling Studies, 15: 265-283

283. Griffiths MD (1994) The role of cognitive bias and skill in fruit machine gambling. British Journal of Psychology, 85: 351-369

284. Griffiths M, Scarfe A, Bellringer P (1999 The UK National Telephone Gambling Helpline - Results on the first year of pperation. Journal of Gambling Studies, 15: 83-90

285. Griffiths M, Wardle H, Orford J, Sproston K, Erens (2009) Sociodemographic correlates of Internet gambling: findings from the 2007 British gambling prevalence survey. Cyberpsychology Behavior, 12: 199-202

286. Griffiths M, Wood RT (2000) Risk factors in adolescence: the case of gambling, videogame playing, and the internet. Journal of Gambling Studies, 16: 199-225

287. Griffiths MD, Wood RT, Parke J (2009) Social responsibility tools in online gambling: a survey of attitudes and behavior among Internet gamblers. Cyberpsychology Behavior, 12: 413-421

288. Grüsser SM, Poppelreuter S, Heinz A, Albrecht U, Saß H: Verhaltenssucht – eine eigenständige diagnostische Einheit? Nervenarzt, 78: 997-1002

289. Gu X, Tam PS (2011 Casino taxation in Macao: an economic perspective. Journal of Gambling Studies, 27: 587-605

290. Gupta R, Derevensky JL (1998) Adolescent gambling behavior: A prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling. Journal of Gambling Studies, 14: 319-345

291. Gupta R, Derevensky JL (1998) An empirical examinination of Jacobs' general theory of addictions: Do adolescent gamblers fit the theory? Journal of Gambling Studies, 14: 17-49

292. Gupta R, Nower L, Derevensky JL, Blaszczynski A, Faregh N, Temcheff C (2012) Problem gambling in adolescents: An examination of the pathways model. Journal of Gambling Studies, 14 (w druku)

293. Hansen M, Rossow I (2008) Adolescent gambling and problem gambling: does the total consumption model apply? Journal of Gambling Studies, 24: 135-149

294. Hardoon K, Derevensky JL, Gupta R (2003) Empirical measures vs. perceived gambling severity among youth: why adolescent problem gamblers fail to seek treatment. Addictive Behavior, 28: 933-946

295. Hardoon KK, Gupta R, Derevensky JL (2004) Psychosocial variables associated with adolescent gambling. Psychology of Addictive Behavior, 18: 170-9

296. Harrigan KA, Dixon M (2010) Government sanctioned "tight" and "loose" slot machines: how having multiple versions of the same slot machine game may impact problem gambling. Journal of Gambling Studies, 26: 159-174

297. Hawley CE, Glenn MK, Diaz S (2007) Problem gambling in the workplace, characteristics of employees seeking help. Work, 29: 331-340

298. Hayatbakhsh MR, Clavarino A, Williams GM, Bor W, Najman JM (2012) Young adults' gambling and its association with mental health and substance

use problems. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 36: 160-166

299. Hayden BY, Platt ML (2009) Gambling for Gatorade: risk-sensitive decision making for fluid rewards in humans. Animal Cognition, 12: 201-207

300. Hayden BY, Platt ML (2007) Temporal discounting predicts risk sensitivity in rhesus macaques. Current Biology, 17: 49-53

301. Henderson MJ (2004) Psychological correlates of comorbid gambling in psychiatric outpatients: a pilot study. Substance Use Misuse, 39: 1341-52

302. Henslin, J.M (1967) Craps and magic. American Journal of Sociology, 73: 316-330

303. Hewig J, Kretschmer N, Trippe RH, Hecht H, Coles MG, Holroyd CB, Miltner WH (2010) Hypersensitivity to reward in problem gamblers. Biological Psychiatry, 67: 781-783

304. Hewig J, Straube T, Trippe RH, Kretschmer N, Hecht H, Coles MG, Miltner WH (2009) Decision-making under risk: an fMRI study. Journal Cognitive Neuroscience, 21: 1642-1652

305. Hing N (2003) An assessment of member awareness, perceived adequacy and perceived effectiveness of responsible gambling strategies in Sydney clubs. Lismore, Australia: Centre for Gambling Education and Research, Southern Cross University

306. Hing N, Haw J (2009) The development of a multi-dimensional gambling accessibility scale. Journal of Gambling Studies, 25: 569-581

307. Hodgins DC (2004) Using the NORC DSM Screen for Gambling Problems (NODS) as an outcome measure for pathological gambling: psychometric evaluation. Addictive Behavior, 29: 1685-1690

308. Hodgins DC (2005) Implications of a brief intervention trial for problem gambling for future outcome research. Journal of Gambling Studies, 21: 13-19

309. Hodgins DC, el-Guebaly N (2004) Retrospective and prospective reports of precipitants to relapse in pathological gambling. Journal Consulting and Clinical Psychology, 72: 72-80

310. Hodgins DC, el-Guebaly N (2010) The influence of substance dependence and mood disorders on outcome from pathological gambling: five-year follow-up. Journal of Gambling Studies, 26: 117-127

311. Hodgins DC, Currie SR, el-Guebaly N, Diskin KM (2007) Does providing extended relapse prevention bibliotherapy to problem gamblers improve outcome? Journal of Gambling Studies, 23: 41-54

312. Hodgins DC, Mansley C, Thygesen K (2006) Risk factors for suicide ideation and attempts among pathological gamblers. American Journal of Addiction, 15: 303-310

313. Hodgins DC, Makarchuk K (2003) Trusting problem gamblers: reliability and validity of self-reported gambling behavior. Psychological Addictive Behavior, 17: 244-248

314. Hodgins DC, Shead NW, Makarchuk K (2007) Relationship satisfaction and psychological distress among concerned significant others of pathological gamblers. Journal Nervous and Mental Disorder, 195: 65-71

315. Hodgins DC, Stinchfield R (2008) Gambling disorders. In: Hunsley J, Mash EJ, eds. A guide to assessments that work. New York, NY: Oxford University Press, 370-388

316. Hodgins DC, Schopflocher DP, el-Guebaly N (2010) The association between childhood maltreatment and gambling problems in a community sample of adult men and women. Psychology of Addictive Behavior, 24: 548-554

317. Hodgins DC, Stea JN, Grant JE (2011) Gambling disorders. Lancet, 378): 1874-1884

318. Hodgins DC, Toneatto T, Makarchuk K, Skinner W, Vincent S (2007) Minimal treatment approaches for concerned significant others of problem gamblers: a randomized controlled trial. Journal of Gambling Studies, 23: 215-230

319. Hong SI, Sacco P, Cunningham-Williams RM (2009) An empirical typology of lifetime and current gambling behaviors: association with health status of older adults. Aging and Mental Health, 13: 265-273

320. Holden C (2001) “Behavioral” addictions: Do they exist? Science, 294: 980-982

321. Hollander E, DeCaria CM, Mari E (1998) Short-term single-blind fluvoxamine treatment of pathological gambling. American Journal of Psychiatry, 155: 1781-1783

322. Holtgraves T (2009) Evaluating the problem gambling severity index. Journal of Gambling Studies, 25: 105-120

323. Holtgraves T (2009) Gambling, gambling activities, and problem gambling. Psychology of Addictive Behavior, 23: 295-302

324. Hopley AA, Nicki RM (2010) Predictive factors of excessive online poker playing. Cyberpsychological Behavior Social Network, 13: 379-385

325. Horton K, Harrigan K, Horbay R, Turner N (2001) The effectiveness of interactive problem gambling awareness and prevention programs. Toronto: Ontario Problem Gambling Research Centre

326. Hønsi A, Mentzoni RA, Molde H, Pallesen S (2012) Attentional bias in problem gambling: A systematic review. Journal of Gambling Studies, (w druku)

327. Huang JH, Boyer R (2007). Epidemiology of youth gambling problems in Canada: a national prevalence study. Canadian Journal of Psychiatry. 52: 657-665

328. Huang JH, Jacobs DF, Derevensky JL (2011) DSM-based problem gambling: increasing the odds of heavy drinking in a national sample of U.S. college athletes? Journal of Psychiatric Research, 45: 302-308

329. Huang JH, Jacobs DF, Derevensky JL (2010) Sexual risk-taking behaviors, gambling, and heavy drinking among U.S. college athletes. Archives of Sexual Behavior, 39: 706-713

330. Huang JH, Jacobs DF, Derevensky JL, Gupta R, Paskus TS (2007) Gambling and health risk behaviors among U.S. college student-athletes: findings from a national study. Journal of Adolescence Health. 40: 390-397

331. Huang JH, Jacobs DF, Derevensky JL, Gupta R, Paskus TS (2007) A national study on gambling among US college student-athletes. Journal of American Colleege Health. 56: 93-99

332. Hur JW, Shin NY, Kim SN, Jang JH, Choi JS, Shin YC, Kwon JS (2012) Do pathological gambling and obsessive-compulsive disorder overlap? A neurocognitive perspective. CNS Spectrums, 2: 1-7

333. Hyun MY, Cho OH (2012) [Factors influencing problem and pathological gambling in participants of horse race gambling]. Journal Korean Academic Nursery, 42: 589-598.

334. Ibanez A, Blanco C, Moreryra P, Saiz-Ruiz J (2003) Gender differences in pathological gambling. Journal of Clinical Psychiatry, 64: 295-301

335. Independent Pricing and Regulatory Tribunal of New South Wales. (2004). Gambling: Promoting a culture of responsibility. Sydney, Australia: Author

336. Ingle PJ, Marotta J, McMillan G, Wisdom JP (2008) Significant others and gambling treatment outcomes. Journal of Gambling Studies, 24: 381-392

337. Inglin S, Gmel G (2011) Beliefs about and attitudes toward gambling in French-speaking Switzerland. Journal of Gambling Studies, 27: 299-316

338. Ishii H, Ohara S, Tobler PN, Tsutsui K, Iijima T (2012) Inactivating anterior insular cortex reduces risk taking. Journal of Neuroscience. 32: 16031-9

339. Jacobs DF (1986) A general theory of addictions: a new theoretical model. Journal of Gambling Behavior, 2: 15-31

340. Jacobs DF (2000) Juvenile gambling in North America: an analysis of long term trends and future prospects. Journal of Gambling Studies, 163: 119-152

341. Jacques C, Ladouceur R (2003) DSM-IV-J criteria: a scoring error that may be modifying the estimates of pathological gambling among youths. Journal of Gambling Studies, 19: 427-431

342. Janiri L, Martinotti G, Dario T, Schifano F, Bria P (2007) The gamblers' Temperament and Character Inventory (TCI) personality profile. Substance Use and Misuse, 42: 975-984

343. Jazaeri SA, Habil MH (2012) Reviewing two types of addiction – pathological gambling and substance use. Indian Journal of Psychological Medicine, 34: 5-11

344. Jiménez-Murcia S, Stinchfield R, Alvarez-Moya E, Jaurrieta N, Bueno B, Granero R, Aymamí MN, Gómez-Peña M, Martínez-Giménez R, Fernández-Aranda F, Vallejo J (2009) Reliability, validity, and classification accuracy of a Spanish translation of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. Journal of Gambling Studies, 25: 93-104

345. Johnson PS, Madden GJ, Stein JS (2012) Effects of acute pramipexole on male rats' preference for gambling-like rewards II. Experimental and Clinical Psychopharmacology, 20: 167-172.

346. Joukhador J, Blaszczynski A, Maccallum F (2004) Superstitious beliefs in gambling among problem and non-problem gamblers: Preliminary data. Journal of Gambling Studies, 20: 171-180

347. Joukhador J, Maccallum F, Blaszczynski A (2003) Differences in cognitive distortions between problem and social gamblers. Psychological Reports, 92: 1203-1214

348. Joutsa J, Martikainen K, Vahlberg T, Voon V, Kaasinen V (2012) Impulse control disorders and depression in Finnish patients with Parkinson's disease. Parkinsonism and Related Disorders, 18: 155-160

349. Kaare PR, Mõttus R, Konstabel K (2009) Pathological gambling in Estonia: relationships with personality, self-esteem, emotional states and cognitive ability. Journal of Gambling Studies, 25: 377-390

350. Kaasinen V, Halme J, Alho H (2009) [Neurobiology of pathological gambling]. Duodecim, 125: 2075-2083.

351. Kairouz S, Nadeau L, Siou GL. Area variations in the prevalence of substance use and gambling behaviours and problems in Quebec: a multilevel analysis. Canadian Journal Psychiatry, 50: 591-598

352. Kalechstein AD, Fong T, Rosenthal RJ, Davis A, Vanyo H, Newton TF (2007) Pathological gamblers demonstrate frontal lobe impairment consistent with that of methamphetamine-dependent individuals. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience, 19: 298-303

353. Kanal EY, Sun M, Ozkurt TE, Jia W, Sclabassi R (2009) Magnetoencephalographic imaging of deep corticostriatal network activity

during a rewards paradigm. Conference Proceedings IEEE English Medical Biology Society, 2915-2918

354. Kareev Y, Fiedler K, Avrahami J (2009) Base rates, contingencies, and prediction behavior. Experimental Psychology and Learning Memory Cognition, 35: 371-380

355. Kassinove JI *(*1996*)* Pathological gambling: the neglected epidemic*.* The Behaviour Therapist, 19: 102-104

356. Kassinove JI. (1998) Development of the gambling attitude scales: preliminary findings. Journal of Clinical Psychology, 54: 763-771

357. Kaur I, Schutte NS, Thorsteinsson EB (2006) Gambling control self-efficacy as a mediator of the effects of low emotional intelligence on problem gambling. Journal of Gambling Studies, 22: 405-411

358. Kausch O (2003) Patterns of substance abuse among treatment-seeking pathological gamblers. Journal of Substance Abuse Treatment, 25: 263-270

359. Kausch O (2003) Suicide attempts among veterans seeking treatment for pathological gambling. Journal Clinical Psychiatry, 64:1031-1038

360. Kausch O, Rugle L, Rowland DY (2006) Lifetime histories of trauma among pathological gamblers. American Journal Addiction, 15: 35-43

361. Källmén H, Andersson P, Andren A (2008) Are irrational beliefs and depressive mood more common among problem gamblers than non-gamblers? A survey study of Swedish problem gamblers and controls. Journal of Gambling Studies, 24: 441-450

362. Kenangil G, Ozekmekçi S, Sohtaoglu M, Erginöz E (2010) Compulsive behaviors in patients with Parkinson's disease. Neurologist, 16: 192-195

363. Kennedy SH, Welsh BR, Fulton K, Soczynska JK, McIntyre RS, O'Donovan C, Milev R, le Melledo JM, Bisserbe JC, Zimmerman M, Martin N (2010) Frequency and correlates of gambling problems in outpatients with major depressive disorder and bipolar disorder. Canadian Journal of Psychiatry, 55: 568-576

364. Kerber CS (2005) Problem and pathological gambling among college athletes. Annals of Clinical Psychiatry, 17: 243-247

365. Kerber CS, Black DW, Buckwalter K (2008) Comorbid psychiatric disorders among older adult recovering pathological gamblers. Issues in Mental Health Nursing, 29: 1018-1028

366. Kerber CH, Hickey KL, Astroth KM, Kim M (2012) Gambling behaviors and perceived health among incarcerated older adults. Journal of Psychosocial Nursing in Mental Health Services, 50: 32-39

367. Kerber CS, Schlenker E, Hickey K (2011) Does your older adult client have a gambling problem? Journal for Psychosocial Nursing of Mental Health Services, 49: 38-43

368. Kessler RC, Hwang I, LaBrie R (2008) DSM-IV Pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. Psychological Medicine, 38: 1351-1360

369. Khazaal Y, Chatton A, Bouvard A, Khiari H, Achab S, Zullino D (2011) Internet poker websites and pathological gambling prevention policy. Journal of Gambling Studies, DOI 10.1007/s10899-011-9288-3

370. Khazaal Y, Chatton A, Billieux J, Bizzini L, Monney G, Fresard E, Thorens G, Bondolfi G, El-Guebaly N, Zullino D, Khan R (2012) Effects of expertise on football betting. Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy, 7: 18

371. Khazaal Y, Chatton A, Cochand S, Jermann F, Osiek C, Bondolfi G, Zullino D (2008) Quality of web-based information on pathological gambling. Journal of Gambling Studies, 24: 357-366

372. Kim SW, Grant JE, Eckert ED, Faris PL, Hartman BK (2006) Pathological gambling and mood disorders: clinical associations and treatment implications. Journal Affective Disorders, 92: 109-116.

373. Kim SW, Grant JE, Grosz RL (2002) Pathological gambling. Current status and new treatments. Minnesota Med. Medicine, 8548-8550

374. Kim SW, Grant JE, Potenza MN, Blanco C, Hollander E (2009) The Gambling Symptom Assessment Scale (G-SAS): A reliability and validity study. Psychiatry Research, 166: 76-84

375. Kincaid H, Daniels R, Dellis A, Hofmeyr A, Rousseau J, Sharp C, Ross D (2012) A Taxometric Analysis of Problem Gambling Data from a South African National Urban Sample. Journal of Gambling Studies, 19 (w druku)

376. King DL, Ejova A, Delfabbro PH (2012) Illusory control, gambling, and video gaming: an investigation of regular gamblers and video game players. Journal of Gambling Studies, 28: 421-435

377. Koić E, Filaković P, Djordjević V, Nadj S (2012) "Alea Iacta Est" (a case series report of problem and pathological gambling). College Antropology, 3: 961-971

378. Korman LM, Collins J, Dutton D, Dhayananthan B, Littman-Sharp N, Skinner W (2008) Problem gambling and intimate partner violence. Journal of Gambling Studies, 24: 13-23

379. Korn D, Murray M, Morrison M, Reynolds J, Skinner HA (2006) Engaging youth about gambling using the internet: The YouthBet.net website. Canadian Journal of Public Health, 97: 448-453

380. Korn D & Shaffer H (1999) Gambling and the health of the public: Adopting a public health perspective. Journal of Gambling Studies, 15: 289-365

381. Kuentzel JG, Henderson MJ, Melville CL (2008) The impact of social desirability biases on self-report among college student and problem gamblers. Journal of Gambling Studies, 24: 307-319

382. Kun B, Balázs H, Arnold P, Paksi B, Demetrovics Z (2012) Gambling in Western and Eastern Europe: the example of Hungary. Journal of Gambling Studies, 28: 27-46

383. Kushner MG, Abrams K, Donahue C, Thuras P, Frost R, Kim SW (2007) Urge to gamble in problem gamblers exposed to a casino environment. Journal of Gambling Studies, 23: 121-132

384. Kyngdon A (2004) Comparing factor analysis and the Rasch model for ordered response categories: An investigation of the scale of gambling choices. Journal of Applied Measurement, 5: 398-418

385. Labrie RA, Peller AJ, Laplante DA, Bernhard B, Harper A, Schrier T, Shaffer HJ (2012) A brief self-help toolkit intervention for gambling problems: a randomized multisite trial. American Journal Orthopsychiatry, 82: 278-289

386. Ladd GT, Molina CA, Kerins GJ, Petry NM (2003) Gambling participation and problems among older adults. Journal Geriatric Psychiatry and Neurology, 16: 172-177

387. Ladd GT, Petry NM (2002) Disordered gambling among university-based medical and dental patients: A focus on Internet gambling. Psychological Addictive Behavior, 16: 76-79

388. Ladd GT, Petry NM (2002) Gender differences among pathological gamblers seeking treatment. Experimental Clinical Psychopharmacology, 10: 302-309

389. Lader M (2008) Antiparkinsonian medication and pathological gambling. CNS Drugs, 22: 407-416

390. Ladouceur R (2005) Controlled gambling for pathological gamblers. Journal of Gambling Studies, 21: 49-59

391. Ladouceur R (2004) Perceptions among pathological and nonpathological gamblers. Addictive Behavior, 29: 555-65

392. Ladouceur R, Bouchard C, Rhéaume N, Jacques C, Ferland F, Leblond J, Walker M (2000) Is the SOGS an accurate measure of pathological gambling among children, adolescents and adults? Journal of Gambling Studies, 16: 1-24

393. Ladouceur R, Boutin C, Doucet C, Dumont M, Provencher M, Giroux I (2004) Awareness promotion about excessive gambling among video lottery retailers. Journal of Gambling Studies, 20: 181-185

394. Ladouceu, R, Ferland F, Coté M, Vitaro F (2004) Teachers' knowledge and training needs regarding youth gambling. School Psychology International, 25: 472-479

395. Ladouceur R, Ferland F, Fournier P (2003) Correction of erroneous perceptions regarding the notions of chance and randomness in gambling among primary school students. American Journal of Health Education, 34: 5-10

396. Ladouceur R, Ferland F, Poulin C, Vitaro F, Wiebe J (2005) Concordance between the SOGS-RA and the DSM-IV criteria for pathological gambling among youth. Psychology Addictive Behavior, 19: 271-276

397. Ladouceur R, Gaboury A, Dumont D, Rochette P (1988) Gambling: relationship between the frequency of wins and irrational thinking. Journal of Psychology, 122: 409-414

398. Ladouceur R, Jacques C, Giroux I, Ferland F, Leblond J (2000) Analysis of a casino's self-exclusion program. Journal of Gambling Studies, 16: 453-460

399. Ladouceur R, Jacques C, Chevalier S, Sévigny S, Hamel D (2005) Prevalence of pathological gambling in Quebec in 2002. Canadian Journal Psychiatry, 50: 451-458

400. Ladouceur R, Jacques C, Ferland F, Giroux I (1998) Parents' attitudes and knowledge regarding gambling among youths. Journal of Gambling Studies, 14: 83-90

401. Ladouceur R, Lachance S, Fournier PM (2009) Is control a viable goal in the treatment of pathological gambling? Behavior Research Therapy, 47: 189-197

402. Ladouceur R, Sévigny S, Blaszczynski A, O'Connor K, Lavoie ME (2003) Video lottery: winning expectancies and arousal. Addiction, 98: 733-738

403. Ladouceur R, Shaffer HJ (2005) Treating problem gamblers: working towards empirically supported treatment. Journal of Gambling Studies, 21: 1-4

404. Ladouceur R, Vezina L, Jacques C, Ferland F (2000) Does a brochure about pathological gambling provide new information? Journal of Gambling Studies, 16: 103-107

405. Ladouceur R, Vitaro F & Coté M (2001) Parents' attitudes, knowledge, and behavior toward youth gambling: A five-year follow-up. Journal of Gambling Studies, 17: 101–116.

406. Ladouceur R, Walker M (1996) A cognitive perspective on gambling. W: Salkovskies PM (red.): Trends in Cognitive and Behavioral Therapies, Chichester: John Wiley and Sons, 89-120

407. Lahn J (2005) Gambling among offenders: results from an Australian survey. International Journal Offender Therapy Comp Criminology,49: 343-355

408. Lai FD, Ip AK, Lee TM (2011) Impulsivity and pathological gambling: Is it a state or a trait problem? BMC Research Notes, 13: 492.

409. Lakey CE, Goodie AS Campbell WK (2007) Frequent card playing and pathological gambling: the utility of the Georgia Gambling Task and Iowa Gambling Task for predicting pathology. Journal of Gambling Studies, 23: 285-297

410. Langhinrichsen-Rohling J, Rohling ML, Rohde P, Seeley JR (2004) The SOGS-RA vs. the MAGS-7: prevalence estimates and classification congruence. Journal of Gambling Studies, 20: 259-281

411. Langhinrichsen-Rohling J, Rohde P, Seeley JR, Rohling ML (2004) Individual, family, and peer correlates of adolescent gambling. Journal of Gambling Studies, 20: 23-46

412. Larimer ME, Neighbors C (2003) Normative misperception and the impact of descriptive and injunctive norms on college student gambling. Psychological Addictive Behavior, 17: 235-243

413. Larsen CV, Curtis T, Bjerregaard P (2012) Gambling behavior and problem gambling reflecting social transition and traumatic childhood events among Greenland inuit: A cross-sectional study in a large indigenous population undergoing rapid change. Journal of Gambling Studies, DOI 10.1007/s10899-012-9337-6

414. Lau M, Kan MY (2010) Prevalence and correlates of problem behaviors among adolescents in Hong Kong. Asia Pacific Journal of Public Health, 22: 354-364

415. Law S (2006) Problem gambling in the Canadian North neglected. Canadian Journal Psychiatry, 51: 127-128

416. Lawrence AJ, Luty J, Bogdan NA, Sahakian BJ, Clark L (2009) Impulsivity and response inhibition in alcohol dependence and problem gambling. Psychopharmacology, 207: 163-172

417. Lawrence AJ, Luty J, Bogdan NA, Sahakian BJ, Clark L (2009) Problem gamblers share deficits in impulsive decision-making with alcohol-dependent individuals. Addiction, 104: 1006-1015

418. Lavoie M, Ladouceu R (2004) Prevention of gambling among youth: Increasing knowledge and modifying attitudes toward gambling. Electronic Journal of Gambling, 10.

419. Leblond J, Ladouceur R, Blaszczynski A (2003) Which pathological gamblers will complete treatment? British Journal Clinical Psychology, 42: 205-209

420. Lecoutre MP, Clement E, Lecoutre B (2004) Failure to construct and transfer correct representations across probability problems. Psychological Reports, 94: 151-162

421. Ledgerwood DM, Alessi SM, Phoenix N, Petry NM (2009) Behavioral assessment of impulsivity in pathological gamblers with and without substance use disorder histories versus healthy controls. Drug and Alcohol Dependence, 105: 89-96

422. Ledgerwood DM, Downey KK (2002) Relationship between problem gambling and substance use in a methadone maintenance population. Addicttive Behavior, 27: 483-91

423. Ledgerwood DM, Petry NM (2010) Subtyping pathological gamblers based on impulsivity, depression, and anxiety. Psychology of Addictive Behavior, 24: 680-8

424. Ledgerwood DM, Steinberg MA, Wu R, Potenza MN (2005) Self-reported gambling-related suicidality among gambling helpline callers. Psychological Addictive Behavior, 19: 175-183

425. Lee CK, Lee B, Bernhard BJ, Lee TK (2009) A comparative study of involvement and motivation among casino gamblers. Psychiatric Investigation, 6: 141-149

426. Lee GP, Storr CL, Ialongo NS, Martins SS (2011) Compounded effect of early adolescence depressive symptoms and impulsivity on late adolescence gambling: a longitudinal study. Journal Adolescence Health, 48: 164-1699

427. Leiserson V, Pihl RO (2007) Reward-sensitivity, inhibition of reward-seeking, and dorsolateral prefrontal working memory function in problem gamblers not in treatment. Journal of Gambling Studies, 23: 435-55

428. Lejoyeux M, Mc Loughlin M, Adčs J (2000) Epidemiology of behavioral dependence: literature review and results of original studies. European Psychiatry, 151: 29-34

429. Lerfel Y, Romo L, Legauffre C, Lucas C, Morvannou A (2010) [Pathological gambling and psychiatric patients]. Soins Psychiatry, 2270: 36-40

430. Lepper J, Haden B. Testing NLCLiP (2012) Validation of estimates rates of non-problematic and problematic gambling in a sample of British schoolchildren. Journal of Gambling Studies, 28: (w druku)

431. Lesieur HR, Blume SB (1987) The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. American Journal Psychiatry, 144: 1184-1188

432. Lesieur H, Rosenthal R (1991) Pathological gambling: a review of the literature (prepared for the American psychiatric Association task Force on DSM-IV committee on disorders of impulse control not elsewhere classified). Journal of Gambling Studies, 7: 5-40

433. Lesieur HR, Blume SB (1993) Revising the South Oaks Gambling Screen in different settings. Journal of Gambling Studies, 9: 213–23

434. Lesieur H Blume SB (1991). “When Lady Luck Loses: Women and Compulsive Gambling W: van den Bergh N (red.): Feminist Perspectives on Addictions. New York, Springer. 181-197

435. Li H, Mao LL, Zhang JJ, Wu Y, Li A, Chen J (2012) Dimensions of problem gambling behavior associated with purchasing sports lottery. Journal of Gambling Studies, 28: 47-68

436. Lindberg A, Fernie BA, Spada MM (2011) Metacognitions in problem gambling. Journal of Gambling Studies, 27: 73-81

437. Liu W, Lee GP, Goldweber A, Petras H, Storr CL, Ialongo NS, Martins SS (2012) Impulsivity trajectories and gambling in adolescence among urban male youth. Addiction, (w druku)

438. Lloyd J, Doll H, Hawton K, Dutton WH, Geddes JR, Goodwin GM, Rogers RD (2010) Internet gamblers: a latent class analysis of their behaviours and health experiences. Journal of Gambling Studies, 26: 387-399

439. Lloyd J, Doll H, Hawton K, Dutton WH, Geddes JR, Goodwin GM, Rogers RD (2010) How psychological symptoms relate to different motivations for gambling: an online study of internet gamblers. Biological Psychiatry, 68: 733-740

440. Lobo DS, Kennedy JL (2009) Genetic aspects of pathological gambling: a complex disorder with shared genetic vulnerabilities. Addiction, 104: 1454-1465

441. Lobo DS, Souza RP, Tong RP, et al (2010) Association of functional variants in the dopamine D2-like receptors with risk for gambling behavior in healthy Caucasian subjects. Biological Psychology, 85: 33-37

442. Lomanowska AM, Lovic V, Rankine MJ, Mooney SJ, Robinson TE, Kraemer GW (2011) Inadequate early social experience increases the incentive salience of reward-related cues in adulthood. Behavior and Brain Research, 22: 91-99

443. Long AB, Kuhn CM, Platt ML (2009) Serotonin shapes risky decision making in monkeys. Social Cognitive and Affective Neuroscience, 43: 46-56

444. Loo JM, Oei TP, Raylu N (2011) Psychometric evaluation of the Problem Gambling Severity Index - Chinese version (PGSI-C) Journal of Gambling Studies, 27: 453-466

445. Loo JM, Raylu N, Oei TP (2008) Gambling among the Chinese: a comprehensive review. Clinical Psychology Review, 28: 1152-1166

446. Lorains FK, Cowlishaw S, Thomas SA (2011) Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. Addiction, 106: 490-498

447. Lostutter T, Larimer M & Takushi R (2002). Measuring gambling outcomes among college students. Journal of Gambling Studies, 18, 339-360

448. Lucke S, Wallace M. Assessment and management of pathological and problem gambling among older adults. Geriatric Nurse, 27: 51-67

449. Lund I (2006) Gambling and problem gambling in Norway: What part does the gambling machine play? Addiction Research & Theory, 5: 475-491

450. Ludwig M, Kraus L, Müller S, Braun B, Bühringer G (2012) Has gambling changed after major amendments of gambling regulations in Germany? A propensity score analysis. Journal of Behavioral Addictions 1: 151-161

451. Lund I (2009) Gambling behavior and the prevalence of gambling problems in adult EGM gamblers when EGMs are banned. A natural experiment. Journal of Gambling Studies, 25: 215-225

452. Lund I (2007) Lessons from the grey area: a closer inspection of at-risk gamblers. Journal of Gambling Studies, 23: 409-419

453. Lund I (2008) The population mean and the proportion of frequent gamblers: is the theory of total consumption valid for gambling? Journal of Gambling Studies, 24: 247-256

454. Lupu V, Todirita IR (2012) Updates of the prevalence of problem gambling in Romanian teenagers. Journal of Gambling Studies, 18: (w druku)

455. Lussier I, Derevensky JL, Gupta R, Bergevin T, Ellenbogen S (2007) Youth gambling behaviors: an examination of the role of resilience. Psychology Addictive Behavior, 21: 165-173

456. Macdonald, J., Turner, N., & Somerset M. (2003). Life skills, mathematical reasoning and critical thinking: Curriculum for the prevention of problem gambling. Toronto: Ontario Problem Gambling Research Centre

457. Madden GJ, Francisco MT, Brewer AT, Stein JS (2011) Delay discounting and gambling. Behavior Processes, 87: 43-49

458. Madden GJ, Petry NM, Johnson PS (2009) Pathological gamblers discount probabilistic rewards less steeply than matched controls. Experimental Clinical Psychopharmacology, 17: 283-90

459. Magoon ME, Ingersoll GM (2006) Parental modeling, attachment, and supervision as moderators of adolescent gambling. Journal of Gambling Studies, 22: 1-22

460. Marazziti D, Catena Dell'osso M, Conversano C, Consoli G, Vivarelli L, Mungai F, Di Nasso E, Golia F (2008) Executive function abnormalities in pathological gamblers. Clinical Practice Epidemiology Mental Health, 27: 4-7

461. Marjot D (2006) Problem gambling is not synonymous with gambling addiction: a comment on Blaszczynski (2005). Addiction, 101: 450-450

462. Mark ME, Lesieur HR (1992) A feminist critique of problem gambling Research. British Journal of Addiction, 87: 549-565

463. Markham F, Young M, Doran B (2012) The relationship between alcohol consumption, gambling behavior and problem gambling during a single visit to a gambling venue. Drug and Alcohol Review, 31: 770-777

464. Marks I (1990) Behavioural (non-chemical) addictions. British Journal Addiction, 85: 1389-1394

465. Martinez F, Bonnefon JF, Hoskens J (2009) Active involvement, not illusory control, increases risk taking in a gambling game. Quartelty Journal Experimental Psychology, 62: 1063-1071

466. Martino DJ, Strejilevich SA, Torralva T, Manes F (2010) Decision making in euthymic bipolar I and bipolar II disorders. Psychology Medicine, 22: 1-9

467. Martinotti G, Andreoli S, Giametta E, Poli V, Bria P, Janiri L (2006) The dimensional assessment of personality in pathologic and social gamblers: the role of novelty seeking and self-transcendence. Comprehensive Psychiatry, 24: 350-356

468. Martins SS, Ghandour LA, Storr CL (2011) Gambling behavior subtypes among respondents with gambling-related problems in a population-based sample. Journal Addictive Disorder, 30: 169-180

469. Martins SS, Ghandour LA, Lee GP, Storr CL (2010) Sociodemographic and substance use correlates of gambling behavior in the Canadian general population. Journal Addictive Disorder, 29: 338-351

470. Mason K, Arnold R (2007) Problem gambling risk factors and associated behaviours and health status: results from the 2002/03 New Zealand Health Survey. New Zealand Medical Journal, 29,120(1257): U2604

471. Matthews N, Farnsworth B, Griffiths MD (2009) A pilot study of problem gambling among student online gamblers: mood states as predictors of problematic behavior. Cyberpsychology Behavior, 12: 741-745

472. May RK, Whelan JP, Steenbergh TA, Meyers AW (2003) The gambling self-efficacy questionnaire: an initial psychometric evaluation. Journal of Gambling Studies, 19: 339-537

473. McComb JL, Lee BK, Sprenkle DH (2009) Conceptualizing and treating problem gambling as a family issue. Journal Marital Family Therapy, 35: 415-431

474. McConaghy N, Armstrong MS, Blaszczynski A & Allcock C (1983) Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitisation in compulsive gambling. British Journal of Psychiatry, 142: 366-372

475. McCormack A, Shorter GW, Griffiths MD (2012) An empirical study of gender differences in online gambling. Journal of Gambling Studies, 25: (w druku)

476. McCormick RA, Taber J, Kruedelbach N & Russo A (1987) Personality profiles of hospitalized pathological gamblers: the California personality inventory. Journal of Clinical Psychology, 43: 521–527

477. McCormick J, Delfabbro P, Denson LA (2012) Psychological vulnerability and problem ambling: an application of durand jacobs' general theory of addictions to electronic gaming machine playing in australia. Journal of Gambling Studies, 28: 665-690

478. McElroy SL, Nelson EB, Welge JA, Kaehler L, Keck PE Jr (2008) Olanzapine in the treatment of pathological gambling: a negative randomized placebo-controlled trial. Journal Clinical Psychiatry, 69: 433-440

479. McGrath DS, Barrett SP, Stewart SH, McGrath PR (2012) A comparison of gambling behavior, problem gambling indices, and reasons for gambling among smokers and nonsmokers who gamble: evidence from a provincial gambling prevalence study. Nicotine Tobacco Research, 14: 833-839

480. McGrath DS, Barrett SP (2009) The comorbidity of tobacco smoking and gambling: a review of the literature. Drug and Alcohol Review, 28: 676-681

481. McIntyre RS, McElroy SL, Konarski JZ, Soczynska JK, Wilkins K, Kennedy SH (2007) Problem gambling in bipolar disorder: results from the Canadian Community Health Survey. Journal Affective Disorder, 102: 27-34

482. McKinley CJ, Wright PJ (2012) Examining the presence of problem gambling awareness messages on college counseling center websites. Health & Community, 27: 98-106

483. McNeilly DP, Burke WJ (2000) Late life gambling: the attitudes and behaviors of older adults. Journal of Gambling Studies, 16: 393-415

484. Meltzer H, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Jenkins R (2012) The relationship between personal debt and specific common mental disorders. European Journal Public Health, 20: (w druku)

485. Merims D, Giladi N (2008) Dopamine dysregulation syndrome, addiction and behavioral changes in Parkinson's disease. Parkinsonism Relative Disorder, 14: 273-280

486. Messerlian C, Derevensky J (2007) Evaluating the role of social marketing campaigns to prevent youth gambling problems: a qualitative study. Canadian Journal Public Health, 98: 101-104

487. Messerlian C, Derevensky J & Gupta R (2004) A public health perspective for youth gambling. International Gambling Studies, 4: 147-160

488. Messerlian C, Derevensky J, Gupta R (2005) Youth gambling problems: A public health perspective. Health Promotion International, 20: 69-79

489. Messerlian C & Derevensky J (2006). Social marketing campaigns for youth gambling prevention: Lessons learned from youth. International Journal of Mental Health and Addiction, 4: 294-306

490. Messerlian C, Gillespie M, Derevensky JL (2007) Beyond drugs and alcohol: Including gambling in a high-risk behavioral framework. Pediatric Child Health,12: 199-204

491. Meyer G, Hayer T (2010) [Problem and pathological gambling. Epidemiology and prevention]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 53: 295-305

492. Meyer G, Schwertfeger J, Exton MS, Janssen OE, Knapp W, Stadler MA, Schedlowski M, Krüger TH (2004) Neuroendocrine response to casino gambling in problem gamblers. Psychoneuroendocrinology, 29: 1272-1280

493. Michalczuk R, Bowden-Jones H, Verdejo-Garcia A, Clark L (2011) Impulsivity and cognitive distortions in pathological gamblers attending the UK National Problem Gambling Clinic: a preliminary report. Psychological Medicine, 29: 1-11

494. Miedl SF, Fehr T, Meyer G, Herrmann M (2010) Neurobiological correlates of problem gambling in a quasi-realistic blackjack scenario as revealed by FMRI. Psychiatry Research, 181: 165-173

495. Ministerial Council on Gambling (2005) Problem Gambling and Harm: Towards a National Definition (Report). Ministerial Council on Gambling

496. Miller JC, Meier E, Weatherly JN (2009) Assessing the reliability of the Gambling Functional Assessment. Journal Gambling Studies, 25: 21-29

497. Milton S, Crino R, Hunt C, Prosser E (2002) The effect of compliance-improving interventions on the cognitive-behavioral treatment of pathological gambling. Journal of Gambling Studies, 18: 207-229

498. Mishra S, Lalumière ML, Morgan M, Williams RJ (2011) An examination of the relationship between gambling and antisocial behavior. Journal of Gambling Studies, 27: 409-426

499. Mishra S, Morgan M, Lalumière ML, Williams RJ (2010) Mood and audience effects on video lottery terminal gambling. Journal of Gambling Studies, 26: 373-386

500. Mitchell KJ, Wells M (2007) Problematic internet experiences: primary or secondary presenting problems in persons seeking mental health care? Soc? Science Medicine, 65: 1136-1141

501. Mitrovic DV, Brown J (2009) Poker mania and problem gambling: a study of distorted cognitions, motivation and alexithymia. Journal of Gambling Studies, 25: 489-502

502. Molde H, Pallesen S, Bartone P, Hystad S, Johnsen BH (2009) Prevalence andcorrelates of gambling among 16 to 19-year-old adolescents in Norway. Scandinavian Journal Psychology, 50: 55-64

503. Momper SL (2010) Implications of American Indian gambling for social work research and practice. Social Worker, 55: 139-146

504. Monaghan S, Blaszczynski A, Nower L (2009) Do warning signs on electronic gaming machines influence irrational cognitions? Psychological Report, 105: 173-187

505. Monaghan S, Blaszczynski A, Nower L (2009) Consequences of winning: the role of gambling outcomes in the development of irrational beliefs. Behavior Cognitive Psychotherapy, 37: 49-59

506. Monaghan S, Wood RT (2010) Internet-based interventions for youth dealing with gambling problems. International Journal Adolescence Medical Health, 22: 113-28

507. Moodie C, Finnigan F (2006) Association of pathological gambling with depression in Scotland. Psychological Report, 99: 407-417

508. Moodie C, Hastings G (2008) Gambling with the future of young people, Addiction Research and Theory, 16: 107-110

509. Moodie C, Hastings G (2009) Social marketing and problem gambling: a critical perspective. Addiction, 104: 692-693; discussion 697-698

510. Moore SM, Ohtsuka K (1997) Gambling activities of young Australians: developing a model of behavior. Journal of Gambling Studies, 13: 207-236

511. Moore SM, Thomas AC, Kalé S, Spence M, Zlatevska N, Staiger PK, Graffam J, Kyrios M (2012) Problem Gambling Among International and Domestic University Students in Australia: Who is at Risk? Journal of Gambling Studies, 8: (w druku)

512. Moore SM, Thomas AC, Kyrios M, Bates G (2012) The self-regulation of gambling. Journal of Gambling Studies, 28: 405-420

513. Moore SM, Thomas AC, Kyrios M, Bates G, Meredyth D (2011) Gambling accessibility: a scale to measure gambler preferences. Journal of Gambling Studies, 27: 129-143

514. Moran E (1970) Gambling as a form of dependence. British Journal Addictiion one Alcohol and Others Drugs, 64: 419-428

515. Moran E (1970) Varieties of pathological gambling. British Journal of Psychiatry, 116: 593–597

516. Morasco BJ, Vom Eigen KA, Petry NM (2006) Severity of gambling is associated with physical and emotional health in urban primary care patients. General Hospital Psychiatry, 28: 94-100

517. Morasco BJ, Pietrzak RH, Blanco C, Grant BF, Hasin D, Petry NM (2006) Health problems and medical utilization associated with gambling disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Psychosomatic Medicine, 68: 976-984

518. Moscrop A (2011) Medicalisation, morality, and addiction: why we should be wary of problem gamblers in primary care. British Journal of General Practice (w druku)

519. Mudry TE, Strong T (2012) Doing Recovery Online. Quality Health Research, 3

520. Muelleman RL, DenOtter T, Wadman MC, Tran TP, Anderson J (2002) Problem gambling in the partner of the emergency department patient as a risk factor for intimate partner violence. Journal Emergency Medicine, 23: 307-312

521. Munoz Y, Chebat JC, Suissa JA (2010) Using fear appeals in warning labels to promote responsible gambling among VLT players: the key role of depth of information processing. Journal of Gambling Studies, 26: 593-609

522. Must A, Szabó Z, Bódi N, Szász A, Janka Z, Kéri S (2006) Sensitivity to reward and punishment and the prefrontal cortex in major depression. Journal Affective Disorder, 90: 209-215

523. Myrseth H, Brunborg GS, Eidem M (2010) Differences in cognitive distortions between pathological and non-pathological gamblers with preferences for chance or skill games. Journal of Gambling Studies, 26: 561-569

524. Najavits LM, Grymala LD, George B (2003) Can advertising increase awareness of problem gambling? A statewide survey of impact. Psychological Addictive Behavior, 17: 324-327

525. Nastally BL, Dixon MR, Jackson JW (2010) Manipulating slot machine preference in problem gamblers through contextual control. Journal for Applied Behavior Analysis, 43: 125-129

526. Nathan PE (2003) The role of natural recovery in alcoholism and pathological gambling. Journal of Gambling Studies, 19: 279-286

527. National Research Council (1999) Pathological gambling: A critical review. Washington, DC: National Academy Press

528. Neighbors C, Lostutter TW, Larimer ME, Takushi RY (2002) Measuring gambling outcomes among college students. Journal of Gambling Studies, 18: 339-360

529. Neighbors C, Lostutter TW, Whiteside U, Fossos N, Walker DD, Larimer ME (2007) Injunctive norms and problem gambling among college students. Journal of Gambling Studies, 23: 259-273

530. Nelson SE, Gebauer L, Labrie RA, Shaffer HJ (2009) Gambling problem symptom patterns and stability across individual and timeframe. Psychological Addictive Behavior, 23: 523-533

531. New Zealand Ministry of Health (2004) Preventing and minimising gambling harm: Strategic plan 2004-2010, needs assessment, proposed three-year funding plan, Proposed problem gambling levy rates. Wellington, New Zealand

532. Newton L, Coles D, Quayle M (2005) A form of relapse prevention for men in a high security hospital. Criminal Behavior Mental Health, 15: 191-203

533. Nęcka E, Orzechowski J, Szymura B (2007) Psychologia Poznawcza, PWN

534. Nightingale DF (1962) Games, Gods and Gambling. New York: Hafner

535. Nixon G, Leigh G & Nowatzki N (2006) Impacting attitudes towards gambling: A prison gambling awareness and prevention program. Journal of Gambling Issues, 17

536. Noonan G, Turner N & Macdonald J (1999) Gambling and problem gambling amongst students in grades 5 to 11. Toronto: Problem Gambling Service and Addiction Research Foundation, Divisions of Centre for Addiction and Mental Health.

537. Nower L, Blaszczynski A (2010) Gambling motivations, money-limiting strategies, and precommitment preferences of problem versus non-problem gamblers. Journal of Gambling Studies, 26: 361-372

538. Nower L, Blaszczynski A (2006) Characteristics and gender differences among self-excluded casino problem gamblers: Missouri data. Journal of Gambling Studies, 22: 81-99

539. Nower L, Blaszczynski A (2008) Characteristics of problem gamblers 56 years of age or older: a statewide study of casino self-excluders. Psychology Aging, 23: 577-584

540. Nower L, Martins SS, Lin KH, Blanco C (2012) Subtypes of Disordered Gamblers: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). Addiction, (w druku)

541. Nussbaum D, Honarmand K, Govoni R, Kalahani-Bargis M, Bass S, Ni X, Laforge K, Burden A, Romero K, Basarke S, Courbasson C, Deamond W (2011) An eight component decision-making model for problem gambling: a systems approach to stimulate integrative research. Journal of Gambling Studies, 27: 523-563

542. Oakes J, Pols R, Battersby M, Lawn S, Pulvirenti M, Smith D (2012) A focus group study of predictors of relapse in electronic gaming machine problem gambling, part 1: factors that 'push' towards relapse. Journal of Gambling Studies, 28: 451-464

543. Oakes J, Pols R, Battersby M, Lawn S, Pulvirenti M, Smith D (2012) A focus group study of predictors of relapse in electronic gaming machine problem gambling, part 2: factors that 'pull' the gambler away from relapse. Journal of Gambling Studies, 28: 465-479

544. Oberg SA, Christie GJ, Tata MS (2011) Problem gamblers exhibit reward hypersensitivity in medial frontal cortex during gambling. Neuropsychologia, 49: 3768-3775

545. Ocean G, Smith G J (1993) Social reward, conflict and commitment: a theoretical model of gambling behavior. Journal of Gambling Studies, 9: 321-339

546. Odlaug BL, Marsh PJ, Kim SW, Grant JE (2011) Strategic vs nonstrategic gambling: characteristics of pathological gamblers based on gambling preference. Annals Clinical Psychiatry, 23: 105-112

547. Odlaug BL, Stinchfield R, Golberstein E, Grant JE (2012) The relationship of tobacco use with gambling problem severity and gambling treatment outcome. Psychology of Addictive Behavior, (w druku)

548. Oei TP, Gordon LM (2008) Psychosocial factors related to gambling abstinence and relapse in members of gamblers anonymous. Journal of Gambling Studies, 24: 91-105

549. Oei TP, Raylu N (2004) Familial influence on offspring gambling: a cognitive mechanism for transmission of gambling behavior in families. Psychology Medcine, 34: 1279-1288

550. Oei TP, Raylu N (2010) Gambling behaviors and motivations: a cross-cultural study of Chinese and Caucasians in Australia. International Journal Sociology and Psychiatry, 56: 23-34

551. Oei TP, Lin J, Raylu N (2007) Validation of the Chinese version of the Gambling Related Cognitions Scale (GRCS-C). Journal of Gambling Studies, 23: 309-322

552. Olason DT, Sigurdardottir KJ, Smari J (2006) Prevalence estimates of gambling participation and problem gambling among 16-18-year-old students in Iceland: a comparison of the SOGS-RA and DSM-IV-MR-J. Journal of Gambling Studies, 22: 23-39

553. Orford J (2012) Gambling in Britain: the application of restraint erosion theory. Addiction, 107: 2082-2086

554. Orford J, Templeton L, Velleman R, Copello A (2005) Family members of relatives with alcohol, drug and gambling problems: a set of standardized questionnaires for assessing stress, coping and strain. Addiction, 100: 1611-1624

555. Oskamp (1991) Attitudes and opinions, Prentice Hall

556. Ozga D, Brown J (2002) Pathological gambling. Identification and treatment. Journal of Psychosocial Nursing in Mental Health Services, 40: 22-30

557. O'Brien C. Addiction and dependence in DSM-V (2011) Addiction, 106: 866-867

558. Pagani LS, Derevensky JL, Japel C (2010) Does early emotional distress predict later child involvement in gambling? Canadian Journal Psychiatry, 55: 507-513

559. Pallanti S, DeCaria CM, Grant JE, Urpe M, Hollander E (2005) Reliability and validity of the pathological gambling adaptation of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (PG-YBOCS). Journal of Gambling Studies, 21: 431-443

560. Pantalon MV, Maciejewski PK, Desai RA, Potenza MN (2008) Excitement-seeking gambling in a nationally representative sample of recreational gamblers. Journal of Gambling Studies, 24: 63-78

561. Papineau E (2005) Pathological gambling in Montreal's Chinese community: an anthropological perspective. Journal of Gambling Studies, 21: 157-78

562. Papineau E, Leblond J (2011) [The stakes of online gambling in Canada: a public health analysis]. Canadian Journal Public Health, 102: 417-420

563. Papoff KM, Norris JE (2009) Instant ticket purchasing by Ontario baby boomers: increasing risk for problem gamblers. Journal of Gambling Studies, 25: 185-199

564. Parekh R, Morano C (2009) Senior gambling: risk or reward? Journal Gerontology Social Working, 52: 686-694

565. Parhami I, Siani A, Rosenthal RJ, Lin S, Collard M, Fong TW (2012) Sleep and gambling severity in a community sample of gamblers. Journal Addiction Disorders, 31: 67-79

566. Parhami I, Siani A, Rosenthal RJ, Fong TW (2012) Pathological Gambling, Problem Gambling and Sleep Complaints: An Analysis of the National Comorbidity Survey: Replication (NCS-R). Journal of Gambling Studies, (w druku)

567. Paris JJ, Franco C, Sodano R, Freidenberg B, Gordis E, Anderson DA, Forsyth JP, Wulfert E, Frye CA (2010) Sex differences in salivary cortisol in response to acute stressors among healthy participants, in recreational or

pathological gamblers, and in those with posttraumatic stress disorder. Hormones Behavior, 57: 35-45

568. Park S, Cho MJ, Jeon HJ, Lee HW, Bae JN, Park JI, Sohn JH, Lee YR, Lee JY, Hong JP (2010) Prevalence, clinical correlations, comorbidities, and suicidal tendencies in pathological Korean gamblers: results from the Korean Epidemiologic Catchment Area Study. Social Psychiatry and Psychiatrical Epidemiology, 45: 621-629

569. Parke J, Griffiths M (2007) The role of structural characteristics in gambling. W: Smith G, Hodgins DC, Williams RJ (red.): Research and Measurement Issues in Gambling Studies. New York, NY: Academic Press, 217-249

570. Parker JD, Wood LM, Bond BJ, Shaughnessy P (2005) Alexithymia in young adulthood: a risk factor for pathological gambling. Psychotherapy Psychosomatic, 74: 51-55

571. Pastwa-Wojciechowska B (2011) The relationship of pathological gambling to criminality behavior in a sample of Polish male offenders. Medicine Science Monitor, 17: 669-675

572. Pearce J, Mason K, Hiscock R, Day P (2008) A national study of neighbourhood access to gambling opportunities and individual gambling behaviour. Journal Epidemiology Community Health, 62: 862-868

573. Peltzer K, Mabilu MG, Mathoho SF, Nekhwevha AP, Sikhwivhilu T, Sinthumule TS (2006) Trauma history and severity of gambling involvement among horse-race gamblers in a South African gambling setting. Psychological Reports, 99: 472-476

574. Perese LM, Bellringer ME, Williams MM, Abbott MW (2009) Two years on: gambling amongst Pacific mothers living in New Zealand and Pacific Health Dialog, 15: 55-67

575. Perez-Lloret S, Rey MV, Fabre N, Ory F, Spampinato U, Brefel-Courbon C, Montastruc JL, Rascol O (2012) Prevalence and pharmacological factors associated with impulse-control disorder symptoms in patients with Parkinson disease. Clinical Neuropharmacology, 35: 261-265

576. Patrick ME, Blair C, Maggs JL (2008) Executive function, approach sensitivity, and emotional decision making as influences on risk behaviors in young adults. Journal Clinical Experimental Neuropsychology, 30: 449-462

577. Petry, J (2003) Glücksspielsucht Entstehung, Diagnostik und Behandlung. Göttingen: Hogrefe.

578. Petry N (2001) Pathological gamblers with and without substance use disorders, discount delayed rewards at high rates. Journal Abnormal Psychology, 110: 482-487

579. Petry NM, Oncken C (2002) Cigarette smoking is associated with increased severity of gambling problems in treatment-seeking gamblers. Addiction, 97: 745-753

580. Petry NM (2003) A comparison of treatment-seeking pathological gamblers based on preferred gambling activity. Addiction, 98: 645-655

581. Petry NM, Armentano C, Kuoch T, Norinth T & Smith L (2003). Gambling participation and problems among South East Asian refugees to the United States. Psychiatric Services, 54: 1142-1148

582. Petry NM (2005) Pathological gambling: etiology, comorbidity, and treatment. Washington, DC: American Psychological Association

583. Petry NM, Mallya S (2004) Gambling participation and problems among employees at a university health center. Journal of Gambling Studies, 20: 155-170

584. Petry NM, Stinson FS, Grant BF (2005) Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Journal Clinical Psychiatry, 66: 564-574

585. Petry NM, Rash CJ, Blanco C (2010) The Inventory of Gambling Situations in problem and pathological gamblers seeking alcohol and drug abuse treatment. Experimental Clinical Psychopharmacology, 18: 530-538

586. Petry NM, Steinberg KL (2005) Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers. Psychological Addictives Behaviors, 19: 226-229

587. Petry NM, Steinberg KL (2005) Women's Problem Gambling Research Center. Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers. Psychological Addictives Behaviors, 19: 226-229

588. Petry NM, Weinstock J, Morasco BJ, Ledgerwood DM (2009) Brief motivational interventions for college student problem gamblers. Addiction, 104: 1569-1578

589. Petry NM, Weinstock J, Ledgerwood DM, Morasco B (2008) A randomized trial of brief interventions for problem and pathological gamblers. Journal Consulting Clinical Psychology, 76: 318-328

590. Perese L, Gao W, Erick S, Macpherson C, Cowley-Malcolm E, Sundborn G (2011) Traditional gift-giving and gambling amongst Pacific mothers living in New Zealand and Pacific Health Dialog, 17: 79-88

591. Peters H, Hunt M, Harper D (2010) An animal model of slot machine gambling: the effect of structural characteristics on response latency and persistence. Journal of Gambling Studies, 26: 521-531

592. Phillips JG, Ogeil R, Chow YW, Blaszczynski A (2012) Gambling Involvement and Increased Risk of Gambling Problems. Journal of Gambling Studies, 21 (w druku)

593. Pietrzak RH, Ladd GT, Petry NM (2003) Disordered gambling in adolescents: epidemiology, diagnosis, and treatment. Pediatric Drugs, 5: 583-595

594. Pietrzak RH, Molina CA, Ladd GT, Kerins GJ, Petry NM (2005) Health and psychosocial correlates of disordered gambling in older adults. American Journal of Geriatric Psychiatry, 13: 510-519

595. Pietrzak RH, Petry NM (2006) Gambling severity and health functioning in adolescents recruited from urban primary care settings. Journal Adolescences Health, 39: 764-766

596. Pietrzak RH, Petry NM (2006) Severity of gambling problems and psychosocial functioning in older adults. Journal Geriatric Psychiatry and Neurology, 19: 106-113

597. Poirier-Arbour A, Trudel G, Boyer R, Harvey P, Goldfarb MR (2012) Correlates of depressive symptoms severity in problem and pathological gamblers in couple relationships. Journal of Gambling Studies, (w druku)

598. Potenza MN (2001) The neurobiology of pathological gambling. Seminary in Clinical Neuropsychiatry, 6: 217-226

599. Potenza MN (2005) Advancing treatment strategies for pathological gambling. Journal of Gambling Studies, 21: 91-100

600. Potenza MN (2006) Should addictive disorders include non-substance-related conditions? Addiction, 101: 142-151

601. Potenza MN, Fiellin DA, Heninger GR, Rounsaville BJ, Mazure CM (2002) Gambling: an addictive behavior with health and primary care implications. Journal of General International Medicine, 17: 721-732

602. Potenza MN, Leung HC, Blumberg HP (2003) An fMRI Stroop task study of ventromedial prefrontal cortical function in pathological gamblers. American Journal Psychiatry, 160: 1990-1994

603. Potenza MN, Steinberg MA, McLaughlin SD, Wu R, Rounsaville BJ, Krishnan-Sarin S, George TP, O'Malley SS (2004) Characteristics of tobacco-smoking problem gamblers calling a gambling helpline. American Journal Addiction, 13: 471-493

604. Potenza MN, Steinberg MA, Wu R (2005) Characteristics of gambling helpline callers with self-reported gambling and alcohol use problems. Journal of Gambling Studies, 21: 233-254

605. Potenza MN, Steinberg MA, Wu R, Rounsaville BJ, O'Malley SS (2006) Characteristics of older adult problem gamblers calling a gambling helpline. Journal of Gambling Studies, 22: 241-254

606. Potenza MN, Walderhaug E, Henry S, Gallezot JD, Planeta-Wilson B, Ropchan J, Neumeister A (2013) Serotonin 1B receptor imaging in pathological gambling. World Journal Biological Psychiatry, 11: 139-145

607. Potenza MN, Wareham JD, Steinberg MA, Rugle L, Cavallo DA, Krishnan-Sarin S, Desai RA. (2011) Correlates of at-risk/problem Internet gambling in adolescents. Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, 50: 150-159.e3

608. Potenza MN, Xian H, Shah K, Scherrer JF, Eisen SA (2005) Shared genetic contributions to pathological gambling and major depression in men. Archives General Psychiatry, 62: 1015-1021

609. Poulin C (2002) An assessment of the validity and reliability of the SOGS-RA. Journal of Gambling Studies, 18: 67-93

610. Poulin C (2000) Problem gambling among adolescent students in the atlantic provinces of Canada. Journal of Gambling Studies, 16: 53-78

611. Problem gambling (2004) Harvard Mental Health Letters. 20: 1-4

612. Pulford J, Bellringer M, Abbott M, Clarke D, Hodgins D, Williams J (2009) Reasons for seeking help for a gambling problem: the experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not. Journal of Gambling Studies, 25: 19-32

613. Pulford J, Bellringer M, Abbott M, Clarke D, Hodgins D, Williams J (2009) Barriers to help-seeking for a gambling problem: the experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not. Journal of Gambling Studies, 25: 33-48

614. Quilty LC, Watson C, Robinson JJ, Toneatto T, Bagby RM (2011) The prevalence and course of pathological gambling in the mood disorders. Journal of Gambling Studies, 27: 191-201

615. Rahman AS, Pilver CE, Desai RA, Steinberg MA, Rugle L, Krishnan-Sarin S, Potenza MN (2012) The relationship between age of gambling onset and adolescent problematic gambling severity. Journal Psychiatry Research, 46: 675-683

616. Raja M, Bentivoglio AR (2012) Impulsive and compulsive behaviors during dopamine replacement treatment in Parkinson's Disease and other disorders. Current Drug Safety, 7: 63-75

617. Ratelle CF, Vallerand RJ, Mageau GA, Rousseau FL, Provencher P (2004) When passion leads to problematic outcomes: a look at gambling. Journal of Gambling Studies, 20: 105-119.

618. Raylu N, Oei TP (2002) Pathological gambling. A comprehensive review. Clinical Psychology Reviews, 22: 1009-1061

619. Raylu N, Oei TP (2004) Role of culture in gambling and problem gambling. Clinical Psychology Reviews, 23: 1087-1114
620. Raylu N, Oei TP, Loo J (2008) The current status and future direction of self-help treatments for problem gamblers. Clinical Psychology Reviews, 28: 1372-1385
621. Raylu N, Oei TP (2004) The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): development, confirmatory factor validation and psychometric properties. Addiction, 99: 757-769
622. Recognizing problem gambling in primary care. (2003) JAAPA, 16: 40-44
623. Redish AD, Jensen S, Johnson A, Kurth-Nelson Z (2007) Reconciling reinforcement learning models with behavioral extinction and renewal: implications for addiction, relapse, and problem gambling. Psychology Reviews, 114: 784-805
624. Regard M, Knoch D, Gutling E, Landis T (2003) Brain damage and addictive behavior: a neuropsychological and electroencephalogram investigation with pathologic gamblers. Cognitive Behavioral Neurology, 16: 47-53
625. Reuter J, Raedler T, Rose M, Hand I, Glascher J, Buchel C (2005) Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system. National Nature Neurosciences, 8: 147-148
626. Ridenour TA, Clark DB, Cottler LB (2009) The illustration-based assessment of liability and exposure to substance use and antisocial behavior for children. American Journal Drug and Alcohol Abuse, 35: 242-52
627. Rieskamp J (2006) Positive and negative recency effects in retirement savings decisions. Journal Experimental Psychology, 12: 233-250
628. Riley B (2012) Experiential avoidance mediates the association between thought suppression and mindfulness with problem gambling. Journal of Gambling Studies, (w druku)
629. Riley B, Smith D, Oakes J (2011) Exposure therapy for problem gambling in rural communities: a program model and early outcomes. Australian Journal Rural Health, 19: 142-146

630. Robson E, Edwards J, Smith G, Colman I (2002) Gambling decisions: an early intervention program for problem gamblers. Journal of Gambling Studies, 18: 235-255

631. Roca M, Torralva T, Lopez P, Cetkovich M, Clark L, Manes F (2008) Executive functions in pathologic gamblers selected in an ecologic setting. Cognitives Behaviors in Neurology, 21: 1-4

632. Rockloff MJ (2012) Validation of the Consumption Screen for Problem Gambling (CSPG). Journal of Gambling Studies, 28: 207-126

633. Rockloff MJ, Dyer V (2006) The four Es of problem gambling: a psychological measure of risk. Journal of Gambling Studies, 22: 101-120

634. Rockloff MJ, Dyer V (2007) The Four Es 1-year later: a tool for predicting the development of gambling problems. Journal of Gambling Studies, 23: 467-478

635. Rockloff MJ, Ehrich J, Themessl-Huber M, Evans LG (2011) Validation of a one item screen for problem gambling. Journal of Gambling Studies, 27: 701-7

636. Rockloff MJ, Greer N (2010) Never smile at a crocodile: betting on electronic gaming machines is intensified by reptile-induced arousal. Journal of Gambling Studies, 26: 571-581

637. Rockloff MJ, Schofield G (2004) Factor analysis of barriers to treatment for problem gambling. Journal of Gambling Studies, 20: 121-126

638. Rodda S, Brown SL, Phillips JG (2004) The relationship between anxiety, smoking, and gambling in electronic gaming machine players. Journal of Gambling Studies, 20: 71-81

639. Rodda S, Lubman DI, Latage K (2012) Problem gambling - aetiology, identification and management. Australian Family Physician, 41: 725-729

640. Rodgers B, Caldwell T, Butterworth P (2009) Measuring gambling participation. Addiction. 104: 1065-1069

641. Romo L, Legauffre C, Genolini C, Lucas C, Morvannou A, Lerfel Y, Adès J (2011) [Prevalence of pathological gambling in the general population around Paris: preliminary study]. Encephatology, 37: 278-283

642. Rodda S, Lubman D (2012) Ready to change: a scheduled telephone counseling programme for problem gambling. Australian Psychiatry, 20: 338-342

643. Romer D, Betancourt L, Giannetta JM, Brodsky NL, Farah M, Hurt H (2009) Executive cognitive functions and impulsivity as correlates of risk taking and problem behavior in preadolescents. Neuropsychologia, 47: 2916-2926

644. Rosecrance J (1985) Compulsive gambling and the medicalization of deviance. Social Problems, 32: 275-284

645. Rosenthal R, Lesieur H (1992) Self-reported withdrawal symptoms and pathological gambling. American Journal of Addictions, 1: 150-154

646. Rothman EF, Johnson RM, Hemenway D (2006) Gun possession among Massachusetts batterer intervention program enrollees. Evaluation Review. 30: 283-295

647. Rugle L (1993) Initial thought on viewing pathological gambling from a physiological and intrapsychic structural perspective. Journal of Gambling Studies, 9: 3-16

648. Rugle L, Melamed L (1993) Neuropsychological assessment of attention problems in pathological gamblers. Journal of Nervous and Mental Disease, 181: 107-112

649. Rush BR, Bassani DG, Urbanoski KA, Castel S (2008) Influence of co-occurring mental and substance use disorders on the prevalence of problem gambling in Canada. Addiction, 103: 1847-1856

650. Rychtarik RG, McGillicuddy NB (2006) Preliminary evaluation of a coping skills training program for those with a pathological-gambling partner. Journal of Gambling Studies, 22: 165-178

651. Sacco P, Cunningham-Williams RM, Ostmann E, Spitznagel EL Jr (2008) The association between gambling pathology and personality disorders. Journal Psychiatry Research, 42: 1122-1130

652. Sanju G, Gerada C (2011) Problem gamblers in primary care: can GPs do more? British Journal of General Practice, 61: 248-249

653. Santangelo G, Vitale C, Trojano L, Verde F, Grossi D, Barone P (2009) Cognitive dysfunctions and pathological gambling in patients with Parkinson's disease. Movement Disorder, 24: 899-905

654. Sartor CE, Scherrer JF, Shah KR, Xian H, Volberg R, Eisen SA (2007) Course of pathological gambling symptoms and reliability of the Lifetime Gambling History measure. Psychiatry Research, 152: 55-61

655. Sassen M, Kraus L, Bühringer G (2011) Differences in pathological gambling prevalence estimates: facts or artefacts? International Journal Methods Psychiatry Research, 20: e83-99

656. Scannell ED, Quirk MM, Smith K, Maddern R, Dickerson M (2000) Females' coping styles and control over poker machine gambling. Journal of Gambling Studies, 16: 417-432

657. Scherrer JF, Slutske WS, Xian H, Waterman B, Shah KR, Volberg R, Eisen SA (2007) Factors associated with pathological gambling at 10-year follow-up in a national sample of middle-aged men. Addiction, 102: 970-978

658. Scherrer JF, Xian H, Shah KR, Volberg R, Slutske W, Eisen SA (2005) Effect of genes, environment, and lifetime co-occurring disorders on health-related quality of life in problem and pathological gamblers. Archives of General Psychiatry, 6: 677-683

659. Schofield G, Mummery K, Wang W, Dickson G (2004) Epidemiological study of gambling in the non-metropolitan region of central Queensland. Australian Journal Rural Health, 12: 6-10

660. Scholes-Balog KE, Hemphill SA. Relationships Between Online Gambling, Mental Health, and Substance Use: A Review.

661. Schreiber L, Odlaug BL, Kim SW, Grant JE (2009) Characteristics of pathological gamblers with a problem gambling parent. American Journal Addiction, 18: 462-469

662. Seifert CA, Wulfert E (2011) The effects of realistic reward and risk on simulated gambling behavior. American Journal Addiction, 20: 120-126

663. Sévigny S, Ladouceur R, Jacques C, Cantinotti M (2008) Links between casino proximity and gambling participation, expenditure, and pathology. Psychological Addictives Behaviors, 22: 295-301

664. Shaffer (1999) Estimating the prevalence of disordered gambling behaviors in the United States and Canada?

665. Shaffer H (2004). The road less travelled: Moving from distribution to determinants in the study of gambling epidemiology. Canadian Journal of Psychiatry, 49: 504-516.

666. Shaffer H, Forman D, Scanlan K, Smith F (2000) Awareness of gambling-related problems, policies and educational programs among high school and college administrators. Journal of Gambling Studies, 16: 93-101

667. Shaffer HJ, Hall MN (2001) Updating and refining prevalence estimates of disordered gambling and behaviour in the United States and Canada. Canadian Journal of Public Health, 92: 168-172

668. Shaffer HJ, Hall MN (2002) The natural history of gambling and drinking problems among casino employees. Journal of Social Psychology, 142: 405-424

669. Shaffer HJ, Hall, MN & Vanderbilt J (1997) Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A meta-Analysis. Cambridge, MA, Harvard Medical School, Division on Addictions

670. Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J (1999) Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis. American Journal of Public Health, 89: 1369-1376

671. Shaffer H, Korn D. (2002). Gambling and related mental disorders: A public health analysis. Annual Review of Public Health, 23: 171-212

672. Shaffer H, LaBrie R, LaPlante, D (2004). Laying the foundation for quantifying regional exposure to social phenomena: Considering the case of legalized gambling as a public health toxin. Psychology of Addictive Behaviors, 18: 40-48

673. Shaffer H, LaBrie R, Zinberg N, Scanlan K, Cummings T (1994) Pathological gambling among adolescents: Massachusetts Gambling Screen (MAGS). Journal of Gambling Studies, 10:

674. Sharman V (2012) Gaming progress. Nurses Standards 26: 22-23

675. Sharp C, Steinberg L, Yaroslavsky I, Hofmeyr A, Dellis A, Ross D, Kincaid H (2012) An item response theory analysis of the Problem Gambling Severity Index. Assessment, 19: 167-175

676. Sharpe L (2004) Patterns of autonomic arousal in imaginal situations of winning and losing in problem gambling. Journal of Gambling Studies, 20: 95-104

677. Sharpe L, Tarrier N (1993) Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling. British Journal of Psychiatry, 162: 407-412

678. Sharpe L, Walker M, Coughlan MJ, Enersen K, Blaszczynski A (2005) Structural changes to electronic gaming machines as effective harm minimization strategies for non-problem and problem gamblers. Journal of Gambling Studies, 21: 503-520

679. Shead NW, Derevensky JL, Gupta R (2010) Risk and protective factors associated with youth problem gambling. International Journal Adolescences Medical Health, 22: 39-58

680. Shek DT (2010) Positive youth development and behavioral intention to gamble among Chinese adolescents in Hong Kong. International Journal Adolescences Medical Health, 22: 163-172

681. Shek DT, Chan EM (2009) Assessment of problem gambling in a Chinese context: the Chinese G-MAP. Scientific World Journal, 2: 548-456

682. Shek DT, Chan EM, Wong RH (2012) Associations between pathological gambling and psychiatric comorbidity among help-seeking populations in Hong Kong. Scientific World Journal, 57: 14-34

683. Shek DT, Lee JJ (2010) Prevention of problem gambling in Chinese adolescents: relevance of problem gambling assessment and positive youth development frameworks. International Journal Adolescence Medical Health, 2: 139-151

684. Shenassa ED, Paradis AD, Dolan SL, Wilhelm CS, Buka SL (2012) Childhood impulsive behavior and problem gambling by adulthood: a 30-year prospective community-based study. Addiction,107: 160-168

685. Scherrer JF, Xian H, Kapp JM, Waterman B, Shah KR, Volberg R, Eisen SA (2007) Association between exposure to childhood and lifetime

traumatic events and lifetime pathological gambling in a twin cohort. Journal of Nervous and Mental Disorders, 195: 72-78

686. Sieczkowska (2004) Wybrane problemy i etapy zdrowienia w terapii hazardzistów „Świat Problemów”, 3

687. Sinz H, Zamarian L, Benke T, Wenning GK, Delazer M (2008) Impact of ambiguity and risk on decision making in mild Alzheimer's disease. Neuropsychologia, 46: 2043-2055

688. Slutske WS (2006) Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two U.S. national surveys. American Journal Psychiatry, 163: 297-302

689. Slutske WS, Blaszczynski A, Martin NG (2009) Sex differences in the rates of recovery, treatment-seeking, and natural recovery in pathological gambling: results from an Australian community-based twin survey. Twin Research Human Genetic, 12: 425-432

690. Slutske WS, Caspi A, Moffitt TE, Poulton R (2005) Personality and problem gambling: a prospective study of a birth cohort of young adults. Archives General Psychiatry, 62: 769-775

691. Slutske WS, Eisen S, True WR, Lyons MJ, Goldberg J, Tsuang M (2000) Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men. Archives General Psychiatry, 57: 666-673

692. Slutske WS, Jackson KM, Sher KJ (2003) The natural history of problem gambling from age 18 to 29. Journal of Abnormal Psychology, 112: 263-274

693. Slutske WS, Meier MH, Zhu G, Statham DJ, Blaszczynski A, Martin NG (2009) The Australian Twin Study of Gambling (OZ-GAM): rationale, sample description, predictors of participation, and a first look at sources of individual differences in gambling involvement. Twin Research Human Genetic, 12: 63-78

694. Slutske WS, Piasecki TM, Blaszczynski A, Martin NG (2010) Pathological gambling recovery in the absence of abstinence. Addiction, 105: 2169-2175

695. Slutske WS, Piasecki TM, Ellingson JM, Martin NG (2010 The family history method in disordered gambling research: a comparison of reports obtained from discordant twin pairs. Twin Research Human Genetic, 13: 340-346

696. Slutske WS, Zhu G, Meier MH, Martin NG (2010) Genetic and environmental influences on disordered gambling in men and women. Arch General Psychiatry, 67: 624-630

697. Smeaton M, Griffiths M (2004) Internet gambling and social responsibility: an exploratory study. Cyberpsychology & Behavior, 7: 49-57

698. Smith GT, Fischer S, Cyders MA, Annus AM, Spillane NS, McCarthy DM (2007) On the validity and utility of discriminating among impulsivity-like traits. Assessment, 14: 155-270

699. Smith G, Wynne H (2004). VLT gambling in Alberta: A preliminary analysis. Edmonton, AB: Alberta Gaming Research Institute.

700. Smith C, Stewart SH, O'Connor RM, Collins P, Katz J (2011) Development and psychometric evaluation of a 10-item short form inventory of gambling situations. Journal of Gambling Studies, 27: 115-128

701. Southwell J, Boreham P, Laffan W (2008) Problem gambling and the circumstances facing older people: a study of gaming machine players aged 60+ in licensed clubs. Journal of Gambling Studies, 24: 151-174

702. Splevins K, Mireskandari S, Clayton K, Blaszczynski A (2010) Prevalence of adolescent problem gambling, related harms and help-seeking behaviours among an Australian population. Journal of Gambling Studies, 26: 189-204

703. Spritzer DT, Rohde LA, Benzano DB, Laranjeira RR, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R, Tavares H (2011) Prevalence and correlates of gambling problems among a nationally representative sample of Brazilian adolescents. Journal of Gambling Studies, 27: 649-661

704. Spunt B (2002) Pathological gambling and substance misuse. Substance Use Misuse, 37: 1299-1304

705. Stea JN, Hodgins DC, Lambert MJ (2011) Relations between delay discounting and low to moderate gambling, cannabis, and alcohol problems among university students. Behaviors Processes, 88: 202-205

706. Steel Z, Blaszczynski A (1996) The factorial structure of pathological gambling. Journal of Gambling Studies, 12: 3-20

707. Steenbergh TA, Meyers AW, May RK, Whelan JP (2002) Development and validation of the Gamblers' Beliefs Questionnaire. Psychological Addiction Behaviors, 16: 143-149

708. Steinberg L, Tremblay AM, Zack M, Busto UE, Zawertailo LA (2011) Effects of stress and alcohol cues in men with and without problem gambling and alcohol use disorder. Drug and Alcohol Dependence,119: 46-55

709. Stevens M, Bailie R (2012) Gambling, housing conditions, community contexts and child health in remote indigenous communities in the Northern Territory, Australia. BMC Public Health, 12: 377-378

710. Stevens M, Young M (2009) Betting on the evidence: reported gambling problems among the Indigenous population of the Northern Territory. Aust N Z Journal Public Health, 33: 556-565

711. Stewart SH, Kushner MG (2003) Recent research on the comorbidity of alcoholism and pathological gambling. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 27: 285-291

712. Stewart SH, Zack M (2008) Development and psychometric evaluation of a three-dimensional Gambling Motives Questionnaire. Addiction, 103: 1110-1117

713. Stinchfield, R (2002). A comparison of gambling by Minnesota public school students in 1992, 1995, and 1998. Journal of Gambling Studies, 17: 273-296.

714. Stinchfield R (2002) Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). Addictve Behaviors, 27: 1-19

715. Stinchfield R (2010) A critical review of adolescent problem gambling assessment instruments. International Journal Adolescence Medicine Health, 22: 77-93

716. Stinchfield R, Govoni R, Frisch GR (2007) A review of screening and assessment instruments for problem and pathological gambling. W: Smith G, Hodgins DC, Williams RJ (red.): Research and Measurement Issues in Gambling Studies. Boston: Academic Press/Elsevier, 180-213

717. Stinchfield R, Govoni R, Frisch GR (2005) DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling: reliability, validity, and classification accuracy. American Journal of Addiction, 14: 73-82

718. Stinchfield R, Kushner MG, Winters KC (2005) Alcohol use and prior substance abuse treatment in relation to gambling problem severity and gambling treatment outcome. Journal of Gambling Studies, 21: 273-297

719. Stinchfield R, Winters KC, Botzet A, Jerstad S, Breyer J (2007) Development and psychometric evaluation of the Gambling Treatment Outcome Monitoring System (GAMTOMS). Psychological Addictives Behaviors, 21: 174-184

720. Storr CL, Lee GP, Derevensky JL, Ialongo NS, Martins SS (2012) Gambling and adverse life events among urban adolescents. Journal of Gambling Studies, 28: 325-336

721. Strejilevich SA, Martino DJ, Igoa A, Manes F (2011) Pathological gambling in a bipolar patient treated with pramipexole. Journal of Neuropsychiatry Clinical Neurosciences, 23:E2-3

722. Strong DR, Breen RB, Lesieur HR, Lejuez CW (2003) Using the Rasch model to evaluate the South Oaks Gambling Screen for use with nonpathological gamblers. Addictive Behaviors, 28: 1465-1472

723. Strong DR, Kahler CW (2007) Evaluation of the continuum of gambling problems using the DSM-IV. Addiction, 102: 713-21

724. Strong DR, Lesieur HR, Breen RB, Stinchfield R, Lejuez CW (2004) Using a Rasch model to examine the utility of the South Oaks Gambling Screen across clinical and community samples. Addictions Behaviors, 29: 465-481

725. Stucki S, Rihs-Middel M (2007) Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005: an update. Journal of Gambling Studies, 23: 245-257

726. Stuhldreher WL, Stuhldreher TJ, Forrest KY (2007) Gambling as an emerging health problem on campus. Journal American College Health, 56: 75-83

727. Sullivan S (2005) A hidden curriculum: gambling and problem gambling among high school students in Auckland. Health Promotions Journal of Australia, 16: 201-216

728. Sullivan S, McCormick R, Lamont M, Penfold A (2007) Problem gambling: patients affected by their own or another's gambling may approve of help from general practitioners. New Zealand Medical Journal, 29: 120 (1257): U2605

729. Sumitra LM, Miller SC (2005) Pathologic gambling disorder. How to help patients curb risky behavior when the future is at stake. Postgraduate Medicine, 118: 31-37

730. 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: 407-424

731. Suurvali H, Hodgins D, Toneatto T, Cunningham J (2008) Treatment seeking among Ontario problem gamblers: results of a population survey. Psychiatric Services, 59: 1343-1346

732. Sussman S, Lisha N, Griffiths M (2011) Prevalence of the addictions: a problem of the majority or the minority? Evaluations Health Professions, 34: 3-56

733. Séguin M, Boyer R, Lesage A, McGirr A, Suissa A, Tousignant M, Turecki G (2010) Suicide and gambling: psychopathology and treatment-seeking. Psychology of Addictive Behaviors, 24: 541-547

734. Takushi RY, Neighbors C, Larimer ME, Lostutter TW, Cronce JM, Marlatt GA (2004) Indicated prevention of problem gambling among college students. Journal of Gambling Studies, 20: 83-93

735. Tang CS, Oei TP (2011) Gambling cognition and subjective well-being as mediators between perceived stress and problem gambling: a cross-cultural study on White and Chinese problem gamblers. Psychological Addictives Behaviors, 25: 511-520

736. Tang CS, Wu AM (2012) Gambling-related cognitive biases and pathological gambling among youths, young adults, and mature adults in Chinese societies. Journal of Gambling Studies, 28: 139-154

737. Tang CS, Wu AM, Tang JY (2007) Gender differences in characteristics of Chinese treatment-seeking problem gamblers. Journal of Gambling Studies, 23: 145-156

738. Tang CS, Wu AM (2010) Direct and indirect influences of fate control belief, gambling expectancy bias, and self-efficacy on problem gambling and negative mood among Chinese college students: a multiple mediation analysis. Journal of Gambling Studies, 26: 533-543

739. Tao VY, Wu AM, Cheung SF, Tong KK (2011) Development of an Indigenous Inventory GMAB (Gambling Motives, Attitudes and Behaviors) for Chinese gamblers: an exploratory study. Journal of Gambling Studies, 27: 99-113

740. Tavares H, Carneiro E, Sanches M, Pinsky I, Caetano R, Zaleski M, Laranjeira R (2010) Gambling in Brazil: lifetime prevalences and socio-demographic correlates. Psychiatry Research, 30: 35-41

741. Tavares H, Martins SS, Lobo DS, Silveira CM, Gentil V, Hodgins DC (2003) Factors at play in faster progression for female pathological gamblers: an exploratory analysis. Journal Clinical Psychiatry, 64: 433-438

742. Tavares H, Zilberman ML, el-Guebaly N (2003) Are there cognitive and behavioural approaches specific to the treatment of pathological gambling? Canadian Journal Psychiatry, 48: 22-27

743. Taylor L, Taske N, Swann C, Waller S (2007) Public health interventions to promote positive mental health and prevent mental health disorders among adults. Evidence Briefing. London: NICE

744. Teed M, Finlay KA, Marmurek HH, Colwell SR, Newby-Clark IR (2012) Sympathetic magic and gambling: adherence to the law of contagion varies with gambling severity. Journal of Gambling Studies, 28: 691-701

745. Tejeiro Salguero RA, Morán RM (2002) Measuring problem video game playing in adolescents. Addiction, 97: 1601-6

746. The Future of Gaming and Amusement in Europe. A collection of essays. 2006
747. Thomas AC, Allen FC, Phillips J (2009) Electronic gaming machine gambling: measuring motivation. Journal of Gambling Studies, 25: 343-55
748. Thomas AC, Allen FL, Phillips J, Karantzas G (2011) Gaming machine addiction: the role of avoidance, accessibility and social support. Psychological Addictives Behaviors, 25: 738-744
749. Thomas SL, Lewis S, Westberg K (2012) 'You just change the channel if you don't like what you're going to hear': gamblers' attitudes towards, and interactions with, social marketing campaigns. Health Expert, 8
750. Thomas SA, Piterman L, Jackson AC (2008) Problem gambling: what do general practitioners need to know and do about it? Medical Journal of Australia, 189: 135-136
751. Tirachaimongkol LC, Jackson AC, Tomnay JE (2010) Pathways to problem gambling in seniors. Journal of Gerontological Social Work, 53: 531-546
752. Toce-Gerstein M, Gerstein DR, Volberg RA (2003) A hierarchy of gambling disorders in the community. Addiction, 98: 1661-1672
753. Toce-Gerstein M, Gerstein DR, Volberg RA (2009) The NODS-CLiP: a rapid screen for adult pathological and problem gambling. Journal of Gambling Studies, 25: 541-555
754. Todirita IR, Lupu V (2012) Gambling prevention program among children. Journal of Gambling Studies, (w druku)
755. Tolchard B, Battersby MW (2010) The Victorian Gambling Screen: reliability and validation in a clinical population. Journal of Gambling Studies, 26: 623-638
756. Tolchard B, Thomas L, Battersby M (2007) GPs and problem gambling: can they help with identification and early intervention? Journal of Gambling Studies, 23: 499-506
757. Toneatto T (2005) A perspective on problem gambling treatment: issues and challenges. Journal of Gambling Studies, 21: 73-80

758. Toneatto T, Blitz-Miller T, Calderwood K, Dragonetti R, Tsanos A (1997) Cognitive distortions in heavy gambling. Journal of Gambling Studies, 13: 253-266

759. Toneatto T, Brennan J (2002) Pathological gambling in treatment-seeking substance abusers. Addictive Behaviors, 27: 465-469

760. Toneatto T, Ferguson D, Brennan J (2003) Effect of a new casino on problem gambling in treatment-seeking substance abusers. Canadian Journal Psychiatry, 48: 40-44

761. Toneatto T, Millar G (2004) Assessing and treating problem gambling: empirical status and promising trends. Canadian Journal Psychiatry, 49: 517-525

762. Toneatto T, Nguyen L (2007) Individual characteristics and problem gambling behavior. W: Smith G, Hodgins DC, Williams RJ (red.): Research and Measurement Issues in Gambling Studies. San Diego, CA: Academic Press, 279-303

763. Toneatto T, Lecce J, Bagby M (2009) Alexithymia and pathological gambling. Journal Addictions Disorders, 28: 193-198

764. Toneatto T, Skinner W, Dragonetti R (2002) Patterns of substance use in treatment-seeking problem gamblers: impact on treatment outcomes. Journal Clinical Psychology, 58: 853-859

765. Toneatto T, Wang JJ (2009) Community treatment for problem gambling: sex differences in outcome and process. Community Mental Health Journal, 45: 468-475

766. Todd M (2005) Problem gambling. Tennessee Medicine, 98: 176

767. Tremblay N, Boutin C, Ladouceur R (2008) Improved self-exclusion program: preliminary results. Journal of Gambling Studies, 24: 505-518

768. Tse S, Wong J, Kim H (2004) A public health approach for Asian people with problem gambling in foreign countries. Journal of Gambling Issues, 12:

769. Tse S, Hong SI, Wang CW, Cunningham-Williams RM (2012) Gambling behavior and problems among older adults: a systematic review of empirical studies. Journal Gerontology. B Psychology Science Sociology Science, 67: 639-652

770. Turchi RM, Derevensky JL (2006) Youth gambling: not a safe bet. Currents Opinions Pediatry, 18: 454-458

771. Turner N, Horbay R (2004) How do slot machines and other electronic gambling machines actually work? Journal of Gambling Issues, 11:

772. Turner N, Littman-Sharp N (2006) Inventory of gambling situations users guide. Toronto, ON: Centre for Addictions and Mental Health

773. Turner N, Macdonald J & Somerset M (2007) Life skills, mathematical reasoning and critical thinking: A curriculum for the prevention of problem gambling. Journal of Gambling Studies, 24: 367-380

774. Turne N, Macdonald J, Bartoshuk M, Zangeneh M (2008) The evaluation of a one-hour prevention program for problem gambling. International Journal of Mental Health & Addiction, 6: 238-243

775. Turner NE, Macdonald J, Somerset (2008) Life skills, mathematical reasoning and critical thinking: a curriculum for the prevention of problem gambling. Journal of Gambling Studies, 24: 367-80

776. Turner NE, Preston DL, McAvoy S, Gillam L (2012) Problem Gambling Inside and Out: The Assessment of Community and Institutional Problem Gambling in the Canadian Correctional System. Journal of Gambling Studies, (w druku)

777. Turner NE, Preston DL, Saunders C, McAvoy S, Jain U (2009) The relationship of problem gambling to criminal behavior in a sample of Canadian male federal offenders. Journal of Gambling Studies, 25: 153-169

778. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, ICD-10. V rozdział (2000) Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Warszawa

779. Ursua MP, Uribelarrea LL (1998) 20 questions of Gamblers anonymous: A psychometric study with population of Spain. Journal of Gambling Studies,14: 3-15

780. Wagenaa, WA (1988) Paradoxes of gambling behaviour. England: Erlbaum

781. Walker, MB (1992) The Psychology of Gambling, Pergamon Press, Sydney

782. WalkerMB (1992) Irrational thinking among slot machine players. Journal of Gambling Studies, 8: 245–288

783. Walker DM, Barnett AH (1999) The social costs of gambling: An economic perspective. Journal of Gambling Studies, 15: 181-212

784. Walker SE, Abbott MW, Gray RJ (2012) Knowledge, views and experiences of gambling and gambling-related harms in different ethnic and socio-economic groups in New Zealand. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 36: 153-159

785. Walters GD, Contri D (1998) Outcome expectancies for gambling: Empirical modeling of a memory network in federal prison inmates. Journal of Gambling Studies,14: 173-191

786. Wanner B, Vitaro F, Carbonneau R, Tremblay RE. (2009) Cross-lagged links among gambling, substance use, and delinquency from midadolescence to young adulthood: additive and moderating effects of common risk factors. Psychologiy of Addictive Behaviors, 23: 91-104

787. Wardle H, Sproston K, Orford J (2007) British Gambling Prevalence Survey 2007. London: National Center for Social Research

788. Weatherly JN, Montes KS, Christopher DM (2010) Investigating the relationship between escape and gambling behavior. Analysis of Gambling Behavior, 4: 79

789. Weatherly JN, Miller JC, Montes KS, Rost C (2012) Assessing the reliability of the Gambling Functional Assessment - Revised. Journal of Gambling Studies, 28: 217-223

790. Weich S, McBride O, Hussey D, Exeter D, Brugha T, McManus S (2011) Latent class analysis of co-morbidity in the Adult Psychiatric Morbidity Survey in England 2007: implications for DSM-5 and ICD-11. Psychological Medicine, 41: 2201-2012

791. Weinstock J, Armentano C, Petry NM (2006) Prevalence and health correlates of gambling problems in substance abuse counselors. American Journal Addictions, 15: 144-149

792. Weinstock J, Burton S, Rash CJ, Moran S, Biller W, Krudelbach N, Phoenix N, Morasco BJ (2011) Predictors of engaging in problem gambling

treatment: data from the West Virginia Problem Gamblers Help Network. Psychology of Addictive Behaviors, 25: 372-379

793. Weinstock J, Whelan JP, Meyers AW (2004) Behavioral assessment of gambling: an application of the timeline follow-back method. Psychological Assessment, 16: 72-80

794. Weintraub D (2009) Impulse control disorders in Parkinson's disease: prevalence and possible risk factors. Parkinsonism Relations Disorders, 3: 110-113

795. Weintraub D, Koester J, Potenza MN, Siderowf AD, Stacy M, Voon V, Whetteckey J, Wunderlich GR, Lang AE (2010) Impulse control disorders in Parkinson disease: a cross-sectional study of 3090 patients. Archives of Neurology, 67: 589-595

796. Weis DR, Manos GH (2007) Prevalence and epidemiology of pathological gambling at Naval Medical Center Portsmouth psychiatry clinic. Millwokie Medicine, 172: 782-786

797. Weinstock J, Ledgerwood DM, Petry NM (2007) Association between posttreatment gambling behavior and harm in pathological gamblers. Psychology of Addictives Behaviors, 21: 185-193

798. Wenzel HG, Oren A, Bakken IJ (2008) Gambling problems in the family--a stratified probability sample study of prevalence and reported consequences. BMC Public Health, 16: 412

799. Welte JW, Barnes GM, Tidwell MC, Hoffman JH (2011) Gambling and problem gambling across the lifespan. Journal of Gambling Studies, 27: 49-61

800. Welte JW, Barnes GM, Tidwell MC, Hoffman JH (2009) The association of form of gambling with problem gambling among American youth. Psychology Addictives Behaviors, 23:105-112

801. Welte JW, Barnes GM, Tidwell MC, Hoffman JH (2009) Association between problem gambling and conduct disorder in a national survey of adolescents and young adults in the United States. Journal of Adolescence Health, 45: 396-401

802. Welte JW, Barnes GM, Tidwell MC, Hoffman JH (2008) The prevalence of problem gambling among U.S. adolescents and young adults: results from a national survey. Journal of Gambling Studies, 24: 119-133

803. Welte JW, Barnes GM, Wieczorek WF, Tidwell MC (2004) Simultaneous drinking and gambling: a risk factor for pathological gambling. Substance Use and Misuse, 39: 1405-1422

804. Welte JW, Barnes GM, Wieczorek WF, Tidwell MC (2004) Gambling participation and pathology in the United States - a sociodemographic analysis using classification trees. Addictive Behavior, 29: 983-989

805. Welte JW, Barnes GM, Wieczorek WF, Tidwell MC, Parker JC (2004) Risk factors for pathological gambling. Addictive Behavior, 29: 323-335

806. Welte JW, Wieczorek WF, Barnes GM, Tidwell MC, Hoffman JH (2004) The relationship of ecological and geographic factors to gambling behavior and pathology. Journal of Gambling Studies, 20: 405-423

807. Westerman GH, Elsasser GN, Kavan MG (2009 Dental student experiences with gambling: a survey of attitudes, exposure, and impact. Journal Dental Educations, 73: 934-941

808. Westermeyer J, Canive J, Thuras P, Thompson J, Kim SW, Crosby RD, Garrard J (2008) Mental health of non-gamblers versus "normal" gamblers among American Indian veterans: a community survey. Journal of Gambling Studies, 24: 193-205

809. Wheeler BW, Rigby JE, Huriwai T (2006) Pokies and poverty: problem gambling risk factor geography in New Zealand. Health Place, 12: 86-96

810. WHO (1992) International Classification of Diseases (ICD-10): clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization

811. Whyte KS (1998) Analysis of the National Gambling Impact Study Commission Act. Journal of Gambling Studies, 14: 309-318

812. Wick JY (2012) High-stakes gambling: seniors may be the losers. Consulting Pharmaceuts, 27: 544-551

813. Wicks P, MacPhee GJ (2009) Pathological gambling amongst Parkinson's disease and ALS patients in an online community (PatientsLikeMe.com). Movement Disorders, 15: 1085-1088

814. Wickwire EM Jr, Burke RS, Brown SA, Parker JD, May RK (2008) Psychometric evaluation of the National Opinion Research Center DSM-IV Screen for Gambling Problems (NODS). American Journal Addictives, 17: 392-295

815. Wickwire EM, Whelan JP, Meyers AW (2010) Outcome expectancies and gambling behavior among urban adolescents. Psychology of Addictive Behavior, 24: 75-88

816. Wickwire EM, Whelan JP, Meyers AW, Murray DM (2007) Environmental correlates of gambling behavior in urban adolescents. Journal of Abnormal Child Psychology, 35: 179-190

817. Wiebe JM, Cox BJ (2005) Problem and probable pathological gambling among older adults assessed by the SOGS-R. Journal of Gambling Studies, 21: 205-221

818. Wiebe JM, Cox BJ, Mehmel BG (2000) The South Oaks Gambling Screen - Revised for Adolescents (SOGS-RA): Further psychometric findings from a community sample. Journal of Gambling Studies, 16: 275-88

819. Wielki słownik polsko-angielski PWE-Oxford (2011) Wydawnictwo Naukowe PWN

820. Wilber MK, Potenza MN (2006) Adolescent gambling: research and clinical implications. Psychiatry (Edgmont), 3: 40-48

821. Willoughby T, Chalmers H, Busseri MA (2004) Where is the syndrome? Examining co-occurrence among multiple problem behaviors in adolescence. Journal Consulting Clinical Psychology, 72: 1022-1037

822. Wildma R (1997) Gambling: An Attempt at an Integration. Edmonton: Wynne Resources Inc.

823. Wilkes BL, Gonsalvez CJ, Blaszczynski A (2010) Capturing SCL and HR changes to win and loss events during gambling on electronic machines. International Journal of Psychophysiology, 78: 265-272

824. Williams R (2002) Prevention of problem gambling: A school-based intervention. Edmonton, AB: Alberta Gaming Research Institute

825. Williams RJ, Lee CK, Back KJ (2012) The prevalence and nature of gambling and problem gambling in South Korea. Sociological Psychiatry Psychiatry Epidemiology, 14:

826. Williams RJ, Wood RT, Currie SR (2010) Stacked Deck: an effective, school-based program for the prevention of problem gambling. Journal Primary Previews, 31: 109-125

827. Windmann S, Kirsch P, Mier D, Stark R, Walter B, Güntürkün O, Vaitl D (2006) On framing effects in decision making: linking lateral versus medial orbitofrontal cortex activation to choice outcome processing. Journal Cognitive Neuroscience, 18: 1198-1211

828. Wilson D, da Silva Lobo DS, Tavares H, Gentil V, Vallada H (2012) Family-based association analysis of serotonin genes in pathological gambling disorder: Evidence of vulnerability risk in the 5HT-2A receptor gene. Journal of Molecular Neuroscience, 28: (w druku)

829. Winters KC, Anderson N (2000) Gambling involvement and drug use among adolescents. Journal of Gambling Studies,16: 175-98

830. Winters KC, Kushner MG (2003) Treatment issues pertaining to pathological gamblers with a comorbid disorder. Journal of Gambling Studies, 19: 261-277

831. Winters KC, Rich T (1998) A twin study of adult gambling behavior. Journal of Gambling Studies, 14: 213-225

832. Winters KC, Stinchfield RD, Botzet A, Anderson N (2002) A prospective study of youth gambling behaviors. Psychological Addictives Behaviors, 16: 3-9

833. Winters KC, Stinchfield RD, Botzet A, Slutske WS (2005) Pathways of youth gambling problem severity. Psychology of Addictive Behaviors, 19: 104-107

834. Wohl MJ, Matheson K, Young MM, Anisman H (2008) Cortisol rise following awakening among problem gamblers: dissociation from comorbid symptoms of depression and impulsivity. Journal of Gambling Studies, 24: 79-90

835. Wohl MJ, Young MM, Hart KE (2007) Self-perceptions of dispositional luck: relationship to DSM gambling symptoms, subjective enjoyment of gambling and treatment readiness. Substance Use Misuse, 42: 43-63

836. Wong IL, So EM (2003) Prevalence estimates of problem and pathological gambling in Hong Kong. American Journal Psychiatry, 160: 1353-4

837. Wood RT, Griffiths MD (2007) A qualitative investigation of problem gambling as an escape-based coping strategy. Psychology and Psychotherapy, 80: 107-125

838. Wood RT, Griffiths MD, Derevensky JL, Gupta R (2002) Adolescent accounts of the UK National Lottery and scratchcards: an analysis using Q-sorts. Journal of Gambling Studies, 18: 161-183

839. Wood RT, Griffiths MD, Parke J (2007) Acquisition, development, and maintenance of online poker playing in a student sample. Cyberpsychological Behavior, 10: 354-361

840. Wu AM, Tang CS (2011) Validation of the Chinese version of the gambling motivation scale (C-GMS). Journal of Gambling Studies, 27: 709-724

841. Wu AM, Tang CS (2012) Problem gambling of Chinese college students: application of the theory of planned behavior. Journal of Gambling Studies, 28: 315-324

842. Wulfert E, Hartley J, Lee M, Wang N, Franco C, Sodano R (2005) Gambling screens: does shortening the time frame affect their psychometric properties? Journal of Gambling Studies, 21: 521-536

843. Wohl MJ, Christie KL, Matheson K, Anisman H (2010) Animation-based education as a gambling prevention tool: correcting erroneous cognitions and reducing the frequency of exceeding limits among slots players. Journal of Gambling Studies, 26: 469-486

844. Wohl MJA, Enzle ME (2003) The effects of near wins and near losses on self-perceived personal luck and subsequent gambling behavior. Journal of Experimental Social Psychology, 39: 184-191

845. Wong PW, Chan WS, Conwell Y, Conner KR, Yip PS (2010) A psychological autopsy study of pathological gamblers who died by suicide. Journal Affective Disorders, 120: 213-216

846. Wong G, Zane N, Saw A, Chan AK (2012) Examining gender differences for gambling engagement and gambling problems among emerging adults. Journal of Gambling Studies, 15: (w druku)

847. Wong SS, Tsang SK (2011) Validation of the Chinese Version of the Gamblers' Belief Questionnaire (GBQ-C). Journal of Gambling Studies,

848. Woronowicz B (2001) Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu. IPiN, Warszawa

849. Woronowicz B (2011) Hazard - nowe wyzwania. Narkomania, 4: 12-17

850. Wulfert E, Hartley J, Lee M, Wang N, Franco C, Sodano R (2005) Gambling screens: does shortening the time frame affect their psychometric properties? Journal of Gambling Studies, 21: 521-536

851. van Holst RJ, van den Brink W, Veltman DJ, Goudriaan AE (2010) Brain imaging studies in pathological gambling. Currents Psychiatric Reports, 12: 418-245

852. van Holst RJ, van den Brink W, Veltman DJ, Goudriaan AE (2010) Why gamblers fail to win: A review of cognitive and neuroimaging findings in pathological gambling. Neurosciences Biobehaviors Reviews, 34: 87-107

853. van Holst RJ, Veltman DJ, Büchel C, van den Brink W, Goudriaan AE (2012) Distorted expectancy coding in problem gambling: Is the addictive in the anticipation? Biological Psychiatry, 15: 741-748

854. van Holst RJ, de Ruiter MB, van den Brink W, Veltman DJ, Goudriaan AE (2012) A voxel-based morphometry study comparing problem gamblers, alcohol abusers, and healthy controls. Drugs Alcohol Dependence,124: 142-148

855. van Holst RJ, van Holstein M, van den Brink W, Veltman DJ, Goudriaan AE (2012) Response inhibition during cue reactivity in problem gamblers: An fMRI study. PLoS One, 7: e30909

856. van Holst RJ, Lemmens JS, Valkenburg PM, Peter J, Veltman DJ, Goudriaan AE (2012) Attentional bias and disinhibition toward gaming cues

are related to problem gaming in male adolescents. Journal Adolescences Health, 50: 541-546

857. Van Leijenhorst L, Westenberg PM, Crone EA (2008) A developmental study of risky decisions on the cake gambling task: age and gender analyses of probability estimation and reward evaluation. Developmental Neuropsychology, 33: 179-196

858. Verdejo-García A, Lawrence AJ, Clark L (2008) Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. Neurosciences Biobehavior Reviews, 32: 777-810

859. Versini A, LeGauffre C, Romo L, Adès J, Gorwood P (2012) Frequency of gambling problems among parents of pathological, versus nonpathological, casino gamblers using slot machines. American Journal Addictions, 21: 86-95

860. Victorian Casino and Gaming Authority (VCGA) (1997) Definition and Incidence of Pathological Gambling Including the Socioeconomic Distribution, Melbourne

861. Vitaro F, Wanner B, Brendgen M, Tremblay RE (2008) Offspring of parents with gambling problems: adjustment problems and explanatory mechanisms. Journal of Gambling Studies, 24: 535-553

862. von Hippel W, Ng L, Abbot L, Caldwell S, Gill G, Powell K (2009) Executive functioning and gambling: performance on the trail making test is associated with gambling problems in older adult gamblers. Aging, Neuropsychology, and Cognition: A Journal on Normal and Dysfunctional Development, 16: 654-670

863. von Ranson KM, Wallace LM, Holub A, Hodgins DC (2012) Eating disorders, substance use disorders, and impulsiveness among disordered gamblers in a community sample. European Eating Disorders Reviews, (w druku)

864. Volberg R (2002). Gambling and problem gambling among adolescents in Nevada. Carson City, NV: Nevada Department of Human Resources.

865. Volberg RA (2004) Fifteen years of problem gambling prevalence research: What do we know? Where do we go? Journal of Gambling, 10: 1-19

866. Volberg RA, Gupta R, Griffiths MD, Olason DT, Delfabbro P (2010) An international perspective on youth gambling prevalence studies. International Journal of Adolescence Medicine Health, 22: 3-38

867. Volberg RA, Munck IM, Petry NM (2011) A quick and simple screening method for pathological and problem gamblers in addiction programs and practices. American Journal of Addictions, 20: 220-227

868. Voon V, Gao J, Brezing C, Symmonds M, Ekanayake V, Fernandez H, Dolan RJ, Hallett M (2011) Dopamine agonists and risk: impulse control disorders in Parkinson'sd isease. Brain, 134: 1438-1446

869. Voon V, Pessiglione M, Brezing C, Gallea C, Fernandez HH, Dolan RJ, Hallett M (2010) Mechanisms underlying dopamine-mediated reward bias in compulsive behaviors. Neuron. 65: 135-142

870. Xian H, Scherrer JF, Slutske WS, Shah KR, Volberg R, Eisen SA (2007) Genetic and environmental contributions to pathological gambling symptoms in a 10-year follow-up. Twin Research Human Genetics, 10: 174-179

871. Xian H, Shah KR, Phillips SM, Scherrer JF, Volberg R, Eisen SA (2008) Association of cognitive distortions with problem and pathological gambling in adult male twins. Psychiatry Research, 160: 300-307

872. Xuan Z, Shaffer H (2009) How do gamblers end gambling: longitudinal analysis of Internet gambling behaviors prior to account closure due to gambling related problems. Journal Gambling Studies, 25: 239-252

873. Yi S, Kanetkar V (2011) Coping with guilt and shame after gambling loss. Journal of Gambling Studies, 227: 371-387

874. Yip SW, Desai RA, Steinberg MA, Rugle L, Cavallo DA, Krishnan-Sarin S, Potenza MN (2011) Health/functioning characteristics, gambling behaviors, and gambling-related motivations in adolescents stratified by gambling problem severity: findings from a high school survey. American Journal Addictions, 20: 495-508

875. Yip SW, Lacadie C, Xu J, Worhunski PD, Fulbright RK, Constable RT, Potenza MN (2013) Reduced genual corpus callosal white matter integrity in

pathological gambling and its relationship to alcohol abuse or dependence. The World Journal of Biological Psychiatry, 14: 129-138

876. Yip SW, White MA, Grilo CM, Potenza MN (2011) An exploratory study of clinical measures associated with subsyndromal pathological gambling in patients with binge eating disorder. Journal of Gambling Studies, 27: 257-270

877. Young M, Stevens M (2008) SOGS and CGPI: parallel comparison on a diverse population. Journal of Gambling Studies, 24: 337-356

878. Young MM, Wohl MJ (2009) The Gambling Craving Scale: Psychometric validation and behavioral outcomes. Psychological Addictions Behaviors, 23: 512-522

879. Young MM, Wohl MJ (2011) The Canadian Problem Gambling Index: an evaluation of the scale and its accompanying profiler software in a clinical setting. Journal of Gambling Studies, 27: 467-485

880. Young MM, Wohl MJ, Matheson K, Baumann S, Anisman H (2008) The desire to gamble: the influence of outcomes on the priming effects of a gambling episode. Journal of Gambling Studies, 24: 275-293

881. Yucha C, Bernhard B, Prato C (2007) Physiological effects of slot play in women. Applied Psychophysiology Biofeedback, 32: 141-147

882. Zack M, Poulos CX (2007) A D2 antagonist enhances the rewarding and priming effects of a gambling episode in pathological gamblers. Neuropsychopharmacology, 32: 1678-1686

883. Zack M, Poulos CX (2004) Amphetamine primes motivation to gamble and gambling-related semantic networks in problem gamblers. Neuropsychopharmacology, 29: 195-207

884. Zack M, Poulos CX (2009) Parallel roles for dopamine in ethological gambling and psychostimulant addiction. Current Drugs Abuse Reviews, 2: 11-25

885. Zack M, Stewart SH, Klein RM, Loba P, Fragopoulos F (2005) Contingent gambling-drinking patterns and problem drinking severity moderate implicit gambling-alcohol associations in problem gamblers. Journal of Gambling Studies, 21: 325-354

886. Zamarian L, Sinz H, Bonatti E, Gamboz N, Delazer M (2008) Normal aging affects decisions under ambiguity, but not decisions under risk. Neuropsychology, 22: 645-657

887. Zand R (2008) Is dopamine agonist therapy associated with developing pathological gambling in Parkinson's disease patients? European Neurology, 59: 183-186

888. Zeeb FD, Robbins TW, Winstanley CA (2009) Serotonergic and dopaminergic modulation of gambling behavior as assessed using a novel rat gambling task. Neuropsychopharmacology, 34: 2329-2343

889. Zheng WY, Walker M, Blaszczynski A (2010) Mahjong gambling in the Chinese-Australian community in Sydney: A prevalence study. Journal of Gambling Studies, 26: 441-454

890. Zimmerman M, Chelminski I, Young D (2006) A psychometric evaluation of the DSM-IV pathological gambling diagnostic criteria. Journal of Gambling Studies, 23: 329-337

Psychoterapia

Przegląd piśmiennictwa dotyczącego psychoterapii hazardu dostarczył wielu informacji na temat stosowanych podejść terapeutycznych w leczeniu problemowego (patologicznego) hazardu, jak również umożliwił ocenę efektywności metod terapeutycznych używanych w działaniach na rzecz osób zmagających się z uzależnieniem od hazardu.

Uzyskany materiał został przedstawiony w następującym porządku:

-opis wykorzystanych źródeł z uwzględnieniem zasięgu czasowego i tematycznego cytowanych publikacji,

-krótka historia stosowanych metod terapeutycznych,

-zestawienie opracowań empirycznych opisujących leczenie osób uzależnionych od hazardu,

-zestawienie istniejących podsumowań i metaanaliz dotyczących skuteczności poszczególnych form psychoterapii,

-wnioski i konkluzje obejmujące rekomendacje stosowania psychoterapii w leczeniu uzależnienia od hazardu.

I. Źródła materiału przedstawionego w raporcie

W raporcie posługiwano się materiałem pochodzącym z baz danych: EBSCO (Academic Search Complete, PsycARTICLES), Science Direct, OVID, Wiley Online Library Full Colection, ProQuest, DOAJ, Czasopisma polskie. Cytowane opracowania (82 pozycje) obejmują lata 1983-2012 i pochodzą z następujących pism:

- Addiction
- Addiction Research and Theory
- Addictive Behaviors

- Addictive Disorders & Their Treatment
- American Journal on Addiction
- American Journal of Orthopsychiatry
- American Journal of Psychiatry
- Australian Journal of Rural Health
- Behaviour Research and Therapy
- Behavior Therapy
- British Journal of Addiction
- British Journal of Clinical Psychology
- British Journal of Psychiatry
- Clinical Psychology Review
- Cochrane Database of systematic review 2011
- Cognitive Behaviour Therapy
- Community Mental Health Journal
- Current Drug Abuse Review
- Current Opinion in Psychiatry
- Deutsches Arzteblatt International
- Experimental and Clinical Psychopharmacology
- Geriatric Nursing
- Journal of Clinical Psychology
- Journal of Consulting and Clinical Psychology
- Journal of Family Therapy
- Journal of Gambling Issues
- Journal of Gambling Studies

- Journal of Traumatic Stress
- Journal of Marital and Family Therapy
- Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing
- Journal of Substance Abuse
- Perspectives in Psychiatric Care
- Psychiatric Annals
- Psychiatry
- Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice
- Psychology of Addictive Behaviors
- Świat problemów
- Terapia
- The Canadian Journal of Psychiatry

Do przeglądu włączono również 1 pozycję książkową (2010) ściśle związaną z tematem opracowania.

II. Historia podejść terapeutycznych stosowanych w leczeniu uzależnienia od hazardu

Anderson i wsp. (2011) podają, że w literaturze przedmiotu używa się terminów: *patologiczny* i *problemowy* hazard w dość niespójny sposób. Termin „patologiczny" jest używany w USA, Kanadzie, Europie i oznacza kliniczną formę zaburzonego zachowania, natomiast termin „problemowy" - subkliniczną manifestację tego zaburzenia. W Australii i Nowej Zelandii mamy do czynienia z powszechnym użyciem słowa „problemowy hazard", które z kolei opisuje kontinuum problemów hazardzisty. Inne określenia stosowane w opisie osoby uzależnionej od

hazardu to: „zaburzony”, „problematyczny”, „kompulsywny”, „ekscesywny”, „ludomania”.

Rozpowszechnienie problemowego hazardu jest najczęściej szacowane na 0,7% do 2,5% w populacji, ale np. w Niemczech 0,2 - 0,6% (Erbas, Buchner 2012). W grupie adolescentów 4-8% populacji pasuje do kryteriów patologicznego hazardu. Odnotowywane jest częste współwystępowanie innych chorób, zwłaszcza zaburzeń nastroju. W badaniach wykryto wiele zewnętrznych i wewnętrznych korelatów uzależnienia od hazardu, ale nie istnieje jeden ogólnie przyjęty modelu wyjaśniający etiologię patologicznego hazardu.

Wedgeworth (1998) przedstawia komentarz do umieszczenia uzależnienia od hazardu w klasyfikacji chorób i zaburzeń. Kompulsywny hazard pojawia się w DSM-III w 1980 r. Patologiczny hazard został włączony do klasyfikacji chorób w 1994 r. (DSM-IV). Poszukiwano analogii klinicznych między patologicznymi hazardzistami a osobami nadużywającymi alkoholu lub narkotyków i stwierdzano, że placówki medyczne, takie jak szpital, powinny ich leczyć w podobny sposób. Zdaniem tego autora patologiczny hazard jest w większym stopniu zjawiskiem społecznym niż medycznie diagnozowanym zaburzeniem. W przytaczanej przez Wedgewortha (1998) klasyfikacji typów hazardzisty: profesjonalnego, osobowości antysocjalnej, dorywczego, poważnie zaangażowanego, poszukującego ulgi i ucieczki, kompulsywnego - tylko ten ostatni byłby pacjentem pasującym do koncepcji choroby - uzależnienia. Chociaż problemowi hazardziści nie zawsze pasują do kryteriów diagnostycznych, dochodzi do medykalizacji zaburzenia i przedstawienia oferty medycznego modelu leczenia.

Historię oddziaływań psychologicznych wobec problemowych lub patologicznych hazardzistów można rozpocząć od grup Anonimowych Hazardzistów (GA). Grupy te były jedną z pierwszych interwencji, które stosowano od 1955 r. w leczeniu uzależnienia od hazardu. Zainteresowanie ta formą leczenia niewątpliwie wynikało z popularności ruchu AA. Uzupełnieniem leczenia w GA były grupy dla małżonków hazardzistów - GamAnon.

W terapii psychodynamicznej przyjmowano założenie, że hazard wynika z doświadczenia wczesnej straty i deprywacji, jak również nieświadomego pragnienia przegranej u osoby uzależnionej od hazardu. W podejściu psychoanalitycznym planowano długoterminową indywidualna lub grupową terapię. Jej celem jest rozwiązanie konfliktów i poprzez zwiększenie wglądu zredukowanie nieświadomych popędów, które powodują hazardowe zachowania. Stosowane techniki to: wolne skojarzenia, interpretacja przeniesienia, eksploracja dzieciństwa, terapia relacji z obiektem, nieustrukturowany proces grupowy (Stea i Hodgins 2011). Terapia psychodynamiczna może być korzystna przy dłuższym leczeniu ze względu na współwystępowanie zaburzeń osobowości u patologicznych hazardzistów oraz na częste występowanie seksualnej i fizycznej traumy w dzieciństwie wśród problemowych hazardzistów (Raylu i Oei 2010).

W terapii behawioralnej początkowo koncentrowano się na: technikach awersyjnych, z użyciem realnego lub wyobrażonego bodźca (lata 60), zmniejszaniu pozytywnego wzmocnienia i powiększaniu negatywnego wzmocnienia wynikającego z zachowania hazardowego, pozytywnym wzmocnieniu abstynencji, ukrytej sensytyzacji, systematycznej desensytyzacji (Raylu i Oei 2010). Najwcześniejsze prace badały rezultaty terapii awersyjnej (użycie apomorfiny, indukowanie wymiotów,

szoki elektryczne). Hazard był rozumiany jako wyuczony wzór wzmocnień, w terapii uwzględniano teorię klasycznego i instrumentalnego warunkowania oraz teorię społecznego uczenia (mechanizm modelowania). Terapia, która koncentruje się na antecedensach - to kontrola bodźca, zaś na zmianie wzoru wzmacniania - to terapia awersyjna (Steai i Hodgins 2011). W latach 70 XX wieku poszerzono zestaw tych technik - używano behawioralnego monitoringu, ukrytego odczulania, metod relaksacyjnych, czasem łączonych z terapią awersyjną. Współcześnie stosowano terapię ekspozycji (Echeburua i wsp. 2000), kontrolę bodźca z zapobieganiem nawrotom (w wersji grupowej i indywidualnej). Obecnie wiele terapii behawioralnych jest uzupełniane technikami poznawczymi

Interesującą próbą odzyskania kontroli behawioralnej nad zachowaniem hazardowym są programy samo-wykluczenia ze środowiska hazardowego używane w leczeniu kompulsywnego hazardu (Napolitano 2003). W takim programie hazardzista podpisuje kontrakt zakazujący bytności w kasynie, po wyrażeniu takiej zgody pracownicy kasyna mogą uniemożliwić wejście na teren kasyna. Napolitano (2003) zwraca uwagę na ograniczenia tej metody. Oczekuje się od pacjenta tylko pozostawania poza kasynem. Jeśli kompulsywny hazard jest chorobą polegającą m.in. na utracie kontroli wobec hazardu, to należy myśleć o przywróceniu u pacjenta wewnętrznej kontroli nad zachowaniem, a mniej uzależniać go od zewnętrznych źródeł kontroli. Autor ten zwraca uwagę, ze problemem nie jest hazard, problemem jest psychologia hazardzisty. Samo-wykluczenie jest częściej łączone z innymi formami terapii, niż używane jako oddzielna technika behawioralna (Ladouceur i wsp. 2000).

Podejście poznawcze pojawia się w leczeniu hazardzistów od lat 70. XX wieku. Sprawdzano, jak wygrane w grach losowych mogą zniekształcać myślenie, stosowano metodę „myślenia głośno", badano „*near-miss effect*" ("prawie wygrałem"). Skatalogowano kilka typów zniekształceń myślenia występujących u patologicznych hazardzistów, dotyczą one braku wiedzy na temat losowości, przewidywalności i niezależności zdarzeń. Stosowane jest poznawcze restrukturowanie, które opiera się na identyfikacji błędnych przekonań i zastąpieniu realistycznymi tłumaczeniami (Tavares i wsp. 2003). W latach 80. do leczenia problemowego hazardu wprowadzono techniki poznawcze, wkrótce rozpoczęto integrację behawioralnej i poznawczej perspektywy leczenia.

Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) – skupia się na zmianie dysfunkcjonalnych myśli i zachowań, które podtrzymują problem hazardu. Celem CBT jest uświadomienie istnienia dysfunkcjonalnych myśli oraz określenie połączeń między myślami, zachowaniami i emocjami. Najczęściej interwencje podejścia CBT koncentrują się na identyfikowaniu poznawczych zniekształceń dotyczących hazardu, wzmacnianiu nie- hazardowych zachowań i zapobieganiu nawrotowi. CBT wykorzystuje różne techniki: poznawcze restrukturowanie, ekspozycję *in vivo*, wyobrażoną desensytyzację, zapobieganie nawrotom, rozwiązywanie problemów, trening zdolności społecznych. Poznawcze strategie to: modyfikacja przekonań podstawowych, strategie pomagające w radzeniu sobie z popędem do hazardu, poznawcze restrukturowanie. Behawioralne strategie to: zmniejszanie unikania, ekspozycja na prowokujące niepokój sytuacje, behawioralne eksperymenty zmieniające zniekształcone myśli, rozwijanie różnych zdolności - asertywności, rozwiązywania problemów i relaksacji (Stea i Hodgins 2011).

Wielomodalne podejście stosowane jest od lat 90. w leczeniu szpitalnym i ambulatoryjnym. Programy terapeutyczna łączą np.: 12 kroków GA, psychoedukację, CBT, terapię małżeńską i rodzinną, terapię zapobieganie nawrotom, doradztwo finansowe. Ze względu na dużą liczbę komponentów w tych wielomodalnych programach trudno określić, na ile jest efektywny specyficzny składnik terapii.

Toneatto (2008) zwrócił uwagę, że przy łączeniu pozornie odmiennych metod leczenia jak np.: uczestnictwo w grupach GA i udział w sesjach terapii poznawczo-behawioralnej, można zauważyć ich uderzające podobieństwo. Po przeprowadzeniu analizy porównawczej 12 kroków i programu sesji poznawczo-behawioralnych stwierdził, że podobny sposób myślenia pojawia się w odniesieniu do intencji, celu, procesu zmiany i wyników osiąganych w obu podejściach. Różnice dotyczące celu terapii (abstynencja czy kontrola zachowania/ lub elementu duchowości czy też przyczyn uzależnienia wynikają raczej z odmiennych tradycji leczenia i nie muszą wpływać na preferencje klientów, poszukujących zazwyczaj efektywnego leczenia.

Krótka, motywacyjna interwencja MI jest rozwijana ze względu na to, że niewielu hazardzistów poszukuje formalnego leczenia. Niechętnie podejmują profesjonalne leczenie, natomiast bardziej są skłonni samodzielnie zmienić zachowanie. MI to często 1 sesja, z minimalnym zaangażowaniem terapeuty (rozmowa telefoniczna, przekazanie podręcznika do leczenia własnego). W MI zakłada się, że zmiana zachowania pojawia się poprzez możliwe do identyfikacji stadia. Należy określić poziomy gotowości do zmiany u klientów, zająć się ich ambiwalencją i wywołać zmianę (Danek 2011). Terapeuta występuje wtedy w roli facylitatora.

Terapia rodzinna i małżeńska jest wprowadzana jako uzupełniająca leczenie pacjenta w bardzo różnych wariantach - poprzedza leczenie hazardzisty, realizowana jest w trakcie leczenia z klientem lub podejmowana po zakończeniu leczenia (McComb i wsp. 2009).

III. Zestawienie opracowań empirycznych opisujących leczenie osób uzależnionych od hazardu

Przytoczone opisy badań zostały umieszczone w kolejnych tabelach. Kryterium pogrupowania prac stanowiło podejście terapeutyczne zastosowane w leczeniu hazardzistów lub wyodrębnione aspekty postępowania terapeutycznego podlegające ocenie empirycznej. W tabelach autorzy prac są prezentowani w porządku alfabetycznym.

Tabela 1. Podejście behawioralne

Lp.	Badacze	Rok badania	Wielkość próby	Tematyka badania
1.	Blaszczynski A, McConaghy N, Frankova A.	1991	18	Porównanie 18 abstynentów po długoterminowej terapii behawioralnej. 9 patologicznych hazardzistów miało nawrót, 9 nie miało. Epizod nawrotu nie musi prowadzić do odnowienia uzależnienia od hazardu
2.	Blaszczynski A, McConaghy N, Frankova A	1991	63	5 lat po zakończeniu terapii behawioralnej zbadano wskaźniki psychopatologii. Abstynenci i kontrolujący hazard – wyniki w normalnym zakresie, niekontrolujący hazardziści – wyższe wyniki psychopatologii
3.	Brunborg GS, Johnsen BH, Pallesen S, Molde H, Mentzoni RA, Myrseth M	2010	58	Badanie zależności miedzy awersyjnym warunkowaniem a podejmowaniem ryzyka w hazardzie w próbie nieklinicznej studentów
4.	Goorney AB	1968	1	Studium przypadku mężczyzny hazardzisty, po terapii awersyjnej (szoki elektryczne) zaprzestanie hazardu
5.	Ladoucer R, Jacques Ch, Giroux I, Ferland F, Leblond J	2000	220	Oceniano wyniki procedury samo-wykluczenia z hazardu. 30% hazardzistów zaprzestało wizyt w kasynie w trakcie procedury
6.	McConaghy N, Armstrong MC, Blaszczynski A, Allcock C	1983	20	Porównanie skuteczności terapii awersyjnej i wyobrażonej desensytyzacji stosowanej u kompulsywnych hazardzistów leczonych w oddziale szpitalnym. Redukcja hazardowych zachowań w

				grupie wyobrażonej desensytyzacji
7.	Petry NM, Alessi SM	2010	393	Oceniano skuteczność wzmocnień finansowych za zmianę zachowania u osób uzależnionych od kokainy, które uprawiały hazard. Wzmocnienia finansowe jednakowo skuteczne u osób uzależnionych od substancji , niezależnie od równoległego hazardu.
8.	Riley B, Smith D, Oakes J	2011	551	Porównywano wyniki leczenia terapią ekspozycyjną hazardzistów z wiejskiego i miejskiego rejonu Australii. Niezależnie od miejsca terapii, istotna poprawa wskaźników mierzących hazard
9.	Seager CP	1970	16	Leczenie terapią awersyjną (szoki elektryczne) przerywane, gdy pacjent uznawał, że nie chce wracać do zachowania hazardowego. W okresie 1-3 lat 5 pacjentów zarzuciło hazard.
10.	Sharpe L, Tarrier N	1993	1	Przedstawienie modelu wyjaśniającego hazard ilustrowane opisem przypadku, w którym sprawdzano pobudzenie a.u.n. przy wykonywaniu zadań obojętnych, stresujących i hazardowych (duże pobudzenie)
11.	Tolchard B, Battersby M	2000	105	Opis treści programu leczenia prowadzonego w Australii przez pielęgniarki wyszkolone jako behawioralne psychoterapeutki

Tabela 2. Grupy Anonimowych Hazardzistów (GA)

Lp.	Badacze	Rok badania	Wielkość próby	Tematyka badania
1.	Oei TPS, Gordon L M	2008	75	Ocena ważności predyktorów abstynencji u hazardzistów uczęszczających na grupy GA. Istotne predyktory: uczestnictwo i liczba odbytych mityngów, wsparcie rodziny i przyjaciół
2.	Petry NM	2003	342	Porównanie nasilenia hazardu i problemów związanych z hazardem między osobami bez doświadczeń w GA i osobami chodzącymi na spotkania GA uczestniczących w profesjonalnym leczeniu
3.	Petry NM Ammerman Y, Bohl J Doersch A, Gay H, Kadden R, Molina C, Steinberg K	2006	231	Porównanie wyników leczenia hazardzistów chodzących tylko na spotkania GA, chodzących na spotkania GA i korzystających z podręcznika CBT, chodzących na spotkania GA i uczestniczących w 8 indywidualnych sesjach CBT. Zmniejszenie hazardu we wszystkich grupach, CBT w indywidualnych sesjach poprawiła wyniki leczenia
4.	Petry, N., M., Weiss, L.	2009	230	Porównanie wsparcia społecznego patologicznych hazardzistów uczestniczących w leczeniu. Wyższe wsparcie wiąże się z niższymi wskaźnikami hazardu. Wsparcie społeczne odgrywa rolę moderatora zachowań hazardowych
5.	Stewart, R., M., Brown, R., I., F.	1988	232	Retrospektywne badanie uczestników grup GA, abstynencja związana jest z częstością przychodzenia na grupy GA. Pełna abstynencja u 8% osób uczestniczących przez 1 rok w mityngach
6.	Toneatto, T.,	2008	126	Efektywność leczenia realizującego program 12

	Dragonetti, R.			kroków i CBT. Po zakończeniu leczenia i w katamnezie nie było różnic między grupami we wskaźnikach dotyczących hazardu. Oba rodzaje leczenia skuteczne w redukcji objawów hazardu

Tabela 3. Terapia poznawczo-behawioralna (CBT)

Lp.	Badacze	Rok badania	Wielkość próby	Tematyka badania
1.	Champine, R., B., Petry, N., M.	2010	231	Ocena efektywności leczenia CBT w grupach wydzielonych ze względu na udział w leczeniu psychiatrycznym. Indywidualne sesje CBT były skuteczne w redukowaniu problemów hazardu we wszystkich grupach
2.	Carlbring, P., Jonsson, J., Josephson, H., Forsberg, L.	2010	150	Porównanie efektów 8 sesji CBT z 4 sesjami MI*. Nie było różnic we względnych efektach obu form leczenia. Poprawa wskaźników hazardu również w katamnezie. W grupie kontrolnej zjawisko „naturalnego" zdrowienia
3.	Dowling, N.	2009	77	Analiza właściwości związanych z ukończeniem i porzucaniem terapii przez kobiety - patologiczne hazardzistki. Nieudana próba określenia czynników sprzyjających porzucaniu terapii, jedynie nasilenie zachowań hazardowych przed leczeniem wyjaśnia przebieg leczenia
4.	Dowling, N., Smith, D., Thomas, T.	2009	44	Wybór celu terapii – abstynencja I kontrolowany hazard a osiągnięte wyniki leczenia u kobiet hazardzistek. Różne cele nie różnicowały wielkości uzyskanej poprawy. Kontrolowany hazard może być alternatywnym celem leczenia hazardzistek
5.	Echeburua, E., Fernandez-Montalvo, J., Baez, C.	2000	69	Badanie efektywności terapii indywidualnej i grupowej w prewencji nawrotu objawów. Obie formy leczenia w porównaniu do grupy kontrolnej - poprawa wskaźników hazardu i psychopatologicznych, w katamnezie częstsze utrzymanie abstynencji
6.	Gomez-Pena, M., Penelo, E., Granero, R., Fernandez-Aranda, F., Alvarez-Moya, E., Santamaria J., J., Moragas, L., Aymami, M., N., Gunnard, K., Menchon, J., M., Jimenez-Murcia, S.	2012	191	Badanie predyktywnej wartości skali URICA w ocenie zmiany stanu klinicznego pacjentów leczonych grupowymi sesjami CBT. Skala wyjaśniała ryzyko nawrotu w trakcie leczenia i ryzyko wypadnięcia z leczenia, ale nie wyjaśnia motywacji do zmiany (nieudana próba aplikacji modelu Prochaski i DiClemente)
7.	Gonzalez-Ibanez, A., Rosel, P.	2005	43	W leczeniu patologicznych hazardzistów różnicowano interwencje CBT w zależności od profilu osobowości pacjentów i nasilenia psychopatologii (grupowe sesje CBT, indywidualna CBT, indywidualna psychoterapia i leczenie farmakologiczne)
8.	Larimer, M., E., Neighbors, C., Lostutter, T., W., Whiteside, U., Cronce, J., M.,	2011	147	Zapobieganie hazardowym zachowaniom studentów korzystającym z krótkiej (4-6 sesji) interwencji CBT i interwencji MI (wywiad motywacyjny).W katamnezie po 6 miesiącach podobna skuteczność obu typów interwencji, odnotowano zmniejszenie zachowań

	Kaysen, D., Walker, D., D.			hazardowych
9.	Marceaux, J., C., Melville, C., L.	2011	49	Badano skuteczność 2 form leczenia w grupach: CBT i terapia wykorzystująca 12 kroków. Zmniejszenie wskaźników hazardu w porównaniu do grupy kontrolnej, w katamnezie obie formy leczenia tak samo skuteczne.
10.	Milton, S., Crino, R., Hunt, C., Prosser, E.	2002	40	Badano wpływ dodatkowych interwencji dołączonych do programu leczenia CBT u patologicznych hazardzistów. Zastosowanie interwencji zmniejszyło liczbę osób rezygnujących z terapii, podniosło skuteczność leczenia, choć po 9 miesiącach wyniki leczenia w obu grupach były już podobne.
11.	Jimenez-Murcia, S., Ayami, N., Gomez-Pena, M., Santamaria, J., J., Alvarez-Moya, E., Fernandez-Aranda, F., Granero, R., Penelo, E., Bueno, B., Morgas, L., Gunnard, K., Menchon, J.	2012	502	Ocena rezultatów terapii mężczyzn (patologicznych hazardzistów) przeprowadzonej w grupach: CBT oraz CBT połączonej z ekspozycją *in vivo* i prewencją nawrotu. Pomiar po leczeniu wykazał, że oba programy miały podobne korzystne rezultaty. Z grupy CBT mniej pacjentów porzuciło leczenie i wykazało się większym dostosowaniem do wymogów programu leczenia
12.	Okuda, M., Balan, I., Petry, N., M. Oquendo, M., Blanco, C.	2009	1	Studium przypadku – kobiety hazardzistki leczonej CBT. Interwencja dopasowana do potrzeb kulturowych klientki
13.	Petry, N., M. Litt, M., Kadden, R., Ledgerwood, D., M.	2007	127	Sprawdzano, czy zdolności do radzenia sobie pośredniczą we wpływie CBT na wyniki leczenia u patologicznych hazardzistów. 2 grupy: leczona CBT z udziałem w spotkaniach GA*, grupa tylko biorąca udział w GA. W grupie leczonej CBT większa redukcja hazardu w 2-miesięcznej katamnezie. W takcie leczenia korzystny wpływ CBT jest pośredniczony poprzez częstsze używanie strategii radzenia sobie, efekt ten zanika w katamnezie.
14.	Petry, N., M., Weinstock, J., Ledgerwood, D., Morasco, B.	2008	180	Porównanie skuteczności : jednorazowej krótkiej porady, jednorazowej krótkiej interwencji wzmacniającej motywację , jednorazowej krótkiej interwencji rozszerzonej o 3 sesje CBT u problemowych i patologicznych hazardzistów. Wskaźniki hazardu zmniejszone we wszystkich grupach, również w grupie kontrolnej. Krótka porada również jest skuteczna
15.	Robson, E., Edwards, J.	2002	117	Badani wybierali formę CBT: 2 sesje indywidualne i podręcznik lub 6 grupowych sesji i podręcznik. Podejmowali również decyzję: czy chcą kontrolował hazard, czy też uzyskać abstynencję. Próba ustalenia celu: wydawanie nie więcej niż 5% miesięcznego dochodu na hazard oraz ograniczenie hazardu do 6 godzin tygodniowo
16.	Sylvain, C., Ladouceur, R., Boisvert, J., M.	1997	29	Badani uczestniczyli w indywidualnych sesjach poznawczo-behawioralnych. Po leczeniu stwierdzono poprawę wskaźników hazardu, a w katamnezie po 6 i 12 miesiącach korzystne rezultaty zostały podtrzymane
17.	Toneatto, T., Wang,	2009	60	Sprawdzano, czy płeć hazardzistów wiąże sie z wynikami

	J., J.			leczenia CBT. Liczba sesji uzgadniana z terapeutami. U kobiet więcej niż u mężczyzn współwystępujących objawów psychiatrycznych, używanie innych form hazardu, szybsze narastanie problemu z hazardem (efekt teleskopowy). W katamnezie po 6 miesiącach u mężczyzn większa poprawa wskaźników hazardu i częstsza abstynencja. U kobiet silniejsza funkcjonalna zależność między hazardem i negatywnym afektem

*MI - interwencja zwiększająca motywację do zmiany
*GA – anonimowi hazardziści

Tabela 4. Krótkie interwencje

Lp.	Badacze	Rok badania	Wielkość próby	Tematyka badania
1.	Cunningham, J., A., Hodgins, D., C., Toneatto, T., Murphy, M.	2012	209	Ocena skuteczności interwencji polegającej na dostarczeniu materiałów informacyjnych nt. hazardu oraz dołączeniu informacji zwrotnej odnoszącej się do konkretnego badanego problemowego hazardzisty. Follow up po 3, 6, 12 miesiącach. Nie było istotnego wpływu pełnej informacji zwrotnej na zmniejszenie hazardu w porównaniu do grupy kontrolnej
2.	Diskin, K., M., Hodgins, D., C. (2009).	2009	81	Porównanie wyników zastosowania MI i kontrolnego wywiadu (CI) redukującego zachowania hazardowe. Katamneza po 3, 6, 12 miesiącach. Po roku grupa MI istotnie niższe wskaźniki hazardu i niższy psychologiczny dystres niż grupa CI.
3.	Hodgins,D., C., Toneatto, T., Makarczuk, K., Skinner, W., Vincent, S.	2007	186	Badano skuteczność krótkiej interwencji poznawczo-behawioralnej dla rodzin hazardzistów. Przesyłano podręcznik samopomocowy lub podręcznik z dodatkowym 2-krotnymw wsparciem telefonicznym. U uczestników - po 6 miesiącach polepszenie funkcjonowania indywidualnego i społecznego, ale nie poprawiło się funkcjonowanie i zaangażowanie w leczenie ich bliskich – hazardzistów.
4.	Hodgins, D., Currie, S., Currie, G., Fick, G.	2009	314	Badano skuteczność krótkiej interwencji motywacyjnej w 4 grupach: a) telefoniczny motywujący wywiad I podręcznik CBT, b) ten sam program oraz 6 telefonów wspomagajacych w okresie 9 miesięcy, c) 2 grupy kontrolne. Po roku okazało się, że osoby, które otrzymały dodatkowe telefony, nie uzyskały większej poprawy wskaźników hazardu niż ci, który otrzymali krótszą interwencję.
5.	Hodgins, D., C., Currie, S., s. el-Guebaly, N.	2001	102	Porównanie skuteczności krótkiej interwencji dla problemowych hazardzistów. Badani otrzymywali podręcznik samopomocowy/CBT/ lub podręcznik poprzedzony wywiadem motywacyjnym. Grupa z rozszerzoną interwencją / wywiad + podręcznik/miała lepsze wskaźniki poprawy tylko w katamnezie po 3 i 6 miesiącu. Po roku przewaga tej interwencji widoczna u osób z mniej poważnymi problemami hazardowymi
6.	LaBrie, R., A., Peller, A., J., LaPlante, D., a., Bernhard, B., Harper, A., Schrier, T.,	2012	315	Oceniano skuteczność samopomocowego podręcznika o hazardzie. Osoby zainteresowane problemem hazardu dostawały: a) mailem podręcznik, b) podręcznik z krótkim przewodnikiem objaśniającym treść lub były w

	Shaffer, H., J.			grupie kontrolnej. W pomiarze po 1 i 3 miesiącach stwierdzono istotną poprawę zachowań hazardowych we wszystkich grupach
7.	Petry, N., M., Weinstock, J., Morasco, B., J., Ledgerwood, D., M.	2009	117	Studenci hazardziści losowo dobrani do grup: a) otrzymującej krótką poradę, b)z 1 sesją wzmacniającą motywację, c) z 1 sesją wzmacniającą motywacją i 3 sesjami CBT, d) kontrolnej. W porównaniu do grupy kontrolnej pozostałe grupy istotnie obniżyły objawy uzależnienia od hazardu. Żadna z interwencji nie była bardziej skuteczna w zmniejszaniu wskaźników hazardu.

Tabela 5. Badania nad innymi aspektami procesu leczenia (mindfullness, wybór celów terapii, predyktory skuteczności, współwystępowanie PTSD, wiedza terapeutów i lekarzy, odraczanie decyzjo o leczeniu, hazard jako strategia radzenia sobie)

Lp.	Badacze	Rok badania	Wielkość próby	Tematyka badania
1.	De Lisle, S., M., Dowling, N., A., Allen, J., S.	2011	2	Studium 2 przypadków – stosowano podejście *mindfullness* oraz *mindfullness* połączone z CBT. Sugestia stosowania tego podejścia jako strategii zapobiegania nawrotom u osób, które wcześniej korzystały z CBT
2.	Dowling, N., Smith, D.	2007	85	Wybór celu terapii u kobiet hazardzistek. Badano właściwości osób wybierających 1 z 2 celów terapii poznawczo-behawioralnej. 1/3 wybrała kontrolowany hazard, pozostałe abstynencję
3.	Gomes, K., Pascual-Leone, A.	2009	60	Zbadano czynniki związane z poczuciem skuteczności w utrzymaniu abstynencji, gotowości i motywacji do zmiany. Depresyjny afekt i wsparcie emocjonalne wyjaśniają poczucie skuteczności w abstynencji, wsparcie emocjonalne wyjaśnia motywację do zmiany, depresyjny afekt, zaangażowanie w GA i świadomość emocji łącznie wyjaśniają gotowość do zmiany zachowań hazardowych
4.	Hodgins, D., C., Currie, S., s. el-Guebaly, N.	2007	169	Badani, którzy porzucili hazard i nie uczestniczyli w żadnej grupie wsparcia, otrzymywali podręcznik z informacjami o nawrotach lub podręcznik i dodatkowe materiały wysyłane w regularnych odstępach przez rok. Grupa, która dostawała dłużej materiały, w większym stopniu osiągała cele, ale nie różniła się od tej pierwszej we wskaźnikach hazardu
5.	Jackson, A., C., Dowling, N., Thomas, S., A., Holt, T., A.	2008	2263	Porównanie osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy z osobami powtórnie leczonymi. Ponownie leczący się hazardziści mieli niższe wskaźniki SES, więcej problemów rodzinnych, osiągali bardziej pozytywne rezultaty leczenia.
6.	Lee, B., K.	2012	2	Studium przypadku – małżeńska terapia hazardzisty. Podejście CCT (Congruence Couple Therapy). Odbyło się 12 sesji CCT, katamneza po 1 i 4 miesiącach, 2 latach. Efektem terapii było osiągnięcie i utrzymanie abstynencji, polepszenie relacji małżeńskiej
7.	Ledgerwood, D., M.,	2006	149	Sprawdzano związek między patologicznym hazardem i

	Petry, N.			objawami PTSD u hazardzistów poszukujących leczenia. 34% badanych miało duże nasilenie objawów PTSD. U osób z silnymi objawami PTSD pojawiały się poważniejsze problemy z hazardem i częstsze objawy psychiatryczne niż u osób z niskim nasileniem objawów PTSD
8.	McCusker, Ch., G., Gettings, B.	1997	15	Eksperymentalne badanie porównujące hazardzistów z ich partnerami i grupą kontrolną. Tyko u hazardzistów występowało automatyczne poznawcze zniekształcenie pojęć związanych z hazardem w procedurze Stroopa.
9.	Najavis, L., M.	2011	106	Badano preferencje różnych form leczenia wśród hazardzistów, osób z PTSD oraz hazardzistów z PTSD. Patologiczni hazardziści najwyżej oceniali leczenie samopomocowe, pacjenci z PTSD najwyżej oceniali psychoterapię, zwłaszcza indywidualną. Obie grupy – oceniały leczenie farmakologiczne gorzej niż wszystkie inne formy
10.	Philips, B.	2009	32	Próba porównania typów problemów psychologicznych i celów terapii u pacjentów hazardzistów leczonych różnymi podejściami terapeutycznymi. Wykorzystano ankietę dla terapeutów. Konkluzja – cele terapii i właściwości pacjentów leczonych odmiennymi formami terapii są różne i niemożliwe jest ich porównanie.
11.	Stinchfield, R., Winters, K., C.	2001	568	Ocena wyników leczenia patologicznych hazardzistów w 4 stanowych ambulatoryjnych programach w USA oferujących różne formy terapii. Blisko połowa próby uzyskała poprawę wskaźników hazardu. W katamnezie 10-20% badanych nadal uprawiało hazard. Uzyskane wyniki są podobne do efektów leczenia uzależnienia od alkoholu i innych substancji
12.	Taber, J., I., McCormick, R., A., Russo, A., M., Adkins, B., J., Ramirez, L., F.	1987	66	Badano efekty leczenia patologicznych hazardzistów w oddziale szpitalnym po 6 miesiącach od zakończeniu programu. 56% badanych zachowało abstynencję, stwierdzono poprawę wielu wskaźników hazardu.
13.	Tavares, H., Martins, S., S. Zilberman, M., L., el-Guebaly, N.	2002	84	Badano powody odraczania decyzji o podjęciu leczenia u hazardzistów. Spośród 4 czynników: brak zasobów własnych pozwalających na zaangażowanie w leczenie, brak gotowości do podjęcia leczenia, konieczność odrobienia strat finansowych, poczucie wstydu - najlepszymi predyktorami odraczania leczenia były 2 ostatnie z wymienionych. Liczba powodów odraczania była związana z liczbą lat uprawiania hazardu.
14.	Tolchard, B., Thomas, L., Battersby, M.	2007	320	Pilotażowe stadium, w którym badano zapotrzebowanie lekarzy ogólnych na wiedzę dotyczącą rozpoznawania i leczenia uzależnienia od hazardu. Z grupy 320 lekarzy, którzy dostali ofertę materiałów informacyjnym, początkowo tylko 9, potem 51 prosiło o nadesłanie materiałów. W artykule przedstawiono schemat postępowania wobec pacjenta z problemem hazardowym
15.	Walker, G.	1985	1	Studium przypadku – krótkoterminowa terapia strategiczna żony hazardzisty
16.	Wood, R., T., A.,	2007	50	Sprawdzano, czy hazard jest alternatywną metodą

	Griffiths, M., D.			radzenia sobie z problemami codziennego życia u problemowych hazardzistów. Przeprowadzono retrospektywne wywiady z hazardzistami nie leczącymi się w trakcie badania. Po analizie wywiadów - najczęściej hazard był ucieczką (stan osiągany poprzez modyfikację nastroju np. fantazjowanie). Inne ważne czynniki wywołujące potrzebę hazardu to: zapełnienie pustki oraz unikanie problemów i odpowiedzialności. Sugestie dla praktyki – konieczne jest uczenie umiejętności radzenia sobie ze stresem

IV. Zestawienie istniejących podsumowań i metaanaliz dotyczących skuteczności poszczególnych form psychoterapii

W tej części raportu przedstawiono omówienie najważniejszych opracowań, w których próbowano ocenić skuteczność różnych form leczenia uzależnienia od hazardu. Kliniczna praktyka powinna opierać się na naukowych dowodach prezentowanych w badaniach empirycznych. Dla rozwoju badań konieczne jest również omówienie zastrzeżeń metodologicznych i ryzyka błędu wynikających z już przeprowadzonych studiów. Kolejne prace zostały krótko zreferowane w porządku chronologicznym od 1997r. do 2012 r. Ten sposób porządkowania materiału pokazuje stopniową ewolucję poglądów i zaostrzanie kryteriów ewaluacji określonej formy leczenia hazardu.

Lopez Viets VC, Miller WR (1997) Treatment Approaches for Pathological Gamblers.

Oceniano wartość badawczą prac omawiających różne podejścia w leczeniu hazardzistów. W terapii psychodynamicznej nie ma kontrolowanych studiów badających skuteczność leczenia. Terapie poznawcze i behawioralne oceniano w 14 studiach przypadków, 5 badaniach grupowych i 4 kontrolowanych próbach z uzyskanymi dobrymi wynikami. Wielomodalne podejścia (łączące wiele technik)

opisano w niekontrolowanych próbach. Leczenie w grupach GA było często zalecane, ale pozostało niezbadane. Gdy stosowano wiele podejść w badaniu, niemożliwe było określenie, który z elementów programu jest efektywny. Nie zawsze stosowano pomiar w katamnezie, wiele opisywanych rezultatów opierało się na samoobserwacjach klientów, ignorowano również osoby, które wypadły z leczenia. W zaleceniach mówi się o: pomiarze w katamnezie dla wszystkich klientów rozpoczynających leczenie, powtórnym pomiarze co najmniej po roku, określeniu częstości i intensywności zachowań hazardowych, weryfikowaniu danych od klientów poprzez pozyskiwanie informacji od osób bliskich, trafnym pomiarze zachowań hazardowych (odpowiedź na pytanie - co jest takim zachowaniem?), podobnie – trafnym opisie abstynencji i nawrotu. Zwrócono również uwagę na małą proporcję kobiet (1/3) i młodzieży w analizowanych pracach.

Petry NM (2002) How Treatments for Pathological Gambling Can Be Informed by Treatments for Substance Use Disorders.

W leczeniu patologicznego hazardu opisuje się: a) najczęściej używaną interwencję – udział w spotkaniach Anonimowych Hazardzistów (GA), którą łączy się również z profesjonalnymi terapiami (indywidualnymi i grupowymi), b) terapię poznawczą i poznawczo-behawioralną (lepsze rezultaty są osiągane przy stosowaniu wyobrażonej desensytyzacji wobec terapii awersyjnej), c) terapię wzmacniającą motywację. Cytowane prace sugerują, że podobnie jak w zaburzeniach nadużywania substancji, u osób korzystających z psychoterapii porównywanych z osobami oczekującymi na leczenie (z grupy kontrolnej) dochodzi do redukcji problemowego zachowania. Autor uważa, że mało danych mówi o zróżnicowaniu efektu aktywnej terapii. Inaczej mówiąc – jakiekolwiek leczenie jest lepsze niż żadne leczenie, a

modalność (grupowa, indywidualna, nawet telefoniczna) czy typ terapii (poznawcza, poznawczo-behawioralna, motywacyjna) nie wpływają na rezultaty leczenia.

Petry NM (2002) Psychosocial Treatments for Pathological Gambling: Current Status and Future Directions.

Autor po omówieniu różnych form terapii stosowanych w leczeniu hazardu stwierdza, że nawet jeśli niewiele jest badań z losowo dobranymi klinicznymi próbami patologicznych hazardzistów, to uzyskane wyniki sugerują, że efektywna terapia tego schorzenia jest możliwa. Trudność w ocenie skuteczności terapii wynika również z faktu, że stosunkowo mała liczba klientów uzależnionych od hazardu korzysta z profesjonalnego leczenia (szacunkowe oceny mówią, że mniej niż 8%). Niektórzy z hazardzistów, jak pisze Petry, sami „dojrzewają" do porzucenia hazardu. Inne wyjaśnienie występowania braku zróżnicowanego efektu stosowania określonych form psychoterapii może być związany z działaniem hipotetycznego czynnika wspólnego (np. sojusz terapeutyczny lub wspierające słuchanie). Jeszcze inny problem to występowanie podwójnej diagnozy w patologicznym hazardzie. Ponad połowa uzależnionych od hazardu nadużywa substancji, a duża proporcja pacjentowi ma nasilone objawy depresji i niepokoju. W konkluzji Petry stwierdza, że prawdopodobnie nie istnieje standardowe leczenie dla patologicznych hazardzistów.

Tavares H, Zilberman ML, el-Guebaly N (2003) Are There Cognitive and Behavioural Approaches Specific to the Treatment of Pathological Gambling?

Dokonano przeglądu prac poznawczo-behawioralnych (bazy Medline i PsycINFO) w poszukiwaniu specyfiki leczenia hazardu. Nowe poznawczo-behawioralne podejścia w leczeniu patologicznego hazardu dostarczają 3 oryginalnych uzupełnień do modelu tradycyjnego wielomodalnego leczenia

uzależnień. Te uzupełniające techniki to: poznawcze restrukturowanie, ekspozycja *in vivo,* wyobrażona desensytyzacja. Inne poznawczo-behawioralne techniki (takie jak: zapobieganie nawrotom, trening społecznych umiejętności i rozwiązywanie problemów) są używane zarówno w leczeniu uzależnień jak i leczeniu hazardu. Przedstawiono wniosek - w leczeniu patologicznego hazardu klinicyści powinni wprowadzać techniki skierowane na poznawcze zniekształcenia związane z hazardem, jak również ekspozycję sygnału wywołującego pragnienie hazardu (na żywo lub wyobrażoną). Dołączenie tych nowych technik do wielomodalnego modelu leczenia uzależnień mogłoby zrównoważyć racjonalną i zewnętrzną orientację podejścia poznawczo-behawioralnego z interpersonalnym i introspektywnym składnikiem tradycyjnego leczenia uzależnień.

Toneatto T, Ladouceur R (2003) Treatment of Pathological Gambling: A Critical Review of the Literature.

Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (APA) rekomenduje tylko empirycznie walidowane leczenie /EVTs/. Leczenie jest uznawane za skuteczne, gdy w badaniach używa się kontrolowanych klinicznych prób z losowym doborem osób do warunku eksperymentalnego i jednej lub więcej porównawczych grup. Powinno wykazać się skutecznością co najmniej w dwóch studiach prowadzonych przez dwa niezależne zespoły. Leczenie należy tak opisać, aby możliwe było powtórzenie i kliniczne zastosowanie danej metody.

Warto zadawać trzy pytania: czy terapia jest efektywna? jak efektywna jest terapia? która terapia jest bardziej efektywna? Z baz Medline i PsycLIT wybrano tylko 11 prac z losowym doborem do grupy eksperymentalnej i przynajmniej jedną grupą

kontrolną. W podejściu CBT odnaleziono najwięcej empirycznych dowodów efektywności leczenia.

W ogólnym podsumowaniu autorzy piszą, że: a) próby są zbyt małe aby uniknąć błędu II rodzaju, b) pomiar częstości i ilości pieniędzy przeznaczanych na zakłady hazardowe jest nieodpowiedni, c) w badaniach łączono heterogeniczne grup hazardzistów, d) brakuje porównań pomiaru przed leczeniem z pomiarem po leczeniu i w katamnezie, e) brakuje standaryzowanych lub opracowanych programów leczenia, f) pojawia się niespójność w definiowaniu abstynencji oraz interpretacji nawrotu, g) zbyt mała uwaga zwracana jest na badanie zmiennych procesu lub mediatory zmiany zachowań.

Podano też zalecenia dla dalszych badań: a) poprawa wartości psychometrycznej narzędzi, b) włączenie pomiaru procesu zmiany, c) lepsze określenie wyników leczenia, d) bardziej precyzyjne definicje leczenia, e) odpowiednia wielkość próby, f) standaryzowanie metody leczenia poprzez podręczniki, które umożliwią powtórzenie programu przez innych badaczy i zredukują wariancję wynikającą z niespójnej lub nie uporządkowanej procedury leczenia, g) rozpoczęcie badań nad podtypami patologicznego hazardu (np. uzależnienie od maszyn grających lub pokera, wyścigów itp.).

Fong TW (2005) Types of Psychotherapy for Pathological Gamblers.

Autor stwierdza, że żadna z form psychoterapii nie jest bardziej efektywna w leczeniu hazardzistów. Jeśli chodzi o ruch Anonimowych Hazardzistów (GA), mała jest liczba danych empirycznych potwierdzających skuteczność tego podejścia. Podejście CBT wykorzystuje wiele technik w leczeniu patologicznych hazardzistów np. dydaktyczne, odgrywanie ról, zmianę zniekształconych przekonań, zwykle w

trakcie 8-15 sesji. Podejście jest korzystne dla osób z wysoką motywacją i wglądem, ale niekorzystne przy współistniejących zaburzeniach psychicznych. Terapia behawioralna - szczególnie popularna w latach 60,70 XX wieku - stosuje techniki awersyjne, wyobrażoną desensytyzację, ekspozycję *in vivo* z prewencją nawrotu. W terapii psychodynamicznej (lata 50. i 60. XX wieku) bardzo mało jest danych dokumentujących efektywność tego podejścia. Podobnie mało badań dotyczyło wykorzystania terapii rodzinnej w leczeniu uzależnienia od hazardu.

Pallesen S, Mitsem M, Kvale G, Johnsen B-H, Molde H (2005) Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis.

Przedstawiono metaanalizę 22 prac dotyczących leczenia psychoterapeutycznego odnalezionych w bazach danych: PsycINFO i Medline w latach 1966-2004. Z opracowania wykluczono prace opisujące analizy przypadków, leczenie, w którym eliminacja hazardu nie była celem i badania z niewystarczającymi informacjami statystycznymi. Zbadano wielkość efektu *d C*ohena, okazało się, że psychologiczne leczenie było bardziej efektywne niż brak leczenia (d=2,01), w pomiarze w katamnezie (średnio po 17 miesiącach) uzyskano podobną wielkość efektu d=1,59 [1]. Analizy regresji wykazała, że wielkość tego efektu po leczeniu była: a) mniejsza w badaniach włączających tylko pacjentów z formalną diagnozą patologicznego hazardu, b) większa w próbach randomizowanych porównywanych z próbami bez doboru losowego, c) dodatnio związana z liczbą sesji terapeutycznych. Zestawienie wielkości efektu w poszczególnych badaniach pokazuje, że był on największy (d>0,8), gdy stosowano następujące formy leczenia: CBT, samopomocowy podręcznik z interwencją motywacyjną, terapię awersyjną, terapię

[1] wg Cohena: wartość d= 0,2 oznacza mały efekt, d=0,5 – średni efekt, d=0,8 – duży efekt

eklektyczną wg 12 kroków GA, wyobrażeniową desensytyzację, wyobrażeniową relaksację. Sformułowano wniosek mówiący, że interwencje psychologiczne w leczeniu patologicznego hazardu przynoszą bardzo korzystne krótko- i długoterminowe rezultaty.

Petry NM (2005) Gamblers Anonymous and Cognitive-Behavioral Therapies for Pathological Gamblers.

Autor sprawdzał efektywność leczenia w grupach GA i pracujących z programem CBT. W ocenianych pracach profesjonalne leczenie miało miejsce w oddziałach szpitalnych i zwykle uczestniczyli w nich mężczyźni. Trafność zewnętrzna (uogólnienie na warunki ambulatoryjne, na grupy kobiet) jest niewielka. Dość często badane próby są niewielkie, nie stosuje się doboru losowego i nie przeprowadza się pomiaru w katamnezie. Dane z badań niewiele mówią o skuteczności GA w zmniejszaniu hazardu, raczej sugerują, że ci hazardziści, którzy wybierają GA i profesjonalne leczenie postępują lepiej niż ci, którzy korzystają tylko z profesjonalnego leczenia. Natomiast w grupach stosujących CBT terapia jest bardziej skuteczna w zmniejszaniu hazardu niż w grupach kontrolnych nie otrzymujących żadnego leczenia (np. lista oczekujących).

Walker M, Toneatto T, Potenza MN, Petry N, Ladouceur R, Hodgins DC, el-Guebaly N, Echeburua E, Blaszczynski A (2006) A framework for reporting outcomes in problem gambling treatment research: the Banff, Alberta Consensus.

Przedstawienie wniosków z panelu ekspertów, którzy opracowali plan opisu skutecznego leczenia problemowego hazardu. Przy określeniu efektywności interwencji należy uwzględnić trzy ważne elementy: a) redukcję częstości i/lub

intensywności zachowań hazardzisty, b) wynikiem pomyślnego zredukowania zachowań hazardzisty jest zmniejszenie problemów powodowanych przez hazard, c) redukcja zachowań hazardowych jest bezpośrednim wynikiem terapeutycznego sposobu działania

Proponowane minimum konieczne w opisie leczenia: *pomiar zachowań hazardowych* (wydatki na hazard w każdym miesiącu, częstość dni w miesiącu poświęcanych na hazard, czas spędzany na myśleniu i angażowaniu się w hazard), *pomiar problemów spowodowanych przez hazard* (w zdrowiu, relacjach społecznych – rodzinnych, małżeńskich, finansowych, prawnych, dodatkowo pomiar jakości życia), *pomiar procesów zmiany*. Ten ostatni pomiar umożliwiłby odpowiedź na pytanie: jaki mechanizm zmiany pojawia się np. w terapii poznawczej? Jeśli dojdzie do zmiany nieracjonalnych przekonań na realistyczne, to badacz powinien wykazać, że „nowe" przekonania po leczeniu są bardziej odpowiednie dla klienta niż przekonania przed leczeniem, że zmiana (przekonań) w grupie eksperymentalnej jest większa niż w grupie kontrolnej oraz że istnieje funkcjonalna zależność między zmianą nieracjonalnych przekonań a poprawą zachowań hazardowych.

Inne zalecenia proponowane przez ekspertów: opisywanie uczestników (choćby poprzez kryteria DSM); opis zmniejszania się próby (ogólna próba, liczba zgłaszających się, liczba rozpoczynających leczenie, liczba kończących leczenie i liczba tych osób w każdej kategorii, którzy uczestniczyli w badanich katamnestycznych); poprawianie trafności samoopisowych narzędzi poprzez pozyskiwanie danych od osób bliskich; określanie zasięgu czasowego pomiaru w katamnezie (po leczeniu, krótkoterminowy: 3-6 miesięcy, umiarkowany: 1 rok, długoterminowy: 2 lata lub więcej).

Bertrand K, Dufour M, Wright J, Lasnier B (2008) Adapted Couple Therapy (ACT) for Pathological Gamblers: A Promising Avenue.

Terapia małżeńska oparta na poznawczo-behawioralnych modelach połączonych z podejściem motywacyjnym (ACT – Adapted Couple Therapy), może stać się uzupełnieniem indywidualnego leczenia uzależnienia od hazardu.

Brewer JA, Grant JE, Potenza MN (2008) The Treatment of Pathologic Gambling.

Psychologiczne interwencje wobec patologicznych hazardzistów skutkują korzystnymi rezultatami, jeśli porównuje się je do braku leczenia. Jednak potrzebne byłoby określenie, które z podejść terapeutycznych lub ich kombinacje są optymalne do leczenia patologicznego hazardu.

Autorzy przedstawiają wnioski: poszczególne typy leczenia behawioralnego porównywane z nie podejmowaniem leczenia (pacjenci umieszczani na liście oczekujących) są korzystniejsze. Programy samopomocowe są pomocne dla tych, którzy uczestniczą np. w GA (39% uczestników rezygnuje z leczenia po 1,2 spotkaniach). Leczenie skierowane do określonych podpopulacji patologicznych hazardzistów prawdopodobnie wzmocni skuteczność specyficznych rodzajów terapii.

Leung KS, Cottler LB (2008) Treatment of pathological gambling.

Autorzy dokonali przeglądu literatury dotyczącej leczenia patologicznego hazardu w minionym roku. W badaniach głównie stosowano trzy terapeutyczne podejścia: terapię behawioralną, poznawczą i CBT. Inne metody /psychodynamiczna, multimodalna, krótkie interwencje i GA/ były również używane. Opisywano nowe metody – włączanie wideokonferencji w program leczenia, terapię małżeńską wykorzystującą koncepcję terapii rodzinnej Virginii Satir. Stwierdzono**, że** CBT nie

przynosi tak świetnych rezultatów w porównaniu do mniej kosztownych metoda, takich jak krótkie interwencje.

Suurvali H, Cordingley J, Hodgins DC, Cunningham J (2009) Barriers to Seeking Help for Gambling Problems: A review of the Empirical Literature.

Niewielka liczba osób z problemem hazardu poszukuje pomocy. W USA szacuje się, że jest to 7,1%-9,9%. Autorzy, korzystając z baz danych (od 1998 do 2008), odnaleźli 19 prac z 5 krajów opisujących powody nie poszukiwania pomocy przez hazardzistów. Były one podobne i najczęściej wymieniano: pragnienie zajęcia się samemu problemem hazardu, stygmat wstydu, brak akceptacji problemu i praktyczne bariery związane z uczestnictwem w leczeniu, nacisk ze strony innych osób na kontynuację hazardu, brak wsparcia zachęcającego do rozpoczęcia zmiany, brak chęci do ograniczenia lub porzucenia korzyści z hazardu. Inne powody to brak wiedzy o opcjach leczenia. Potrzebne są dalsze badania opisujące bariery doświadczane przez podgrupy określane np. przez kulturę, etniczność, płeć, wiek.

Raylu N, Oei TP (2010) A Cognitive Behavioural Therapy Programme for Problem Gambling.

Autorzy dokonali przeglądu danych (do 2009 roku) dotyczących efektywności różnych form terapii. Badania terapii psychodynamicznej obciążone są różnymi wadami metodologicznymi (błąd selekcji, brak akceptowanych wskaźników wyniku czy ograniczony w czasie pomiar katamnestyczny). Ten rodzaj leczenia być korzystny w dłuższym czasie ze względu na częste występowanie zaburzeń osobowości u patologicznych hazardzistów oraz wysoki odsetek seksualnej i fizycznej traumy doświadczanej w dzieciństwie. W leczeniu wielomodalnym ograniczenia badań związane są z faktem, iż terapia jest prowadzona w szpitalach i

dotyczy głównie mężczyzn. Duża liczba komponentów w programach wielomodalnych sprawia, że trudno jest określić efektywność specyficznego składnika terapii. Studia nad GA wskazywały, że duży odsetek klientów rezygnuje z terapii (70-90%). Jeśli GA jest dołączone do terapii, wyniki leczenia poprawiają się. Badania nad behawioralną terapią rozwijają się, ale można mieć do nich metodologiczne zastrzeżenia. Często były to małe próby, wprowadzały krótki czas pomiaru katamnestycznego, brakuje w nich porównań do innych form leczenia, kryteria korzystnego rezultatu lub celów terapii są słabo zoperacjonalizowane. Ponieważ leczenie behawioralne jest łączone z poznawczym, brakuje aktualnych badań oceniających tylko tą jedną formę terapii. Terapia poznawcza, podobnie jak behawioralna, obecnie nie jest wprowadzana jako oddzielna forma.

W podsumowaniu autorzy wskazują, że większość badaczy uznaje behawioralne, poznawcze, i szczególnie interwencje CBT za najszerzej badane i najbardziej efektywne w leczeniu problemowego hazardu. Słabe są dowody efektywności w leczeniu problemowego hazardu w: terapii psychodynamicznej, terapii wykorzystującej 12 kroków, samo-wykluczeniu i terapii awersyjnej. Terapia behawioralna, poznawcza i CBT mają przewagę nad pozostałymi formami leczenia ponieważ: 1) CBT jest bardzo ustrukturowana, może być prowadzona na kilka sposobów (twarzą w twarz, przez komputer, Internet, podręczniki), 2) jest krótkoterminowa (w porównaniu do innych terapii); 3) jest mniej kosztowna; 4) koncentruje się na budowaniu nowych umiejętności i wzmacnianiu brakujących zdolności, 5) w przeciwieństwie do leków (działają dotąd, dopóki są przyjmowane) – CBT ma długotrwale efekty, a wyuczone praktyczne zdolności mogą być stosowane przez klientów przez resztę ich życia.

Anderson C, Cowlishaw S, Dowling N, Jackson A, Lorains F, Merkouris S, Misso ML, Rademacher H, Thomas S (2011) Psychological interventions for the treatment of pathological and problem gambling (Protocol).

Autorzy do przeglądu wybrali prace empiryczne, w których: a) badano losowo dobrane, kontrolowane próby z osobami zdiagnozowanymi jako patologiczni lub problemowi hazardziści (wg DSM-IV i narzędzi oceniających zaburzenie), b) porównywano formy terapeutycznego leczenia z innymi oddziaływaniami, lub grupą placebo lub brakiem interwencji/skierowanie do grupy oczekujących na leczenie). Autorzy uważają, że można wydzielić następujące kategorie podejść stosowanych w terapii patologicznego hazardu:

→ techniki poznawczo-behawioralne kierowane do jednostek

→ techniki poznawczo-behawioralne kierowane do grup

→ leczenie wzmacniające motywację

→ inne psychologiczne podejścia do leczenia

Pomiar efektów leczenia przeprowadzano oceniając głównie: zmniejszenie zachowań hazardowych /np. czasu, pieniędzy wydawanych na hazard/, redukcję zaawansowania objawów hazardu /pomiar narzędziami kwestionariuszowymi/ oraz rzadziej - zmniejszenie wtórnych objawów takich jak: depresja czy niepokój /mierzone narzędziami kwestionariuszowymi/, redukcję występowania klinicznej diagnozy patologicznego hazardu.

Stea JN, Hodgins DC (2011) A Critical Review of Treatment Approaches for Gambling Disorders.

W przeglądzie badań pochodzących z bazy PsycINFO i Medline (od 1806 do 2010) uwzględniono 7 podejść terapeutycznych w leczeniu hazardu: 1)

psychoanalityczne i psychodynamiczne, 2) GA, 3) behawioralne, 4) poznawcze i poznawczo-behawioralne, 5) krótkotrwałe, motywacyjne, 6) farmakologiczne, 7) terapię rodzinna.

Zastosowano klasyfikację do trzech kategorii. W I kategorii umieszczono podejścia badane co najmniej przez 2 prace opisujące ten sam typ leczenia (w próbach RCTs – losowo dobrane kontrolowane próby), w których wykazano poprawę w stosunku podgrupy kontrolnej (z leczeniem placebo, oczekujących na leczenie) lub obszerną serię eksperymentów. W II kategorii - przynajmniej 1 próba RCTs, w której stosowano grupę kontrolną (listę oczekujących) lub małą serię eksperymentów. W III kategorii - prace z niską liczbą dowodów, również studia przypadków i próby niekontrolowane.

Psychodynamiczna i psychoanalityczne podejście: miały małą liczbę opisanych przypadków, konkluzje dotyczące efektywności - niejasne, brakowało porównań – zostały zaklasyfikowane do III kategorii.

GA: pomimo dużej popularności GA, niewiele jest prac badających efektywność tego leczenia. Korelacyjne dane pokazują, że osoby uczęszczające na spotkania GA mają lepsze wyniki niż osoby nie korzystające z GA, nawet jeśli równocześnie podejmują profesjonalne leczenie. Ze względu na brak losowego doboru do badań, podejście zaklasyfikowane do III kategorii. Badanie grup GA jest trudne, ponieważ w GA posługuje się ideą *„najlepszą rekomendacją dla programu jest fakt, że działa”,* poza tym udział badaczy w spotkaniach stoi w sprzeczności z zasadami anonimowości ruchu.

Leczenie behawioralne: ogólnie – dane z badań pokazują, że leczenie behawioralne i behawioralne techniki zapobiegania nawrotom są efektywne w

zmniejszaniu: potrzeby hazardu, czasu i pieniędzy wydawanych na hazard, uzyskiwaniu abstynencji. W świetle przyjętych kryteriów: terapia awersyjna, wyobrażona desensytyzacja, wyobrażona relaksacja mogą być przypisane do I kategorii, natomiast ekspozycja *in vivo* – do II kategorii. Obecnie wiele terapii behawioralnych jest uzupełnianych technikami poznawczymi.

Leczenie poznawcze i poznawczo-behawioralne: w latach 80. rozpoczęto włączanie technik poznawczych do leczenia behawioralnego. Najczęściej interwencje CBT koncentrują się na identyfikowaniu poznawczych zniekształceń dotyczących hazardu, wzmacnianiu nie-hazardowych zachowań i zapobieganiu nawrotowi. Poznawcze strategie to: modyfikacja przekonań podstawowych, strategie pomagające w radzeniu sobie z popędem do hazardem, poznawcze restrukturowanie. Behawioralne strategie to: zmniejszanie unikania, ekspozycja na prowokujące niepokój sytuacje, behawioralne eksperymenty zmieniające zniekształcone myśli, rozwijanie różnych zdolności (asertywność, rozwiązywanie problemów i relaksacja). CBT jest najczęściej opisywanym leczeniem. Aktualna metaanaliza 25 prac stosujących CBT potwierdza pozytywne efekty w pomiarze po leczeniu różnymi typami CBT. Próby z CBT prowadzone są w różnych częściach świata, w różnych językach, przez różne zespoły badawcze. Wyniki wskazują, że zarówno indywidualna, jak i grupowa CBT wydaje się być skuteczna w redukcji zachowań hazardowych. Indywidualne interwencje być może przewyższają skutecznością interwencje grupowe, choć ten wynik wymaga potwierdzeń. Wg kryteriów APA – leczenie CBT należy do kategorii I. Brakuje dostatecznych dowodów potwierdzających, który z komponentów (poznawczy czy behawioralny) jest bardziej efektywny w leczeniu hazardzistów.

Krótkie, motywacyjne interwencje (MI) są rozwijane ze względu na to, że hazardzistów charakteryzuje niechęć do podejmowania profesjonalnego leczenia, łatwiej można ich skłonić do udziału w minimalnej interwencji. Często jest to jedna sesja, z minimalnym zaangażowaniem terapeuty. W MI zakłada się, że zmiana zachowania pojawia się poprzez identyfikowalne stadia i że klienci prezentują różne poziomy gotowości do zmiany, trzeba je określić, zając się ambiwalencją hazardzistów i wywołać zmianę. Terapeuta staje się facylitatorem zmiany dla klienta. Kilkanaście prac potwierdzało skuteczność tego podejścia. Być może pewne właściwości klienta (np. niewielki wymiar zaburzenia lub brak współwystępującej patologii) przyczyniają się do powodzenia tej formy interwencji. Na całym świecie w badaniach podawane są podobne listy powodów nie podejmowania leczenia: pragnienie zajęcia się problemem hazardu we własny sposób, wstyd i zaprzeczanie zaburzeniu . Dodatkowo - dane pokazują, że 1/3 osób sama zaprzestaje uprawiać hazard (bez podjęcia formalnego leczenia). Wobec tego opisywane interwencje tym bardziej mogą służyć promowaniu procesu samo-zdrowienia. Według przyjętych kryteriów APA leczenie przy z użyciem samopomocowych podręczników (Hodgins i wsp, 2001, 2007, 2009) uzupełnione motywacyjnym wsparciem można zaklasyfikować do I kategorii.

Terapia rodzinna: stosowane są podejście CRAFT lub CST (dla partnerów hazardzisty) lub CCT (adaptacja systemowego podejścia V. Satir). Ogólnie ten sposób leczenia jest w bardzo wczesnej fazie rozwoju i badań. Wymieniane programy terapii mogłyby być zaklasyfikowane odpowiedniej kategorii po uprzednim uzyskaniu większej liczby empirycznych dowodów.

Cowlishaw S, Merkouris S, Dowling N, Anderson C, Jackson A, Thomas S (2012) Psychological therapies for pathological and problem gambling.

Z baz danych CENTRAL, EMBASE, MEDLINE, PsycINFO zaczerpnięto 14 artykułów z lat 1980 -2011 analizujących leczenie patologicznego i problemowego hazardu, opisujących podejście CBT, interwencje motywacyjne, terapię integracyjną i inne rodzaje psychologicznej terapii. Zastosowano ścisłe kryteria selekcji materiału: losowy dobór do klinicznych prób, ocena zastosowanej terapii wobec problemowych lub patologicznych hazardzistów. W badaniach używano grup kontrolnych, wskaźników nasilenia hazardu, diagnozy zaburzeń związanych z hazardem i objawów psychiatrycznych, dokonywano porównań między grupą terapeutyczną i kontrolną, między pomiarem przed leczeniem a pomiarem po leczeniu i pomiarem katamnestycznym (9-12 miesięcy). W wyniku przeprowadzonych metaanaliz stwierdzono, że w 11 pracach porównujących terapię CBT z grupą kontrolną, uzyskano korzystny efekt leczenia w zakresie od umiarkowanego do bardzo dużego. Tylko w jednym przypadku pojawił się mały efekt oddziaływań. Cztery prace o interwencji motywacyjnej dotyczyły klientów z mniej poważnymi problemami hazardowymi, uzyskiwano efekt zmniejszenia się częstości hazardu w katamnezie. W dwóch pracach o terapii integracyjnej nie wykryto efektu terapii w pomiarze 3 miesięcy po jej zakończeniu, przy dłuższym katamnezie pojawił się umiarkowany efekt polegający na zmniejszeniu ciężaru objawów hazardowych. Tylko jedna praca analizowała inną psychologiczną terapię (wg programu 12 kroków), w której zaszły korzystne zmiany w wyniku leczenia.

Autorzy opracowania potwierdzają skuteczność CBT w redukcji zachowań hazardowych i innych objawów patologicznego i problemowego hazardu

bezpośrednio po zakończeniu leczenia. Jednak trwałość tych zmian jest jeszcze nieznana.

Wstępne rezultaty interwencji motywacyjnych są obiecujące, obejmują zmniejszenie zachowań hazardowych, ale nie zawsze dotyczą innych objawów patologicznego i problemowego hazardu. Ten rodzaj terapii wymaga dalszego badania.

Zbyt mało dowodów pojawia się w odniesieniu do terapii integracyjnej lub innych podejść, choć prawdopodobnie mogą one przynosić korzystne wyniki.

Zastrzeżenia:

- prawdopodobne jest zróżnicowanie efektów związanych z typem zastosowanej CBT i modalności terapii (indywidualna lub grupowa), brakuje potwierdzeń skuteczności danego typu terapii dokonanego przez dwa zespoły badawcze.

- wyniki badań interwencji motywacyjnej nie mogą być generalizowane na klientów z ciężkimi formami zaburzenia. Nie też jasne, jaka „porcja" interwencji (1 godzina czy 12 godzin kontaktu z terapeutą) jest skuteczna, choć wiadomo już, że dłuższa terapia może przynieść większą zmianę w patologicznym hazardzie.

- w analizowanych pracach można zauważyć duże zróżnicowanie dotyczące: intensywności leczenie od 1 do 20 sesji, podejścia w ocenie problemów hazardu czy diagnozy klientów, rodzaju ośrodków ambulatoryjnych oferujących leczenie, stopnia wyszkolenia terapeutów

- badania przeprowadzono w USA, Kanadzie, Australii, Europie, ale nie jest jasne, czy mogą generalizowane na inne części świata

- dokonany przegląd wykorzystywał opublikowane prace, a więc konkluzje autorów mogą być niepełne, ponieważ nie uwzględniają innych badań z odmiennymi wynikami.

Ustalenia a tego raportu zasadniczo potwierdzają wnioski z wcześniejszych opracowań (Toneatto, 2003; Pallesen, 2005).

Fink A, Parhami I, Rosenthal RJ, Campos MD, Siani A, Fong TW (2012) How transparent is behavioral intervention research on pathological gambling and other gambling- related disorders? A systematic literature review.

Autorzy w bazach danych: PubMed, PsychInfo i Web of Science odnaleźli eksperymentalne prace z lat 2000-2011, w których za pomocą interwencji behawioralnych redukowano zachowania hazardowe. Interwencje behawioralne wykorzystywały: CBT, krótkie motywacyjne oddziaływania, samopomocowe podręczniki. Do analizy 26 prac wykorzystano kwestionariusz (z 59 pytaniami) Adapted Trend Questionnaire /ATQ/. W przeciętnym raporcie z badań uzyskano odpowiedzi na 65% pytań ATQ, każde z pytań uzyskało pozytywną odpowiedź w średnio 64% raportów. 54% pytań ATQ uzyskało pozytywną odpowiedź w 75% i więcej raportów. Wnioski – należy dokonywać porównań badanych, którzy wypadli w katamnzie z tymi, którzy pozostali w grupie eksperymentalnej i kontrolnej, porównywać uczestników badań z ogólną populacją, opisywać metody używane do zmniejszenia błędu związanego z nie losowym przydzielaniem do grup, opisywać niekorzystne zdarzenia lub nieoczekiwane efekty badania.

V. Wnioski i konkluzje obejmujące rekomendacje stosowania psychoterapii w leczeniu uzależnienia od hazardu.

Analiza przyczynowego procesu doprowadzającego do zmniejszenia uzależnienia od hazardu jest w fazie początkowej. Brak zróżnicowanego efektu stosowania określonych form psychoterapii może być związany z działaniem hipotetycznego czynnika wspólnego (np. sojusz terapeutyczny lub wspierające słuchanie). Na badania czekają niespecyficzne czynniki relacji terapeutycznej - na ile sojusz terapeutyczny, rodzaj komunikacji z terapeutą są niezbędnym składnikiem leczenia hazardzistów, a jeśli tak, to np. jaki wymiar kontaktu telefonicznego w interwencji motywacyjnej MI jest wystarczający dla osiągnięcia zaplanowanych celów terapii? Zwłaszcza, że w interwencjach motywacyjnych brakuje przekonywujących dowodów świadczących o tym, że dodatkowe elementy terapii poprawiają skuteczność interwencji.

Dla badaczy zajmujących się CBT przykładowym problemem może być cyrkularność pojawiająca się przy często stosowanej modyfikacji zniekształceń poznawczych. Hazardziści używają różnych zniekształceń w jednej sytuacji lub tego samego zniekształcenia w różnych sytuacjach. Trudne staje się wtedy stworzenie miary pokazującej zmianę zachodzącą w trakcie leczenia.

Kolejna kwestia – czy płeć jest moderatorem uzyskanych w badaniach zależności? Przedstawione dane mówią o większym nasileniu współwystępujących objawów psychopatologicznych i mniejszej skuteczności oddziaływań w programach leczenia u kobiet hazardzistek. Może stosowane podejścia powinny uwzględniać zmienną płci w ocenie efektywności terapii?

Celem terapii może być abstynencja lub kontrolowany hazard – w przypadku tego drugiego rozwiązania ważne jest rozstrzygnięcie: jaki jest zakres dopuszczalnych zachowań hazardowych u osoby kończącej leczenie. Jest to również ważne, ponieważ niektórzy z hazardzistów (por. Petry, 2002) sami „dojrzewają" do porzucenia hazardu, nie podejmują profesjonalnego leczenia i skłonni są korzystać z krótkich interwencyjnych oddziaływań.

Innym problemem jest występowanie podwójnej diagnozy u patologicznych hazardzistów. Ponad połowa uzależnionych od hazardu nadużywa substancji, a duża proporcja pacjentów ma nasilone objawy depresji i niepokoju.

Warto przypomnieć wskazówki dla badaczy zajmujących się oceną skuteczności psychologicznego leczenia przedstawione już w 1997 r. (por. Lopez i Miller, 1997). Należy zaplanować pomiar katamnestyczny dla wszystkich klientów rozpoczynających leczenie, powtórny pomiar przeprowadzić co najmniej po roku, określić częstość i intensywność zachowań hazardowych, weryfikować dane od klientów poprzez pozyskiwanie informacji od osób bliskich, trafnie mierzyć zachowania hazardowe (czyli znaleźć odpowiedź na pytanie - co jest takim zachowaniem?), podobnie – trafnie opisać abstynencję i nawrót objawów.

Toneatto i Ladouceur (2003) pisali, że poznawcze i behawioralne terapie są lepsze niż brak leczenia, ale nie jest możliwe określenie, który specyficzny typ CBT jest najbardziej efektywny, oraz czy jest bardziej efektywny niż inne podejścia.

Najnowsze wnioski z przeglądu badań z 2012 r. sugerują, że obecnie terapia poznawczo-behawioralna CBT jest uznawane za najlepszą praktykę. Dostępne dowody sugerują potencjalne korzyści innych alternatywnych form terapii (interwencje motywacyjne, terapia integracyjna, grupy wykorzystujące program 12

kroków), ale konieczne są dalsze badania przed zaleceniem tych metod (Cowlishaw i wsp. 2012).

Piśmiennictwo

1. Anderson C, Cowlishaw S, Dowling N, Jackson A, Lorains F, Merkouris S, Misso ML, Rademacher H, Thomas S (2011) Psychological interventions for the treatment of pathological and problem gambling (Protocol). Cochrane Database of systematic reviews 2011, Issue 1. Art. No.: CD008937. DOI: 10.1002/14651858.CD008937

2. Bertrand K, Dufour M, Wright J, Lasnier B (2008) Adapted couple therapy (ACT) for pathological gamblers: A promising avenue. Journal of Gambling Studies, 24: 393-409

3. Blaszczynski A, McConaghy N, Frankova A (1991) A comparison of relapsed and non-relapsed abstinent pathological gamblers following behavioral treatment. British Journal of Addiction, 86: 1485-1489

4. Blaszczynski A, McConaghy N, Frankova A (1991) Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: a two to nine year follow-up. British Journal of Addiction, 86: 299-306

5. Brewer JA, Grant JE, Potenza MN (2008) The treatment of pathologic gambling. Addictive Disorders & Their Treatment, 7: 1-13

6. Brunborg GS, Johnsen BH, Pallesen S, Molde H, Mentzoni RA, Myrseth M (2010). The relationship between aversive conditioning and risk-avoidance in gambling. Journal of Gambling Studies, 26: 545-559

7. Champine RB, Petry NM (2010) Pathological gamblers respond equally well to cognitive-behavioral therapy regardless of other Mental Health Treatment Status. The American Journal on Addiction 19: 550-556

8. Carlbring P, Jonsson J, Josephson H, Forsberg L (2010) Motivational interviewing versus cognitive behavioral group therapy in the treatment of problem and pathological gambling: A randomized controlled trial. Cognitive Behaviour Therapy, 39: 92-103

9. Cowlishaw S, Merkouris S, Dowling N, Anderson C, Jackson A, Thomas S. Psychological therapies for pathological and problem gambling. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue11. Art. No.: CD008937, DOI: 10.1002/14651858.CD008937.pub2

10. Cunningham JA, Hodgins DC, Toneatto T, Murphy M (2012) A randomized controlled trial of a personalized feedback intervention for problem gamblers. PLoS One, 7(2): e31586.doi:10.1371/journal.pone.0031586

11. Danek A (2011) Patologiczny hazard: spirala w dół i droga do eolności. Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia, 1: 29-31

12. De Lisle SM, Dowling NA, Allen JS (2011) Mindfulness and problem gambling: A review of the literature. Journal of Gambling Studies, DOI 10.1007/s10899-011-9284-7

13. Diskin KM, Hodgins DC (2009) A randomized controlled trial of a single session motivational intervention for concerned gamblers. Behaviour Research and Therapy, 47: 382-388

14. Dowling N (2009) Client characteristics associated with treatment attrition and outcome in female pathological gambling. Addiction Research and Theory, 17: 205-219

15. Dowling N, Smith D (2007) Treatment goal selection for female pathological gambling: a comparison of abstinence and controlled gambling. Journal of Gambling Studies, 23: 335-345

16. 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: 201-214

17. Echeburua E, Fernandez-Montalvo J, Baez C (2000) Relapse prevention in the treatment of slot-machine pathological gambling: long-term outcome. Behavior Therapy, 31: 351-364

18. Erbas B, Buchner UG (2012) Pathological gambling – revalence, diagnosis, comorbidity, and intervention in Germany. Deutsches Ärzteblatt International, 109: 173-179

19. Fink A, Parhami I, Rosenthal RJ, Campos MD, Siani A, Fong TW (2012) How transparent is behavioral intervention research on pathological gambling and other gambling - related disorders? A systematic literature review. Addiction, doi:10.1111/j.1360-0443.2012.03911.x

20. Fong TW (2005) Types of psychotherapy for pathological gamblers. Psychiatry, May

21. Gomes K, Pascual-Leone A (2009) Primed for change: facilitating factors in problem gambling treatment. Journal of Gambling Studies, 25: 1-17

22. Gomez-Pena M, Penelo E, Granero R, Fernandez-Aranda F, Alvarez-Moya E, Santamaria JJ, Moragas L, Aymami MN, Gunnard K, Menchon JM, Jimenez-Murcia S (2012) Correlates of motivation to change in pathological gamblers completing cognitive-behavioral group therapy. Journal of Clinical Psychology, 68: 732-744

23. Goorney AB (1968) Treatment of a compulsive horse race gambler by aversion therapy. British Journal of Psychiatry, 114: 329-333

24. Gonzalez-Ibanez A, Rosel P (2005) Evaluation and treatment of pathological gambling. Journal of Gambling Studies, 21: 35-42

25. Hodgins DC, Currie SR, el-Guebaly N, Diskin KM (2007) Does providing extended relapse prevention bibliotherapy to problem gamblers improve outcome? Journal of Gambling Studies, 23: 41-54

26. Hodgins DC, Toneatto T, Makarczuk K, Skinner W, Vincent S (2007) Minimal treatment approaches for concerned significant others of problem gamblers: a randomized controlled trial. Journal of Gambling Studies, 23: 215-230

27. Hodgins D, Currie S, Currie G, Fick G (2009) Randomized trial of brief motivational treatments for pathological gamblers: more is not necessarily better. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77: 950-960

28. Hodgins DC, Currie SS, el-Guebaly N (2001) Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69: 50-57

29. Jackson AC, Dowling N, Thomas SA, Holt TA (2008) Treatment careers in problem gambling: factors associated with first treatment and treatment re-entry. Addiction Research and Theory, 16: 618-632

30. Korn DA, Shaffer HJ (2004) Practice Guiseliness for Treating Gambling-Related Problems. An Evidence-Based Treatment Guide for Clinicians. Massachussetts Department of Public Health's

31. LaBrie RA, Peller AJ, LaPlante DA, Bernhard B, Harper A, Schrier T, Shaffer HJ (2012) A brief self-help toolkit intervention for gambling problems: a randomized multisite trial. American Journal of Orthopsychiatry, 82: 278-289

32. Ladoucer R, Jacques Ch, Giroux I, Ferland F, Leblond J (2000) Analysis of a casino's self-exclusion program. Journal of Gambling Studies, 16: 453-460

33. Larimer ME, Neighbors C, Lostutter TW, Whiteside U, Cronce JM, Kaysen D, Walker DD (2011) Brief motivational feedback and cognitive behavioral interventions for prevention of disordered gambling: a randomized clinical trial. Addiction, 107: 1148-1158

34. Lee BK (2012) Towards a relational framework for pathological gambling (Part II0: Congruence. Journal of Family Therapy. doi:10.1111/j.1467-6427.2012.00591.x

35. Ledgerwood DM, Petry N (2006) Posttraumatic stress disorder symptoms in treatment-seeking pathological gamblers. Journal of Traumatic Stress, 19: 3 411-3416

36. Leung KS, Cottler LB (2008) Treatment of pathological gambling. Current Opinion in Psychiatry, 22: 69-74

37. Lopez Viets, VC, Miller WR (1997) Treatment approaches for pathological gamblers. Clinical Psychology Review, 17: 689-702

38. Lucke S, Wallace MW (2006) Assessment and management of pathological and problem gambling among older adults. Geriatric Nursing, 27: 51-57

39. Marceaux JC, Melville CL (2011) Twelve-step facilitated versus mapping-enhanced cognitive-behavioral therapy for pathological gambling: a controlled study. Journal of Gambling Studies, 27: 171-190

40. Massachussetts Department of Public Health's (2004)Practice Guiseliness for Treating Gambling-Related Problems. An Evidence-Based Treatment Guide for Clinicians. Massacussets Council on Compulsive Gambling.

41. McComb JL, Lee BK, Sprenkle DH (2009) Conceptualizing and treating problem gambling as a family issue. Journal of Marital and Family Therapy, 35: 415-431

42. McConaghy N, Armstrong MC, Blaszczynski A, Allcock C (1983) Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. British Journal of Psychiatry, 142: 366-372

43. McCusker ChG, Gettings B (1997) Automaticity of cognitive biases in addictive behaviours: Further evidence with gamblers. British Journal of Clinical Psychology, 36: 543-554

44. Milton S, Crino R, Hun C, Prosser E (2002) The effect of compliance-improving interventions on the cognitive-behavioural treatment of pathological gambling. Journal of Gambling Studies, 18: 207-229

45. Jimenez-Murcia S, Ayami N, Gomez-Pena M, Santamaria JJ, Alvarez-Moya E, Fernandez-Aranda F, Granero R, Penelo E, Bueno B, Morgas L, Gunnard K, Menchon J (2012) Does exposure and response prevention improve the

results of group cognitive-behavioral therapy for Male slot machine pathological gamblers? British Journal of Clinical Psychology, 51: 54-71

46. Najavis LM (2011) Treatments for PTSD and pathological gambling: what do patients want? Journal of Gambling Studies, 27: 229-241

47. Napolitano F (2003) The self-exclusion program: Legal and clinical considerations. Journal of Gambling Studies, 19: 303-315

48. Oei TPS, Gordon LM (2008) Psychosocial factors related to gambling abstinence and relapse in members of Gambler Anonymous. Journal of Gambling Studies, 24: 91-105

49. Okuda M, Balan I, Petry NM, Oquendo M, Blanco, C (2009).Cognitive behavioral therapy for pathological gambling: cultural considerations. American Journal of Psychiatry, 166: 1325-1330

50. Pallesen S, Mitsem M, Kvale G, Johnsen BH, Molde H (2005) Outcome of psychological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis. Addiction, 100: 1412-1422

51. Petry NM (2002) How treatments for pathological gambling can be informed by treatments for substance Use Disorders. Experimental and Clinical Psychopharmacology, 10: 184-192

52. Petry NM (2002) Psychosocial treatments for pathological gambling: current status and future directions. Psychiatric Annals, 32: 192-196

53. Petry NM, Weinstock J, Morasco BJ, Ledgerwood DM (2009) Brief motivational interventions for college student problem gamblers. Addiction, 104: 1569-1578

54. Petry NM, Litt M, Kadden R, Ledgerwood DM (2007) Do coping skills mediate relationship between cognitive-behavioral therapy and reductions in gambling in pathological gamblers? Addiction, 102: 1280-1291

55. Petry NM, (2003) Patterns and correlates of Gamblers Anonymous attendance in pathological gamblers seeking professional treatment. Addictive Behaviors, 28: 1049-1062

56. Petry NM (2005) Gamblers Anonymous and cognitive-behavioral therapies for pathological gamblers. Journal of Gambling Studies, 21: 27-33

57. Petry NM, Alessi SM (2010) Prize-based contingency management is efficacious in cocaine abusers with and without recent gambling participation. Journal of Substance Abuse Treatment, 39: 282-288

58. Petry NM, Weinstock J, Ledgerwood D, Morasco B (2008) A randomized trial of brief interventions for problem and pathological gamblers. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76: 318-328

59. Petry NM, Ammerman Y, Bohl J, Doersch A, Gay H, Kadden R, Molina Ch, Steinberg K (2006) Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. Journal of Consulting Clinical Psychology, 74: 555-567

60. Petry NM, Weiss L (2009) Social support is associated with gambling treatment outcomes in pathological gamblers. The American Journal on Addictions, 18: 402-408

61. Philips B (2009) Comparing apple and orange: How do patient characteristics and treatment goals vary between different forms of psychotherapy? Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 82: 323-336

62. Raylu N, Oei TP (2010) A Cognitive Behavioural Therapy Programme for Problem Gambling. Therapist Manual. London and New York: Routledge

63. Riley B, Smith D, Oakes J (2011) Exposure therapy for problem gambling in rural communities: a program model and early outcomes. Australian Journal of Rural Health, 19: 142-146

64. Robson E, Edwards J (2002) Gambling decisions: an early intervention program for problem gamblers. Journal of Gambling Studies, 18: 235-255

65. Seager CP (1970) Treatment of compulsive gamblers by electrical aversion. British Journal of Psychiatry, 117: 545-553

66. Sharpe L, Tarrier N (1993) Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling. British Journal of Psychiatry, 162: 407-412

67. Stea JN, Hodgins DC (2011) A critical review of treatment approaches for gambling disorders. Current Drug Abuse Review, 4: 67-80

68. Stewart RM, Brown RIF (1988) An outcome study of Gamblers Anonymous. British Journal of Psychiatry, 152, 284-288

69. Stinchfield R, Winter KC (2001) Outcome of Minnesota's gambling treatment programs. Journal of Gambling Studies, 17: 217-245

70. Suurvali H, Cordingley J, Hodgins DC, Cunningham J (2009) Barriers to seeking help for gambling problems: Review of the empirical literature. Journal of Gambling Studies, 25: 407-424

71. Sylvain C, Ladouceur R, Boisvert JM (1997) Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65: 727-732

72. Tabe JI, McCormick RA, Russo AM, Adkins BJ, Ramirez LF (1987) Follow-up of pathological gamblers after treatment. American Journal of Psychiatry, 144: 757-761

73. Tavares H, Martins SS, Zilberman ML, el-Guebaly N (2002) Gamblers seeking treatment: why haven't they come earlier? Addictive Disorders & Their Treatment, 1: 65-69

74. Tavares H, Zilberman ML, el-Guebaly N (2003) Are there cognitive and behavioural approaches specific to the treatment of pathological gambling? The Canadian Journal of Psychiatry, 48: 22-27

75. Tolchard B, Thomas L, Battersby M (2007) GPs and problem gambling: can they help with identification and early intervention? Journal of Gambling Studies, 23: 499-506

76. Tolchard B, Battersby M (2000) Nurse behavioural psychotherapy and pathological gambling: an Australian perspective. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 7: 335-342

77. Toneatto T (2008) A cognitive-behavioral analysis of Gamblers Anonymous. Journal of Gambling, 21: 68-80

78. Toneatto T, Dragonetti R (2008) Effectiveness of community-based treatment for problem gambling: a quasi-experimental evaluation of cognitive-behavioral vs. Twelve-Step therapy. The American Journal on Addictions, 17: 298-303

79. Toneatto T, Ladouceur R (2003) Treatment of pathological gambling: A critical review of the literature. Psychology of Addictive Behaviors, 17: 284-292

80. Toneatto T, Wang JJ (2009) Community treatment for problem gambling: sex differences in outcome and process. Community Mental Health Journal, 45: 468-475

81. Walker G (1985) The brief therapy of a compulsive gambler. Journal of Family Therapy, 7: 1-8

82. Walker M, Toneatto T, Potenza MN, Petry N, Ladouceur R, Hodgins DC, el-Guebaly N, Echeburua E, Blaszczynski A (2006) A framework for reporting outcomes in problem gambling treatment research: The Banff, Alberta Consensus. Addiction, 101: 504-511

83. Wedgeworth R (1998) The reification of the „Pathological" Gambler: an analysis of gambling treatment and the application of the medical model to problem gambling. Perspectives in Psychiatric Care, 34: 5-10

84. Wojewódzka B (2012) Problemy w terapii patologicznego hazardzisty. Świat Problemów, 7

85. Wood RTA, Griffiths MD (2007) A qualitative investigation of problem gambling as an escape-based coping strategy. Psychology and Psychotherapy Theory, Research and Practice, 80: 107-125

Farmakoterapia

Wstęp

W związku z brakiem powszechnie akceptowanych metod leczenia PG, zarówno psycho- jak i farmakoterapeutycznego, próby farmakoterapii nawiązują do różnych koncepcji etiopatogenetycznych.

Podstawę oddziaływań korekcyjnych wobec osób patologicznie hazardujących się stanowią równego rodzaju oddziaływania psychospołeczne. Jednak postępy neurobiologii pozwalają na coraz lepsze uzupełnianie obrazu patologicznego hazardowania się o biologiczne uwarunkowania skłonności oraz zachowań. Postępy psychofarmakologii uzależnień oraz innych zaburzeń o naturze zbliżonej do PG stały się podstawą do wprowadzenia prób farmakologicznego leczenia tego zaburzenia.

Patologiczne hazardowanie się jako przejaw natręctw i/lub upośledzenia kontroli impulsów

Podstawową formą leczenia zarówno natręctw jak i zaburzeń z kręgu upośledzenia kontroli impulsów są leki o działaniu serotoninergicznym, głównie z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI).

Fluwoksamina

Fluwoksamina jest lekiem z grupy SSRI, któremu przypisuje się najsilniejsze działanie przeciw natręctwom oraz, w mniejszym stopniu, zaburzeniom związanym z upośledzeniem kontroli impulsów. Oprócz pewnego podobieństwa obrazu klinicznego PG do natręctw i zaburzeń upośledzenia kontroli impulsów, reagowania na leki o działaniu serotoninergicznym jest kilka innych przesłanek neurobiologicznych, z których można wnioskować i upośledzeniu układu serotoninergicznego u osób z PG.

M.in. osoby z PG mają zmniejszone stężenia prolaktyny, które normalizują się po dożylnym podaniu klomipraminy (Moreno i wsp. 1991), m-CPP (De Caria i wsp. 2003). Wykazano też częstsze występowanie jednego z polimorfizmów genu warunkującego aktywność transportera serotoniny (Perez de Castro i wsp.1999).

Pierwsze próby z zastosowaniem fluwoksaminy w leczeniu PG miały charakter prób otwartych i przeprowadzonych na nielicznych grupach (Hollander i wsp. 1998, Hollander i wsp 2000). W pierwszej z nich Hollender i wsp. (1998) przebadali 16 pacjentów, którym najpierw przez 8 tygodni podawano placebo, a z dziesięciu, którzy po tym czasie pozostali w badaniu podawano fluwoksaminę przez kolejnych 8 tygodni. Siedmiu z dziesięciu pacjentów uznano za beneficjentów tej terapii: obserwowano u nich co najmniej 25% poprawę w Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) oraz bardzo duża lub dużą poprawę w Clinical Global Impression (PG CGI) oraz utrzymywanie abstynencji od hazardu.

W drugim badaniu ten sam zespół wykonał już badanie randomizowane, w podwójnie ślepej próbie z placebo jako referencją, a na dodatek po 8 tygodniach dokonano próby skrzyżowanej: pacjenci otrzymujący fluwoksaminę w dawce 200mg zaczęli otrzymywać placebo i na odwrót (Holander i wsp. 2000). Stosowano te same narzędzia, co w poprzednim badaniu (Y-BOCS i PG-CGI). Z 15 pacjentów dziesięciu ukończyło 16 tygodniowe badania. Wykazano znamiennie lepsze wyniki u osób przyjmujących fluwoksaminę w porównaniu z otrzymującymi placebo, przy czym na ten afekt wpłynęła głownie druga faza badań (po skrzyżowaniu).

Większą, bo 32-osobową, grupę badali Blanco i wsp. (2002). Farmakoterapia też trwała dłużej, bo przez 6 miesięcy. Miarą ew. poprawy miały być zmniejszona ilość pieniędzy i ilość czasu przeznaczonego hazard. Wbrew oczekiwaniom,

przyjmowanie fluwoksaminy nie wiązało się ze znaczącą statystycznie redukcją pieniędzy i czasu, ale te negatywne wyniki tłumaczą częściowo nieoczekiwanie dobre wyniki w grupie przyjmujących placebo (59%). Wykazano natomiast lepsze wyniki w grupie mężczyzn i osób młodszych.

W czasie badań porównawczych z topiramatem ocenę fluwoksaminy przeprowadzono na 16 pacjentach, z których 8 ukończyło próbę (Dannon i wsp. 2005). Sześciu z tych ośmiu pacjentów miało pełną remisję a pozostałych dwóch częściową. W skali SGI-improvement zaobserwowano poprawę, jednak nie miała ona charakteru znaczącego statystycznie.

Ostatnio wykazano na jednym przypadku, że poprawa w zakresie hazardu po 6-miesiecznym leczeniu fluwoksaminą wiązała się nie tylko z subiektywną poprawą, ale również z poprawą metabolizmu mózgu, mierzonym funkcjonalnym MRI (Chung i wsp. 2009). Autorzy sugerują, że fMRI może okazać się użytecznym narzędziem do diagnozowania PG oraz przewidywania wyników leczenia.

Fluoksetyna

Leczono dwie 11- i 9-osobowe grupy: jedna otrzymywała 20 mg fluoksetyny na dobę oraz korzystala z psychoterapii a druga była tylko psychoterapeutyzowana. Po 6 miesiacach takiej terapii okazało się, że grupa leczona fluoksetyną miała znacząco lepsze wyniki niż grupa kontrolna (całkowita lub częściowa remisja u 8 z 11 osób leczonych fluoksetyną, w porównaniu z dwoma z 9 leczonych wyłącznie psychoterapią (De la Gandara 1998).

Paroksetyna

Wykonano dwa badania z użyciem paroksetyny (Kim i wsp. 2002, Grant i wsp. 2003). Oba badania miały dobrane grupy kontrolne otrzymujące placebo, a dobór do grup był randomizowany.

W pierwszym z badań 23 mężczyzn leczono paroksetyną (20-60mg/d) a 22 otrzymywało placebo przez 8 tygodni. W grupie leczonej paroksetyną stwierdzono znamiennie statystycznie lepszą poprawę w Gambling Symptom Assessment Scale i w Clinical Global Impression (Kim i wsp. 2002).

Ten sam zespół koordynowal wieloośrodkowe badania z użyciem paroksetyny w podwojnie zaślepionych badaniach z placebo. Większe były grupy (36 i 40 osób), badanie trwało dłużej (16 tygodni) a dawkowanie wynosilo od 10-60mg parokseyny. Badanie to nie potwierdziło uprzednio obserwowanych różnic w skalach YBOCS i PG-CGI-I. W obu grupach obserwowano duże odsetki osób z poprawą (odpowiednio 59% i 49%) (Grant i wsp. 2003).

Sertralina

Inny lek z grupy SSRI: sertralinę zastosowali Hiszpanie Saiz-Ruiz i wsp. (2005). W dwóch 33 osobowych grupach pacjentów podawano bądź sertralinę w dawce do 150mg/d (pacjenci mogli sobie dowolnie zmniejszać dawkę) bądź placebo. Efektywnośc mierzono autorską skalą CCPGQ (Criteria for Control of Pathological Gambling Questionnaire) i PG-CGI-I a także skalami analogowymi. Po 24 tygodniach za osoby reagujące w sposób oczekiwany na leczenie uznano 74% osób otrzymujących leka aktywny i 72% otrzymujących placebo. Autorzy skonkludowali, że nie udało się im wykazać przewagi sertraliny nad placebo, a za jedną z przyczyn uważają nieoczekiwanie dobre wyniki w grupie otrzymującej placebo (Saiz-Ruiz i wsp. 2005).

Citalopram i escitalopram

Badania z citalopramem rozpoczęli Zimmerman i wsp. (2002), oceniając jego skuteczność w otwartej probie u 15 osób i osiągając zadawalający efekt.

Podobne badania, ale z lewoskrętnym izomerem - escitalopramem wykonali Black i wsp. (2002). Dziewiętnastu pacjentom podawano 10-30 mg esciitalopramu przez 12 tygodni i oceniano ich stan wieloma skalami, głównie YBOCS-PG, PG-CGI-I oraz podsumowywano wydatki na hazard. Czternaście z dziewiętnastu osób (73,7%) osiągnęło w CGI dobrą lub bardzo dobrą poprawę. Poprawę obserwowano także w odniesieniu do innych parametrów. Są to wyniki zbliżone do obserwowanych w innych próbach klinicznych, jednak wagę pracy zmniejsza fakt braku grupy kontrolnej.

Escitalopram był również oceniany u pacjentów z patologicznym hazardem i współwystępującymi zaburzeniami lękowymi (Grant i Potenza 2006). W tej 8-tygodniowej próbie otwartej stwierdzono, że escitalopram w średniej dawce 25mg przez 8 tygodni wpływa pozytywnie nie tylko na hazard, ale i na objawy lękowe,funkcjonowanie psychospołeczne i jakość życia.

Inne leki przeciwdepresyjne

Obniżenie nastroju często występuje u osób z patologicznym hazardem. Podobnie jak w niektórych innych zaburzeniach, szczególnie w uzależnieniach, leczenie przeciwdepresyjne czasami przynosi poprawę, mimo pozornie innych mechanizmów tych zaburzeń.

Nefazodon

Nfazodon jest stosunkowo rzadko stosowanym lekiem przeciwdepresyjnym o antagonistycznym powinowactwie do receptorów serotoninergicznych 5-HT_2. Zmniejsza on wychwyt zwrotny serotoniny i noradrenaliny.

Nefazodon stosowano u 14 pacjentów w próbie otwartej i oceniano skalami PG YBOCS, PG-CGI-I, a za poprawę uznawano zmniejszenie punktacji w skali PG-YBOCS o co najmniej 25% oraz osiągniecie w PG-CGI-I oceny duża albo bardzo duża poprawa. Z 12 pacjentów, którzy ukończyli badania, dziewięciu (75%) osiągnęło poprawę. Wyniki te są podobne jak w przypadku innych prób otwartych, jednak wartość pracy zmniejsza brak grupy kontrolnej (Pallanti i wsp. 2002).

Bupropion

Bupropion jest lekiem przeciwdepresyjnym, wpływającym na zwiększenie przekaźnictwa dopaminergicznego i noradrenergicznego. Ze względu na swoje właściwości pobudzające jest stosowany jako swego rodzaju substytut substancji o działaniu stymulującym i ma trwałe miejsce w terapii uzależnienia od nikotyny.

Po raz pierwszy bupropion do leczenia PG zastosował Black u 10 pacjentów i stwierdził poprawę w średnich wynikach większości u użytych skal, w tym w YBOCS-BG, choć tylko u jednego z pacjentów można było rozpoznać ADHD (Black 2004).

Bupropion po raz pierwszy został zastosowany w próbie zaślepionej dla badaczy z użyciem kontroli w postaci naltreksonu (Dannon i wsp. 2005). Bupropion SR w dawce 150-300mg stosowano u 17 pacjentów, a naltrekson w dawce 25-100mg u 19 pacjentów. Badania ukończyło 12 z 17 leczonych bupropione i 13 z 19 leczonych naltreksonem. Grupie badanej (bupropion) pełną poprawę stwierdzono u

75% kończacych badania, a niepełną poprawę u pozostałych 25%. Natomiast w grupie kontrolne stwierdzano odpowiednio: 76% i 23%. Stało się to podstawą do stwierdzenia, że bupropion jest podobnie skuteczny jak naltrekson (Dannon i wsp. 2005).

Podobne badania z bupropionem (n=18) przeprowadzili Black i wsp. (2007), ale grupę kontrolną stanowiły osoby otrzymujące placebo (n=21). Podobnie jak w przypadku innych prób z placebo wyniki w grupie badanej i kontrolnej niewiele się różniły: poprawę stwierdzono u 35,7% osób leczonych bupropionem i 47,1% osób otrzymujących placebo. Zaskakujaco duża była grupa osob, które nie ukończyły leczenia (43,6%).

Antagoniści receptora opioidowego

U podstaw leczenia patologicznego hazardowania się antagonistami receptora opioidowego leżą:

a) hipotezy o PG jako wyuczonym zachowaniu, w którym element pozytywnego wzmacniania (np. nagroda w postaci wygranej, przyjemna ekscytacja) odgrywa istotną rolę. Leki blokujące receptor opioidowy mają osłabiać składową nagradzającą związaną z układem opidowym

b) pozytywne doświadczenia z leczeniem osób uzależnionych od alkoholu i opioidów, w których powyższa hipoteza sprawdziła się.

Naltrekson

Kimjako pierwsza opisała kazuistyczny przypadek osoby patologicznie hazardującej się skyecznie leczonej naltreksonem (Kim 1998).

W pierwszym pilotażowym badaniu Kim i Grant (2001) przeprowadzili otwartą próbę zastosowania naltreksonu u 17 osób i stwierdzili m.in., że naltrekson w

średniej dawce 157mg/d zmniejsza po ok. 4 tygodniach chęć hazardowania się i samo hazardowanie się mierzone liczbą kontaktów z hazardem oraz ilością pieniędzy wydanych na ten cel.

Badania te były inspiracją do kolejnych badań bardziej poprawnych metodologicznie (placebo jako środek kontrolny, próba podwójnie zaślepiona, większa liczba badanych – 83 osoby) (Kim i wsp. 2001). Średnia dzienna dawka naltreksonu była stosunkowo duża (187,5 mg/d). Znaczną lub bardzo znaczną poprawę stwierdzono u 75% leczonych naltreksonem, podczas gdy w grupie kontrolnej zjawisko to obserwowano jedynie u 24% osób.

Kolejne poprawne metodologicznie badania z naltreksonem przepowadzono w tym samym ośrodku (Grant i wsp. 2008) na 77 pacjentach i wykazano, że naltrekson wpływa znacząco pozytywnie na motywację i chęć uprawiania hazardu.

Wsparciem powyższych badań jest również praca Lahti i wsp. (2010), gdzie w probie otwartej (n=39) wykazano, że naltrekson zmniejsza hazardowanie się mierzone skalą PG-YBOCS, a także poprawia jakość życia.

Nalmefen

Jeszcze większe badania przeprowadzono z innym antagonistą receptora opioidowego nalmefenem. Przebadano 207 osób z PG, którym przez 6 tygodni podawano nalmefen w dawkach 25, 50 lub 100mg/d., bądź placebo (Grant i wsp. 2006). W grupie otrzymującej najmniejszą dawkę nalmefenu znaczną lub bardzo znaczną poprawę obserwowano u 59% osób, co było znamiennie statystycznie częstsze niż poprawy u osób otrzymujących placebo (34%). Większe dawki nalmefenu nie wiązały się z większą skutecznością natomiast częściej obserwowano niepożądane działania leku i przerywanie leczenia.

Podobne badania przeprowadzono w kilku ośrodkach na większej, bo 233-osobowej grupie osób z PG (Grant i wsp. 2010). Pacjentów podzielono na trzy grupy: otrzymujących 20mg albo 40 mg nalmefenu bądź placebo. U leczonych oboma dawkami nalmefenu stwierdzono lepsze wyniki niż u otrzymujących placebo, przy czym wyniki u leczonych większą dawką były lepsze niż leczonych dawka mniejszą.

Leki stosowane w innych uzależnieniach

Podstawą do stosowania tej grupy leków było przypuszczenie, że skoro PG znacząco częściej współwystępuje z innymi uzależnieniami, to być może ma wspólne z nimi czynniki etiopatologiczne. Przykładem takiej inspiracji do badań są opisane powyżej badania z antagonistami receptorów opioidowych. Zachęcające wyniki z zastosowaniem tych leków stały się podstawą do prób klinicznych z innymi lekami używanymi w farmakoterapii uzależnień.

Disulfiram

Disulfiram jest od dziesiątków lat używany w terapii uzależnienia od alkoholu, gdzie wykorzystuje się jego działanie hamujące aktywność dehydrogenazy aldehydowej, a co za tym idzie przykre doznania spowodowane zatruciem aldehydem octowym, co ma mieć działanie awersyjne. Ponieważ disulfiram jest lekiem mało specyficznym, hamuje też aktywność i innych enzymów, w tym enzymów metabolizujących neuroprzekaźniki, a co za tym idzie, jego wpływ na uzależnienie może wykraczać poza zwykłe działanie awersyjne. Jest to podstawą do wykorzystywania go w terapii uzależnienia od kokainy, gdzie prawdopodobnie zmniejszenie aktywności beta-hydroksylazy dopaminy (DBH) powoduje zmniejszenie głodu poprzez zwiększenie aktywności dopaminergicznej a zmniejszenie aktywności noradrenergicznej.

Powyższe stało się podstawą do spekulowania o możliwości zastosowania disulfiramu w leczeniu PG (Mutscler 2010), po opisaniu przypadku pacjenta, któremu z powodu alkoholizmu zastosowano dozorowaną terapię disulfiramem, w wyniku której pacjent przez co najmniej rok nie tylko utrzymywał abstynencję od alkoholu, ale powstrzymywał się od hazardowania się (Mutschler i Gross 2010).

Akamprozat

Akamprozat jest lekiem zarejestrowanym do leczenia uzależnienia od alkoholu.

W jednym badaniu ośmiu pacjentom podawano akamprozat w średniej dawce 666mg/d (Dannon i wsp. 2011). Jest to dawka o połowę mniejsza niż stosowana w leczeniu uzależnienia od alkoholu, a mimo to u pacjentów obserwowano słabo nasilone objawy uboczne typowe dla tego leku. Po sześciu miesiącach u żadnego z ośmiu pacjentów nie obserwowano remisji ani znaczącej poprawy w nasileniu lęku, depresji i w skali analogowej.

Baklofen

W tych samych badaniach, co akamprozat, stosowano baklofen w dawce 30 mg (Dannon i wsp. 2011). I podobnie, jak w przypadku akamprozatu, nie zaobserwowano znaczącej poprawy.

N-acetylo-cysteina (NAC)

U podstaw stosowania N-acetylo cysteiny leżą obserwacje zwierząt doświadczalnych, u których manipulacje przekaźnictwem glutaminianergicznym w jądrze półleżącym mogą odgrywać pewną rolę w zachowaniach związanych z poszukiwaniem nagrody. W badaniach wzięło udział 27 osób z PG, podawano im NAC w dawce ok. 1500mg/d przez 8 tygodni. U 16 z 27 osób (59,3%)

zaobserwowano co najmniej 30% w skali YBOCS PG, a w całej grupie popraw osiągnęła poziom znamienny statystycznie (p<0,001) (Grant i wsp. 2007).

Leki stabilizujące nastrój

U podstaw stosowania w leczeniu PG leków normotymizujących są przesłanki teoretyczne (wpływ „przeciwroznieceniowy" –ang: *antikindling effect*) i wpływ na układ noradrenergiczny) oraz obserwacje kliniczne, wskazujące wpływ leków przeciwdrgawkowych na zaburzenia często współwystępujące z hazardowaniem się (upośledzenie kontroli impulsów, napady paniki, zaburzenia lękowe i depresyjne oraz mania).

Sole litu

Sole litu mają zastosowanie głównie jako leki normotymizujące i zapobiegające nawrotom chorób afektywnych. Ponieważ u znacznej części osób z PG występują zaburzenia afektywne, zwiększona impulsywność i niestabilność afektywna podjęto obserwację wpływu litu o przedłużonym działaniu i placebo w specyficznej grupie 40 osób ze spektrum zaburzeń dwubiegunowych i patologicznym hazardowaniem się (Hollander i wsp. 2005). Badania z litem ukończyło zaledwie 12 osób, spośród których 10 (83%) uznano za beneficjentów leczenia, podczas gdy w grupie otrzymującej placebo odsetek popraw wynosił 29% (pięciu z siedemnastu, którzy ukończyli badania).

W innym badaniu porównywano wpływ 14 tygodniowej terapii litem i walproinianami na patologiczne hazardowanie się (Pallanti i wsp. 2002). Badanie ukończyło 15 z 23 pacjentów leczonych litem. W grupie 23 pacjentów zaobserwowano znamienna poprawę (p<0,01) w skali Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). W skali Clinical Global Impression (CGI) dużą lub

bardzo dużą poprawę obserwowano u 60,9% leczonych litem i u 68,4% leczonych walproinianem.

Karmabazepina

Jako pierwsi karbamazepinę w leczeniu PG zastosowali Haller i Hinterhuber w 1994) (Haller i Hinterhuner 1994). Opisali oni przypadek kazuistyczny jednego pacjenta leczonego uprzednio nieskutecznie różnymi rodzajami psychoterapii, u którego po zastosowaniu karbamazepiny w dawce 600mg obserwowano pełną remisję przez 30 miesięcy.

Black i wsp. (2008) opisali wyniki 10-tygodniowych niekontrolowanych badań z użyciem karbamazepiny u ośmiu osób. Stwierdzono znaczącą poprawę w skali YBOCS-PG ($p<0,001$), a u 7 z 8 osób wystąpil duża albo bardzo duża poprawa w skali PG-CGI-I.

Walproiniany

W opisanych powyżej badaniach porównawczych z użyciem walproinianów i litu wykazano, że 14 tygodniową próbę leczenia walproinianami ukończyło 16 z 19 pacjentów, z czego u 13 w skali CGI osiągnęło poprawę określaną jako dużą lub bardzo dużą (Pallanti i wsp. 2002). Poprawa w skali Y-BOCS była znamienna statystycznie ($p<0,01$).

Topiramat

Topiramat stosowany był z powodzeniem w leczeniu różnych zaburzeniach związanych z upośledzeniem kontroli impulsów, w tym w uzależnieniu od alkoholu i tytoniu.

Topiramat testowano w randomizowanych badaniach porównawczych z fluwoksaminą (Dannon i wsp. 2005). Przebadano 15 pacjentów, którzy otrzymywali

topiramat przez 12 tygodni i zaobserwowano u 12 z 15 pacjentów, którzy ukończyli badania, że 9 z nich osiągnęło pełną remisję, a 3 częściową remisję.

Inne leki

Memantyna

Podstawą badania memantyny były oczekiwania, że może ona wpływć na patologiczne hazardowanie się poprez zmniejszanie „głodu" hazardu w związku z jej wpływem antagonistycznym na receptor NMDA w prążkowiu.

Wykonano jedno badanie otwarte na 29 pacjentach, którzy otrzymywali 10-30mg/d memantyny przez 10 tygodni (Grant i wsp. 2010). Obserwowano znaczącą poprwę w skalu PG-YBOCS (z 21,8 do 8,9 pkt) oraz w liczbie godzin spędzonych na hazardowaniu się a także zmniejszonych wydatkach na hazard. Obserwowano również poprawę funkcji poznawczych.

Leki przeciwpsychotyczne

Obserwacje indukowania objawów upośledzenia kontroli impulsów (w tym: hazardu) u osób leczonych z powodu choroby Parkinsona stały się podstawą prob stosowania leków przeciwpsychotycznych.

Olanzapina

Fong i wsp. (2008) stosowali olanzapinę vs placebo w 21 osobowej grupie osób nałogowo grających w video-poker. Nie wykazano jednak, aby olanzapina przewyższala placebo.

Podobnie, negatywne wyniki przyniosły badania McElroya i wsp. (2008).

Terapie w specjalnych populacjach

Zauważono, że u osób leczonych z powodu choroby Parkinsona lekami zwiększającymi przewodnictwo dopaminergiczne mogą pojawiać się zaburzenia z

kręgu upośledzenia kontroli impulsów, w tym patologiczne hazardowanie się (Weintraub 2010). Zjawisko to nazywa się zespołem dysregulacji dopaminergicznej i ze względu na iatrogenię oraz dramatyczną zmianę zachowania, wymaga korekcji farmakologicznej.

Amantadyna

U 17 osób z chorobą Parkinsona i patologicznym hazardowaniem się zastosowano amantadynę, która u wszystkich pacjentów spowodowała całkowite ustąpienie lub znaczne zmniejszenie nasilenia PG, ale jej użyteczność w jednoczesnym leczeniu obu zaburzeń wydaje się ograniczona z powodu licznych objawów niepożądanych (Thomas i wsp. 2010). W innych badaniach stwierdzono odwrotną zależność: osoby leczone amantadyną miały większe nasilenie zaburzeń kontroli impulsów, w tym patologicznego hazardowania się (Lee i wsp. 2010).

Finasteryd

Opisano 2 przypadki wyraźnej poprawy w zakresie polekowego patologicznego hazardowania się u mężczyzn, którzy zaczęli otrzymywać finasterid z powodu przerostu prostaty. Działanie to wyjaśniono wpływem finasteridu na inhibowanie steroidowej 5a-reduktazy, która ma pewien wpływ na działanie antydopaminergiczne, ale nie na układ pozapiramidowy. Na razie to leczenie nie ma większego znaczenia klinicznego w odniesieniu do polekowego PG, ale wspiera dopaminergiczną teorię PG.

Arypiprazol

Na przykladze kazuistycznego przypadku wykazano skuteczność częściowego agonisty receptora D2 – arypiprazolu (Mizushima i wsp. 2012).

Metaanalizy

W ostatnim czasie ukazało się kilka metaanaliz dotyczących farmakoterapii patologicznego hazardu (Toneatto i Ladouceur 2003, Pallesen i wsp. 2007, Leung iwsp. 2008, Achab i wsp. 2011, van den Brink 2012).

Omówienie

Farmakoterapia wydaje się atrakcyjnym sposobem leczenia osób z patologicznym hazardem. Jednak dotychczasowe doświadczenia za zastosowaniem różnych leków nie pozwalają na jednoznaczne udzielenie rekomendacji dotyczących farmakoterapii.

Wynika to m.in. z małej liczby badań poświęconych jednemu z leków lub grupie leków, jedynie część badań spełnia podstawowe wymagania metodologiczne (badania randomizowane, grupa kontrolna, podwójne zaślepienie, odpowiednio duże grupy badane).

Część badań zajmuje się jedynie skutkami krótkoterminowych oddziaływań farmakologicznych, choć w przypadku uzależnień minimalny okres oceny powinien wynosić co najmniej 6 miesięcy.

W badaniach kontrolowanych część wyników „negatywnych" polegających na braku różnicy między grupami badanymi a kontrolnymi wynika z dużego odsetka popraw w grupach otrzymujących placebo, co może sugerować rolę czynnika niespecyficznego.

Większość badań nie uwzględnia leczenia kompleksowego, które uwzględniałoby kombinowane leczenie farmakologiczne z oddziaływaniami psychoterapeutycznymi i środowiskowymi.

Zwraca się uwagę, że niejednoznaczne wyniki badań mogą wynikać z niejednorodności badanych grup, głównie pod względem zróżnicowania typologicznego. Można wyróżnić co najmniej 3 typy PG:

-typ z upośledzeniem kontroli impulsów,

-typ z natręctwami,

-typ nałogowy,

z których każdy wydaje się reagować na odmienną farmakoterapię (Iancu i wsp. 2008).

Piśmiennictwo

1. Achab S, Kazaal Y (2010) Psychopharmacological treatment in pathological gambling: A critical review. Current Pharmaceutical Design, 17: 1389-1395
2. Anderson C, Cowlishaw S, Dowling N, Jackson A, Lorains F, Merkouris S, Misso S, Radermacher H, Thomas S (2011) Pharmacological interventions for the treatment of pathological and problem gambling (Protocol). The Cochrane Library, issue 1
3. Angelo DL, Tavares H, Zilberman L (2012) Evaluation of a physical activity program for pathological gamblers in treatment. Journal Gambling Study DOI 10.1007/s10899-012-9320-2
4. ANPAA, Nalpas B, Yguel J, Fleury B, Martin S, Jarraud D, Cralet M (2013) Pathological gambling in treatment-seeking alcoholics: a National Survey in France. Alcohol & Alcoholism, 46, 156-160
5. Antonini A, Cilia R (2009) Behavioural adverse effects of dopaminergic treatments in Parkinson's disease: Incidence, neurobiological basis, management and prevention. Drug Safety, 32: 475-488
6. Berlin HA, Braun A, Simeon D, Koran LM, Potenza MN, Mc Elroy SL, Fong T, Pallanti S, Hollander E (2013) A double-blind, placebo-controlled trial of topiramate for pathological gambling. World Journal of Biological Psychiatry, 14: 121-128
7. Bini V, Puligheddu M, Marrosu F (2012) Finasteride attenuates pathological gambling in patients with Parkinson disease. Journal of Clinical Psychopharmacology, 32: 424-425
8. Black DW (2004) An open-label trial of bupropion in the treatment of pathological gambling. Journal of Clinical Psychopharmacology, 24: 108-109
9. Black DW, Arndt S, Coryell WH, Argo T, Forbush KT, Shaw MC, Perry P, Allen J (2007) Bupropion in the treatment of pathological gambling. Journal of Clinical Psychopharmacology, 27: 143-150
10. Black DW, Shaw MC, Allen J (2008) Extended release carbamazepine in the treatment of pathological gambling: an open-label study. Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 32: 1191-1194

11. Black DW, Shaw M, Forbush KT, Allen J (2007) An open-label trial of escitalopram in the treatment of pathological gambling. Clinical Neuropharmacology, 30: 206-212
12. Blanco C, Petkova E, Ibáñez A, Sáiz-Ruiz J (2002) A pilot placebo-controlled study of fluvoxamine for pathological gambling. Annals of Clinical Psychiatry, 14: 9-15
13. Blaszczynski A, NcCoaghy N, Farankova A (1991) Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: a two to nine year follow-up. British Journal of Addiction, 86: 299-306
14. Bortolato M, Cannas A, Solla P (2012) Finasteride attenuates pathological gambling in patients with Parkinson disease. Journal of Clinical Psychopharmacology, 32: 424-425
15. Bowden-Jones H, Clark L (2011) Pathological gambling: A neurobiological and clinical update. British Journal of Psychiatry, 199: 87-89
16. Brewer JA, Grant JE, Potenza MN (2008) The treatment of pathologic gambling. Addictive Disorders & Their Treatment, 7: 1-13
17. Cabrini S, Baaratti M, Bonfa F, Cabri G, Uber E, Avanzi M (2009) Preliminary evaluation of the DDS-PC inventory: A new tool to assess impulsive-compulsive behaviours associated to dopamine replacement therapy in Parkinson's disease. Neurological Sciences, 30: 307-313
18. Ceravolo R, Frosini D, Rossi C, Bonuccelli U (2010) Spectrum of addictions in Parkinson's disease: from dopamine dysregulation syndrome to impulse control disorders. Journal of Neurology, 257: 276-283
19. Chung SK, You IH, Cho GH, Chung GH, Shim YC, Kim DJ, Choi SW (2009) Changes of functional MRI findings in a patient whose pathological gambling improved with fluvoxamine. Yonsei Medicine Journal, 50: 441-444
20. Cilia R, Cho SS, van Eimeren T, Marotta G, Siri C, Ko JH, Pelleccchia G, Pezzoli G, Antonini N, Strafella A (2011) Pathological gambling in patients with Parkinson's disease is associated with fronto-striatal disconnection: A path modeling analysis. Movement Disorders, 26: 225-233

21. Cilia R, van Eimeren T (2011) Impulse control disorders in Parkinson's disease: seeking a roadmap toward a better understanding. Brain Structure and Function, 216: 289-299
22. Cohen J, Magalon D, Boyer L, Simon N, Lancon C (2011) Aripiprazole-induced pathological gambling: A report of 3 cases. Current Drug Safety, 6: 51-53
23. Dannon PN, Lowengrub K, Gonopolski Y, Musin E, Kotler M (2005) Topiramate versus fluvoxamine in the treatment of pathological gambling. A randomized, blind-rater comparison study. Clinical Neuropharmacology, 28: 6-10
24. Dannon PN, Lowengrub K, Gonopolski Y, Musin E, Kotler M (2006) Pathological gambling: A review of phenomenological models and treatment modalities for and underrecognized psychiatric disorder. Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry, 8: 334-393
25. Dannon PN, Lowengrub K, Musin E, Gonopolski Y, Kotler M (2005) Sustained-release bupropion versus naltrexone in the treatment of pathological gambling. Clinical Neuropharmacology, 25: 593-596
26. Dannon PN, Lowengrub K, Musin E, Gonopolski Y, Kotler M (2007) 12-month follow-up study of drug treatment in pathological gamblers. Clinical Neuropharmacology, 28: 620-624
27. Dannon PN, Rosenberg O, Schoenfeld N, Kotler M (2011) Acamprosate and baclofen were not effective in the treatment of pathological gambling: preliminary blind rater comparison study. Frontiers in Psychiatry 2: art. 33, 1-4
28. DeCaria CM, Hollander E, Grossman R, Wong CM, Mosovish SA, Cherkasky S (1996) Diagnosis, neurobiology and treatment of pathological gambling. Journal of Clinical Psychiatry, 57: (supl, 8), 80-83
29. Delaney M, Leroi I, Simpson J, Overton PG (2012) Impulse control disorders in Parkinson's disease: a psychosocial perspective. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 19: 338-346
30. de la Gandara JJ, Sanz O, Gilaberte I: Pathological gambing: An open-label study with fluoxetine. European Neuropsychopharmacology, 1998, 8: supl. 2, 295-295

31. Dell'Osso B, Allen A, Hollander E (2005) Comorbidity issues in the pharmacological treatment of pathological gambling: a critical review. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 1:21 doi:10.1 186/1745-0179-1-21
32. D'Orsi G, Demaio V, Spechio LM (2011) Pathological gambling plus hypersexuality in restless legs syndrome: a new case. Neurological Sciences, 32: 707-709
33. Fong T, Kalechstein A, Bernhard B, Rosenthal R, Rugle L (2008) A double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine for the treatment of video poker pathological gamblers. Pharmacology, Biochemistry and Behavior, 89: 298-303
34. Frosini D, Pesaresi I, Cosottini M, Belmonte G, Rossi C, Dell'Osso L, Muri L, Bonuccelli U, Cervolo R (2010) Parkinson's disease and pathological gambling: Results from a functional MRI Study. Movement Disorders, 25: 2449-2453
35. Gersehlager W, Bloem BR (2009) Managing pathological Gambling in Parkinson's disease with enteral levodopa/carbidopa infusions. Movement Disorders, 24, 1858-1859
36. Gescheidt T, Czekóová K, Urbánek T, Mareček R, Mikl M, Kubíková R, Telecká S, Andrlová H, Husárová I, Bareš M (2012) Iowa Gambling Task in patients with early-onset Parkinson's disease: strategy analysis. Neurological Sciences, DOI 10.1007/s10072-012-1086-x
37. Ginsberg D (1998) Naltrexone treatment of pathological gambling. Psychopharmacology Journal Watch. April, 24-25
38. Gomez K, Pascual-Leone A (2009) Primed for change: facilitating factors in problem gambling treatment. Journal Gambling Study, 25: 1-17
39. Grant JE (2009) Chapter 23. Opioid antagonists in the treatment of pathological gambling and kleptomania. W: Dean R i wsp. (red.): Opiate Receptor and Antagonists. Humana Press, Science + Business Media, 445-456
40. Grant JE, Chamberlain SR, Odlaug BL, Potenza MN, Kim SW (2010) Memantine shows promise in reducing gambling severity and cognitive inflexibility in pathological gambling: a pilot study. Psychopharmacology, 212: 603-612
41. Grant JE, Kim SW (2002) Effectiveness of pharmacotherapy for pathological gambling: A chart review. Annals of Clinical Psychiatry, 14: 155-161

42. Grant JE, Kim SW (2006) Medication management of pathological gambling. Minnesota Medicine, 89: 44-48
43. Grant JE, Kim SW, Hartman BK (2008) A double-blind, placebo controlled study of the opiate antagonist naltrexone in the treatment of pathological gambling urgues. Journal of Clinical Psychiatry, 69: 783-789
44. Grant JE, Kim SW, Hollander E, Potenza MN (2008) Predicting response to opiate antagonists and placebo in the treatment of pathological gambling. Psychopharmacology, 200: 521-527
45. Grant JE, Kim SW, Kuskowski M (2004) Retrospective review of treatment retention in pathological gambling. Comprehensive Psychiatry 2, 83-87
46. Grant JE, Kim SW, Odlaug BL (2007) N-acetyl cysteine, a glutamate-modulating agent, in the treatment of pathological gambling: A pilot study. Biological Psychiatry, 62: 652-657
47. Grant JE, Kim SW, Odlaug BL, Hollander E, Kim SW (2010) Nalmefene in the treatment of pathological gambling: multicentre, double-blind, placebo-controlled study. British Journal of Psychiatry, 197: 330-331
48. Grant JE, Kim SW, Potenza MN (2003) Advances in the pharmacological treatment of pathological gambling. Journal of Gambling Studies, 19: 85-109
49. Grant JE, Kim SW, Potenza MN, Blanco C, Ibanez A, Stevens L, Hektner JM, Zaninelli R (2003) Paroxetine treatment of pathological gambling: a multi-centre randomized controlled trial. International Clinical Psychopharmacology, 18: 243-249
50. Grant JE, Potenza MN (2008) Escitalopram treatment of pathological gambling with co-occurring anxiety: An open-label pilot study with double-blind discontinuation. International Clinical Psychopharmacology, 21: 203-209
51. Grant JE, Potenza MN, Hollander E, Cunningham-Williams R, Nurminen T, Smits G, Kallio A (2006) Multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling. American Journal of Psychiatry, 163: 303-312
52. Gupta R, Derevensky JL (2006) Adolescents with gambling problems: From research to treatment. Journal of Gambling Studies, 16: 315-342

53. Haller R, Hinterhuber H (1994) Treatment of pathological gambling with carbamazepine. Pharmacopsychiatry, 27: 129-129
54. Hodgins DC, Peden N, Cassidy E (2005) The association between comorbidity and outcome in pathological gambling: a prospective follow-up of recent quitters. Journal of Gambling Studies, 21: 255-271
55. Hodgins DC, El-Guebaly N (2000) Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: a comparison of resolved and active gamblers. Addiction, 95: 777-789
56. Hollander E, Begaz T, DeCaria CM (1998) Pharmacological approaches in the treatment of pathological gambling. CNS Spectrums, 3: 72-76
57. Hollander E, DeCaria CM, Finkiell JN, Begaz T, Wong CM, Cartwright C (2000) A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in pathologic gambling. Biological Psychiatry, 47: 813-817
58. Hollander E, DeCaria CM, Mari E, Wong CM, Mosovich S, Grossman R, Begaz T (1998) Short-term single-blind fluvoxamine treatment of pathological gambling. American Journal of Psychiatry, 155: 1781-1783
59. Hollander E, Frenkel M, CeCaria CM, Trungold S, Stein DJ (1992) Treatment of pathological gambling with clomipramine. American Journal of Psychiatry,149: 710-711
60. Hollander E, Pallanti S, Allen A, Sood E, Rossi NB (2005) Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders? American Journal of Psychiatry, 162: 137-145
61. Hollander E, Sood E, Pallanti S, Baldini-Rossi N, Baker B (2005) Pharmacological treatment of pathological gambling. Journal of Gambling Studies, 21: 101-110
62. Iancu I, Lowengrub K, Dembinsky Y, Kotler M, Dannon PN (2008) Pathological gambling. An update on neuropathophysiology and pharmacotherapy. CNS Drugs, 22: 123-138
63. Ibáñez A, Blanco C, Moreryra P, Saitz-Ruiz J (2003) Gender differences in pathological gambling. Journal of Clinical Psychiatry, 64: 295-301

64. Ivanov IS, Schulz KP, Palmero RC, Newcorn JH (2006) Neurobiology and evidence-based biological treatment for substance abuse disorders. CNS Spectrums, 11: 864-877
65. Imamura A, Geda YE, Słowinski J, Wszołek K, Brown LA, Uitti RJ (2008) Medications used to treat Parkinson's disease and the risk of gambling. European Journal of Neurology, 15: 380-384
66. Jackson AC, Dowling N, Thomas SA, Holt TA (2008) Treatment careers in problem gambling: Factors associated with first treatment and treatment re-entry. Addiction Research and Theory, 16: 618-632
67. Kelly BJ, Duker AP, Chiu P (2012) Dopamine agonists and pathologic behaviors. Parkinson's Disease, ID 603631
68. Khail RB (2013) Dopamine D_3 receptor antagonists in pathological gambling. Journal of Clinical Psychopharmacology, 33:146-148
69. Khan W, Rana AQ (2010) Dopamine agonist induced compulsive eating behaviour in a Parkinson's disease patient. Pharmacy World Sciences, 32: 114-116
70. Kim J, Kim M, Kwon D., Seo WK, Kim JH, Baik JS, Koh SB. (2012) Clinical characteristics of impulse control and repetitive behavior disorders In Parkinson's disease. Journal of Neurology, DOI 10.1007/s00415-012-6645-9
71. Kim SW (1998) Opioid antagonist in the treatment of impulse-control disorders. Journal of Clinical Psychiatry, 59: 159-162
72. Kim SW, Grant JE (2001) An open naltrexone treatment study in pathological gambling disorder. International Clinical Psychopharmacology, 16: 285-289
73. Kim SW, Grant JE, Adson DE, Shin YC (2001) Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. Biological Psychiatry, 49: 914-921
74. Kim SW, Grant JE, Adson DE, Shin YC, Zaninelli R (2002) A double-blind placebo-controlled study of efficacy and safety of paroxetine in the treatment of pathological gambling. Journal of Clinical Psychiatry, 63: 501-507
75. Klostermann KC, Fals-Stewart W (2008) Chapter 6. Treatment of co-morbid obsessive-compulsive disorder and substance use disorders. W: Stewart SH, Conrod PJ (red.): Anxiety and Substance use Disorders, Springer, 101-117

76. Lader M (2008) Antiparkinsonian medication and pathological gambling. CNS Drugs, 22: 407-416
77. Lahti T, Halme JT, Pankakoski M, Sinclair D, Alho H (2010) Treatment of pathological gambling with naltrexone pharmacotherapy and brief intervention: A pilot study. Psychopharmacology Bulletin, 43: 35-44
78. Larner AJ (2006) Medical hazards of the Internet: Gambling in Parkinson's disease. Movement Disorders, 21: 1789-1789
79. Lee JY, Kim JM, Kim JW, Cho J, Lee WY (2010) Association between the dose of dopaminergic medication and the behavioral disturbances in Parkinson disease. Parkinsonism and Related Disorders, 16: 202-207
80. Lee JY, Kim HJ, Jeon BS (2011) Is pathological gambling in Parkinson's disease reduced by amantadine? Annals of Neurology, 69: 213-214
81. Leung KS, Cottler LB (2008) Treatment of pathological gambling. Current Opinion in Psychiatry, 22: 69-74
82. Mizushima J, Takahata, Kwashima N, Kato M (2012) Successful treatment of dopamine dyssregulation syndrome with dopamine D2 partial agonist antipsychotics drug. Annals of General Psychiatry, 11: 19
83. Mutschler J, Bühler M, Diehl A (2010) Disulfiram, an old drug with new potential in the treatment of pathological gambling? Medical Hypotheses, 74: 209-209
84. Mutschler J, Bühler M, Grosshans M, Diehl A, Mann K, Kiefer F (2010) Disulfiram, an option for the treatment of pathological gambling? Alcohol & Alcoholism, 45: 214-216
85. Olive MF, Cleva RM, Kalivas PW, Malcolm RJ (2012) Glutamatergic medications for the treatment of drug and behavioral addictions. Pharmacology, Biochemistry and Behavior, 100: 801-810
86. O'Sullivan S, Evans A, Lees AJ (2009) Dopamine dysregulation syndrome: An overview of its epidemiology, mechanisms and management. CNS Drugs, 23: 157-170
87. Pallanti S, Baldini-Rossi N, Sood E, Hollander E (2002) Nefazodone treatment of pathological gambling: a prospective open-label controlled trial. Journal of Clinical Psychiatry, 63: 1034-1039

88. Pallanti S, Bernardi S, Quercioli L (2006) The Shorter PROMIS Questionnaire and the Internet Addiction Scale in the assessment of multiple addictions in a high-school population: prevalence and related disability. CNS Spectrums, 11: 966-974
89. Pallanti S, Quercioli L, Sood E, Hollander E (2002) Lithium and valproate treatment of pathological gambling: a randomized single-blind study. Journal of Clinical Psychiatry, 63: 559-564
90. Pallesen S, Molde HJ, Arnestad HM, Laberg JC, Sutle A, Iversen E, Staylen IJ, Kvale, Holsten F (2007) Outcome of pharmacological treatments of pathological gambling. A review and meta-analysis. Journal of Clinical Psychopharmacology, 27: 357-364
91. Pavlovic ZM (2011) Psychopharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder comorbid with body dysmorfic disorder and pathological gambling disorder. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. 22: E42-E43
92. Peel D, Law D (2009) A more general non-expected utility model as an explanation of gambling outcomes for individuals and markets. Economica, 76: 251-263
93. Petry NM, Armentano C (1999) Prevalence, assessment and treatment of patohological gambling: A review. Psychiatric Services, 50: 1021-1027
94. Pettorruso M, Maartinotti G, Di Nicola M, Onofrj M, Di Giannantonio M, Conte G, Janiri L (2012) Amantadine in the treatment of pathological gambling: A case report. Frontiers in Psychiatry, 3: art. 102, 1-5 doi: 10.3389/fpsyt.2012.00102
95. Potenza MN (2002) A perspective on future directions in the prevention, treatment and research of pathological gambling. Psychiatric Annals, 32: 203-207
96. Raja M, Bentivoglio AR (2012) Impulsive and compulsive behaviors during dopamine replacement treatment in Parkinson's disease and other disorders. Current Drug Safety, 7: 63-75
97. Reiff J, Jost WH (2011) Drug-induced impulse control disorders in Parkinson's disease. Journal of Neurology, 258: supl. 2, 323-327
98. Rosenberg O, Klein LD, Dannon PN (2012) Deep transcranial magnetic stimulation for the treatment of pathological gambling: a brief report. Psychiatry Research doi: 10.1016/j.psychres.2012.09.045.

99. Saiz-Ruitz J, Blanco C, Ibáñez A, Masramon X, Gómez MM, Madrigal M, Díez T (2005) Sertraline treatment of pathological gambling: a pilot study. Journal of Clinical Psychiatry, 66: 28-33
100. Schreiber L, Odlaug BL, Grant JE (2011) Impulse control disorders: Updated review of clinical characteristics and pharmacological management. Frontiers in Psychiatry, 2: art.1, 1-11
101. Shandley K, Moore S (2008) Evaluation of gambler's helpline: A consumer perspective. International Gambling Studies, 8: 315-330
102. Slutske WS (2006) Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two U.S. National Surveys. American Journal of Psychiatry, 163: 297-302
103. Slutske WS, Piasecki TM, Blaszczynski A, Martin NG (2010) Pathological gambling recovery in the absence of abstinence. Addiction, 105: 2169-2175
104. Smith N, Kitchenham N, Bowden-Jones H (2011) Pathological gambling and the treatment of psychosis with aripiprazole: Case report. British Journal of Psychiatry, 199: 158-159
105. Stea JN, Hodgins DC (2011) A critical review of treatment approaches for gambling disorders. Current Drug Abuse, 4: 67-80
106. Steward RM (1988) An outcome study of Gamblers Anonymous. British Journal of Psychiatry, 152: 284-288
107. Tamminga CA, Nestler EJ (2006) Pathological gambling: Focusing on the addiction not the activity. American Journal of Psychiatry, 163: 180-181
108. Tarrant N, Cavanna AE, Rickards H (2010) Pathologicl gambling associated with modafinil. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience. 22: E27-E28
109. Thomas A, Bonanni L, Gambi F, Di Iorio A, Onofrj M (2010) Pathological gambling in Parkinson disease is reduced by amantadine. Annals of Neurology 68: 400-404
110. Toneatto T, Brands B, Selby P (2009) A randomized double-blind, placebo-controlled trial of naltrexone in the treatment of concurrent alcohol use disorder and pathological gambling. American Journal of Addiction, 18: 219-225

111. Toneatto T, Cunningham J, Hodgins D, Adams M, Turner N, Koski-Jannes A (2008) Recovery from problem gambling without formal treatment. Addiction Research and Theory, 16: 111-120

112. Toneatto T, Ladouceur R (2003) Treatment of pathological gambling: A critical review of the literature. Psychology of Addiction Behaviors, 17: 284-292

113. Tonneato T, Skinner W, Dragonetti R (2002) Patterns of substance use in treatment-seeking problem gamblers: Impact in treatment outcomes. Journal of Clinical Psychology, 58: 853-859

114. Tremblay AM, Desmond RC, Poulos CX, Zack M (2010) Haloperidol modifies instrumental aspects of slot machine gambling in pathological gamblers and healthy controls. Addiction Biology, 16: 467-484

115. van den Brink W (2012) Evidence-based pharmacological treatment of substance use disorders and pathological gambling. Current Drug Abuse Reviews, 5: 3-31

116. Vitale C, Santangelo G, Trojano L, Verde F, Rocco M, Drossi D, Barone P (2011) Comparative neuropsychological profile of pathological gambling hypersexuality, and compulsive eating in Parkinson's disease. Movement Disorders, 26: 830-836

117. Voon V, Mehta AR, Hallett M (2011) Impulse control disorders in Parkinson's disease: Recent advances. Current Opinion Neurology, 24: 324-330

118. Voon V, Schoerling A, Wenzel S, Ekanayake V, Reif J, Trenkwalder C, Sixel-Doring F (2011) Frequency of impulse control behaviours associated with dopaminegic therapy in restless legs syndrome. BMC Neurology, 11: 117

119. Walker M, Toneatto T, Potenza MN, Petry N, Ladouceur R, Hodgins DC, el-Guebaly N, Echeburua E, Blaszczynski A (2006) A framework for reporting outcomes in problem gambling treatment research: the Banff, Alberta consensus. Addiction, 101: 504-511

120. Wedgeworth RL (1998) Reification of the "pathological" gambler: an analysis of gambling treatment and the application of the medical model to problem gambling. Perspectives in Psychiatric Care, 34, 5-13

121. Weintraub D, Potenza MN (2006) Impulse control disorders in Parkinson's disease. Current Neurology and Neuroscience Reports, 6: 302-306

122. Winters KC, Kushner MG (2003) Treatment issues pertaining to pathological gamblers with a comorbid disorder. Journal of Gambling Studies, 19: 251-277
123. Wolters EC, van der Werf YD, van den Heuvel OA (2008) Parkinson's disease-related disorders in the impulsive-compulsive spectrum. Journal of Neurology, 255: supl 5, 48-56
124. Zack M, Poulos CX (2009) Parallel roles for dopamine in the pathological gambling and psychostimulant addiction. Current Drug of Abuse Review. 2: 11-25
125. Zahm DB (2010) Pharmacotherapeutic approach to the treatment of addiction: persistent challenges. Missouri Medicine, 107: 276-280
126. Zimmermann M, Breen RB, Posternak MA (2002) An open-label study of citalopram in the treatment of pathological gambling. Journal of Clinical Psychiatry, 63: 44-48

Nałogowe używanie nowych technologii (Internetu, komputera, gier komputerowych, telefonów komórkowych)

Nałogowe używanie nowych technologii (Internetu, komputera, gier komputerowych, telefonów komórkowych)

Nałogi technologiczne są definiowane jako niechemiczne, behawioralne nałogi, które dotyczą interakcji miedzy człowiekiem i maszyną (Griffith 2000). Dzielą się na pasywne (np. oglądanie TV) lub aktywne (np. gry komputerowe) i często obserwuje się procesy ich wzbudzania lub wzmacniania, co może prowadzić do mechanizmów nałogowych. Uważa się, że ten rodzaj zaburzeń cechuje się typowymi objawami nałogowymi: uwydatnieniem lub powstaniem dominacji stereotypowych zachowań nad innymi, nadmierne zaangażowanie w tą aktywność, zmiany funkcji poznawczych, „głód" czynności, deterioracja zachowań społecznych, zmiany nastroju, tolerancja, objawy abstynencyjne, konflikty i nawroty (Griffith 2000).

Miarą zaniepokojenia społecznego i zainteresowań badawczych jest stałe zwiększanie się liczby publikacji naukowych dotyczących nałogowego używania nowych mediów. Systematyczna analiza bibliograficzna z lat 1996-2005 (a więc jeszcze przed okresem eksplozji używania nowych mediów) wykazała stały wzrost liczby publikacji (łącznie 179) z największą liczbą w latach 2004: n = 41 i 2005: n = 40) (Carbonelli i wsp. 2009)

Nałogowe używanie Internetu

Synonimy i eponimy: nałóg Internetu (ang.: *Internet addiction*) (Huang 2010, Johansson i Götessman 2004), nałogowe używanie Internetu (ang.: *addictive Internet use*) (Gong i wsp. 2009), uzależnienie od Internetu (ang.: *Internet dependency*) (Yuen i Lavin 2004, Gray i Gray 2006), zespół uzależnienia od Internetu (Jakubik 2002), problemowe używanie Internetu (Aboujaoude 2010, Brezing i wsp. 2010, Caplan 2005, Davies i wsp. 2002, Demetrivics i wsp. 2008,

Dlisher C 2010,), nałogowe zachowania związane z Internetem (ang.: *Internet addictive behavior*) (Bilke-Hentsch 2011), nadużywanie Internetu (ang.: *Internet overuse* lub *Internet abuse*) (Griffith 2003, Whang i wsp. 2003, Choi i wsp. 2009, Fisoun i wsp. 2012, Gencer i Koc 2012,), nadmierne używanie cyberświata (ang.: *over-use of cyber world*) (Isrealashvili i wsp. 2012), „używanie Internetu prowadzące do niewłaściwego przystosowania" (ang.: *maladaptive Internet use*) (Chow i wsp. 2008), natrętne (kompulsywne) używanie Internetu (Greenfield 1999, Khazaal i wsp. 2011), intensywne używanie Internetu (ang.: *excessive Internet use*) (Weinstein i Lejoyeux 2010). Dodatkowo używa się szczegółowych określeń dla nałogowego uzależnienie od niektórych programów komputerowych i związanych z nimi aktywności: np. nałóg używania Facebooka (ang.: *Facebook addiction*) (Andreassen 2012), nałogowe korzystanie z telepomocy (ang.: psychic hotline addiction) (Shepard 2009)

Po raz pierwszy zjawisko nałogowego korzystania z Internetu naukowo opisała Young (1996). Jest też autorką dość powszechnie używanych kryteriów diagnostycznych oraz narzędzia diagnostycznego Young's Diagnostic Questionnaire -YDQ (Young 1998).

1. Czy czujesz się owładnięty myślami o Internecie (rozmyślania o poprzedniej aktywności w Internecie i przygotowywaniu się do następnej sesji online)?
2. Czy odczuwasz potrzebę spędzania coraz większej ilości czasu w Internecie w celu osiągnięcia podobnej jak poprzednio satysfakcji z przyjemności?

3. Czy wielokrotnie podejmowałeś nieudane próby kontrolowania lub zaprzestania użyuwania Internetu?
4. Czy czujesz się napięty, w złym humorze, smutny lub drażliwy kiedy podejmujesz próby zmniejszenia lub zaprzestania używania Internetu?
5. Czy pozostajesz *online* dłużej niż uprzednio zamierzałeś?
6. Czy naraziłeś na szwank albo ryzykowałeś utratę znaczących związków, możliwości uczenia się lub kariery zawodowej z powodu używania Internetu?
7. Czy kłamałeś komuś z rodziny, terapeucie lub komuś innemu, by ukryć jak wiele czasu spędzasz w Internecie?
8. Czy korzystasz z Internetu, żeby uciec od problemów albo zapobiec doznawaniu uczuć beznadziejności, winy, lęku lub depresji?

Koncepcje

Po raz pierwszy nałogowe używanie Internetu najpierw opisane zostało w kategoriach addyktywnych (Young 1996).

Podkreśla się jego podobieństwo z innymi nałogami (Scherer 1997, Davies i wsp. 1999, Eppright i wsp. 1999, Beard i Wolf 2001, Block 2008).

Mendhekar i Chittarnjan (2012) opisali przypadek 15-letniego chłopca, który codzinnie wiele godzin poświęcał na uczestniczenie w grach internetowych. Z powodu kłopotów szkolnych został mu zabroniony dostęp do komputera, a po 36 godzinach rozwinęła się u niego psychoza, która ustąpiła po leczeniu arypiprazolem. Wystąpienie psychozy zostało zinterpretowane jako objaw abstynencyjny.

Natręctwa (OCD)

Część badaczy skłania się do interpretowania zjawiska nadmiernego używania Internetu w kategoriach natręctw (kompulsji) a nie nałogu (Meerkerk i wsp. 2006) Merkeerk i wsp. (2006) tłumaczą, że nie ma uzależnienia od Internetu jako takiego, ale do wielu aktywności *on-line*, które prowadzą do kompulsywnego posługiwania się Internetem.

Rozpowszechnienie

Chiny (Gong i wsp. 2009) 3018 ucznów szkół ponadpodstawowych i studentów szkół wyższych 5% spelnialo kryteria nałogu internetowego a 4% uzależnienia od substancji → prewencja dla użytkownikow Internetu przeciw drugom.

W Grecji przebadano 1270 osob w wieku 14-18 lat za pomocą 8-itemowego kwestionariusza Diagnostic Questionnaire for Internet Addiction – YDQ (Young 1996) i 20-itemowego kwestionariusza Internet Addiction Test – IAT (Young 1996). Stwierdzono, ze kryteria nałogowego używania Internetu spełnia 7,2% chłopców i 5,1% dziewcząt, którzy używają Internetu (Fisoun i wsp. 2012)

W badaniach koreańskich nad 912 studentami używano Internet-Related Addiction Scale - IAS (Young1998) i stwierdzono, że 30% z nich miało przejściowy nałóg używania Internetu a 4,3% - nałóg (Jang i wsp.2008)

Chiny: 2620 uczniów szkół ponadpodstawowych – 88% używało Internetu, a 2,4% spełnialo kryteria uzależnienia od Internetu wg kwestionariusza YDQ Cao i Su 2006)

Zbadano 277 studentów (Morohan-Martin i Schumacher 2000) specjalnym kwestionariuszem który oprócz danych demograficznych zawierał sekcje dotyczące doświadczeń z Internetem, jego patologicznym używaniem, odwiedzanych stron

internetowych, powodów korzystania z Internetu, podejścia do Internetu, zachowań związanych z jego używaniem oraz dotyczące samotności. Sekcja dotyczące patologicznego używania Internetu składała się z 13 pytań. Na każde z nich odpowiadało pozytywnie (w sposób świadczący o patologicznym używaniu) od 13,6% do 68,2% badanych.

W przeciwństwie do innych doniesień, Nicols i Nicki (2004) nie stwierdzili, aby nadmierne użytkowanie Internetu było tak powszechne wśród studentów Uniwersytetu w New Brunswick, jak w innych doniesieniach: m.in. Internet używało ponad 16 razy w tygodniu 13% studentow, a 7% korzystalo z Internetu ponad 16 godzin w tygodniu.

Osobnym problemem wydaje się zagadnienie używania Internetu do uprawiania hazardu, gdzie obserwuje się narastanie problemu wśród młodzieży (Derevensky i Gupta 2007, Floros i wsp. w druku, Griffith 2003, Griffith 2011, Griffith i Barnes 2008, Griffiths i wsp. 2010,

Profilaktyka

Postuluje się, aby tworzyć programy profilaktyczne nakierowane zarówno na zapobieganie patologicznycm zachowaniom związanym z używaniem Internetu, jak i z używaniem gier komputerowych, ponieważ oba problemy często występują wspólnie i powodują duże szkody psychospołeczne zmniejszenie aktywności fizycznej (de Leeuw i wsp. 2010).

Piśmiennictwo

1. Aboujaoude E (2010) Problematic Internet use: An overview. World Psychiatry 9: 85-90
2. Aboujaoude E (2010) Problemowe użytkowanie Internetu – przegląd literatury. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 19: 247-261
3. Aboujaoude E (2012) Wirtualna osobowość naszych czasów. Mroczna strona e-osobowości. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków
4. Achab S, Nicolier M, Mauny F, Trojak B, Vandel P, Sechter D, Gorwood P, Haffen E (2011) Massively multiplayer online role-playing games: comparing characteristics of addict vs non-addict online recruited gamers in a French adult population. BMC Psychiatry, 144: 3-12
5. Alao AA, Volles JC, Armenta W (2000) Cybersuicide: the Internet and suicide American Journal of Psychiatry, 156:1836-1837
6. Allison SE von Wahlde L, Shockley T, Gabbard GO (2006) The devolopment of the self in the era of the Internet and role-playing fantasy games. American Journal of Psychiatry, 163: 381- 385
7. Anderson T (2005) Relationships among Internet attitudes, Internet use, romantic beliefs, and perceptions of on-line romantic relationships; CyberPsychology & Behavior 8: 6
8. Andreassen CS, Torsheim T, Brunborg GS, Pallesen S (2012) Development of a Facebook Addiction Scale. Psychological Reports, 110: 501-517
9. Andrzejewska A, Bednarek J, Sarzała D (2007) Cyberprzestrzeń – szanse, zagrożenia, uzależnienia. Fundacja Pedagogium, Warszawa 2007
10. Bakken IJ, Wenzel HG, Gotestam KG, Johansson A, Oren A (2009) Internet addiction among Norwegian adults: A stratified probability sample study. Scandinavian Journal of Psychology, 50: 121-127
11. Balachandra K (2004) Re: The Internet's impact on the practice of psychiatry. Canadian Journal of Psychiatry, 49: 868-868
12. Beard KW (2002) Internet addiction: Current status and implications for employees. Journal of Employment Counseling, 39: 2-11

13. Beard KW (2005) Internet addiction: A review of current assessment techniques and potential assessment questions. CyberPsychology & Behavior, 8: 7-14
14. Beard KW, Wolf EM (2001) Modification in the proposed diagnostic criteria for Internet addiction. CyberPsychology & Behavior, 3: 377-383
15. Bernardi S, Pallanti S (2009) Internet addiction: A descriptive clinical study focusing on comorbidities and dissociative symptoms. Comprehensive Psychiatry, 50: 510-516
16. Beutel ME, Wölfing K, Müller KW, Mulot C, Subic-Wrana C (2011) Computerspiel- und Internetsucht. Stationäre psychodynamische Behandlung von jungen Männer. Psychotherapeut, 56: 532-534
17. Bielke-Hentsch O (2011) Internet addictive behavior in childhood and adolescence. 20th European Congress of Psychiatry, Prague
18. Black DW, Belsare G, Schlosser S (1999) Clinical features, psychiatric comorbidity and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior. Journal of Clinical Psychiatry, 60: 839-844
19. Blaszczynski A (2006) Internet use: In search of an addiction. International Journal of Mental Health Addiction, 4: 7-9
20. Block JJ (2008) Issues for DSM-V: Internet addiction. American Journal of Psychiatry, 165: 306-307
21. Brand M, Leier C, Pawlikowski M, Schächte U, Schäler T, Alstötter-Gleich C (2011) Watching pornographic picture on the Internet: Role of sexual arousal ratings and psychological-psychiatric symptoms for using Internet sex sites excessively. Cyberpsychology, Beahvior & Social Networking, 14: 371-377
22. Braseur D (2012) Expert react to DMS-5 Approval. Medscape Medical, 3
23. Brezing C, Derevensky JL, Potenza MN (2010) Non-substance-addictive behaviors in youth: Pathological gambling and problematic Internet use. Child and Adolescence Psychiatric Clinic of North America, 19: 625-641
24. Brooks G, Ellis T, Lewis C (2008) Pachinko: A Japanese addiction? International Gambling Studies, 8: 193-205
25. Brown RIF (1993) Some contributions of the study of gambling to the study of other addictions. W: Eadington WR, Cornelius JA (red.): Gambling Behaviour

and Problem Gambling. Institute for the Study of Gambling and and Commercial Gaming, Reno, 241-272

26. Cao F, Su L (2006) Internet addiction among Chinese adolescents: Prevalence and psychological features. Child: Care, Health and Development, 33: 275-281
27. Caplan SE (2005) A social skill account of problematic Internet use. Journal of Communication, 721-736
28. Caplan SE, Williams D, Yee N (2009) Problematic Internet use and psychosocial well-being among MMO players. Computers in Human Behavior. 25: 1312-1319
29. Carbonell XS, Beranuy M, Castellana M, Chamarro A, Oberst U (2008) La addiccion a Internet yal movil: moda o trastorno? Adicciones, 20: 149-160
30. Carbonell X, Guardiola E, Beranury M, Belles A (2009) A bibliometric analysysis of the scientific literature on Internet, video games and cell phone addiction. Journal of Medical Libraries Association, 97: 102-107
31. Carroll JM (1996) Becoming social: Expanding scenario-based approaches in HCI. Behaviour & Information Technology, 15: 266-275
32. Carroll JM (1997) Human-computer interaction: psychology as a science of design. Annual Review of Psychology, 48: 61-83
33. Cash H, Cosette DR, Steel AH, Winkler A (2012) Internet addiction: A brief summary of research and practice. Current Psychiatry Reviews, 8: 292-298
34. Cassels C (2012) DSM-5 gets APA's official stamp of approval. Medscape, 2
35. Chak K, Leung L (2004) Shyness and locus of control as predictors of Internet addiction and Internet use. CyberPsychology & Behavior, 7: 559-569
36. Chan PA, Rabinowitz T (2006) A cross-sectional analysis of video games and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adolescents. Annals of General Psychiatry, 5: 1-10
37. Chang MK, Law SPM (2008) Factor structure for Young's Internet Addiction Test: A confirmatory study. Computers in Human Behavior, 25: 2597-2619
38. Charlton JP (2002) A factor-analytic investigation of computer "addiction": and engagement. British Journal of Psychology, 93: 329-335

39. Chillemi E, Martinotti G, Vellante F, Janiri L, di Giannantonio M (2011) Cannabis use and Internet: The case of “spice” products. 20th European Congress of Psychiatry, Prague
40. Chiu SI, Lee JZ, Huang DH (2004) Video game addiction in children and teenegers in Taiwan. CyberPsychology & Behavior, 7: 571-581
41. Choi CJ, Berger R (2009) Ethics of global Internet, community and fame addiction. Journal of Business Ethics, 85: 193-200
42. Choi K, Son H, Park M, Han J, Kim K, Lee B, Gwak H (2009) Internet overuse and excessive daytime sleepiness in adolescents. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 63: 455-462
43. Choo H, Gentile DA, Sim T, Li D, Khoo A, Liau AK (2010) Pathological video-gaming among Singaporean youth. Annals Academy of Medicine, 39: 822-829
44. Chory RM, Goodboy AK (2011) Is basic personality related to violent and non-violent video game play and preferences? Cyberpsychology, Behavior, and Social Network, 14: 191-198
45. Chou C (2001) Internet heavy use and addiction among Taiwanese college students: An online interview study. CyberPsychology & Behavior, 5: 573-585
46. Chou C, Condron L, Belland JC (2005) A review of the research on Internet addiction. Educational Psychology Review,17: 363-387
47. Chou C, Hsiao M-C (2000) Internet addiction, usage, gratification, and pleasure experience: The Taiwan college students’ case. Computers & Education, 35: 65-80
48. Chow SL, Leung GM, Ng C, Yu E (2009) A screen for identifying maladaptive Internet use. International Journal of Mental Health Addiction, 7: 324-332
49. Christakis DA (2010) Internet addiction: 21st century epidemic? BMC Medicine, 8: 1-3
50. Christensen H, Griffiths K (2000) The Internet and mental health literacy. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34: 975-979
51. Claes L, Müller A, Norre J, Van Assche L, Wonderlich S, Mitchell JE (2012) The relationship among compulsive buying, compulsive Internet use and temperament in a sample of female patients with eating disorders. European Eating Disorders Review, 20: 126-131

52. Collier R (2009) Virtual detox: Inpatient therapy for Internet addicts. Canadian Medical Association Journal, 181: E-193-E194
53. Cooper A (1998) Sexuality and the Internet: Surfing into the New Millennium. CyberPsychology & Behavior, 1: 187-197
54. Cucciare MA, Weingardt KR, Greene CJ, Hoffman J (2012) Current trends in using Internet and mobile technology to support the treatment of substance use disorders. Current Drug Abuse Reviews, 5: 172-177
55. Czapczyńska-Podolska A (2012). Wróg czy przyjaciel. Remedium, wkładka 1-5
56. Davis RA (2001) A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. Computers in Human Behavior, 17: 187-195
57. Davis RA, Flett GL, Besser A (2002) Validation of a new scale for measuring problematic Internet use: Implications for pre-employment screening. CyberPsychology & Behavior, 5: 331-345
58. Davies S, Smith BG, Rodrigue K, Pulvers K (1999) An examination of Internet use on two college campuses. College Students Journal, 33: 257-260
59. De Leeuw JRJ, de Bruijn M, de Weert-van Oene GH, Schrijvers AJP (2010) Internet and game behaviour at a secondary school and a newly developed health promotion programme: a prospective study. BMC Public Health, 10: 544
60. Demetrovics Z, Szeredi B, Rózsa S (2008) The three-factor model of Internet addiction: The development of the Problematic Internet Use Questionnaire. Behavior Research Methods, 40: 563-574
61. Derevensky JL, Gupta R (2007) Internet gambling amongst adolescents: A growing concern. International Journal of Mental Health Addiction, 5: 93-101
62. Didelot MJ, Hollingseorth L, Buckenmeyer JA (2012) Internet addiction: A logotherapeutic approach. Journal of Addictions & Offender Counseling, 33: 18-32
63. Dowling NA, Quirk KL (2009) Screening for Internet dependence: Do the proposed diagnostic criteria differentiate normal from dependent Internet user? CyberPsycholog & Behavior, 12: 21-27

64. Eichenberg C, Malberg D (2012) Sexualität und Internet. Relevante Schittstellen für die psychotherapeutusche Praxis. Psychotherapeut, 57: 177-190
65. El-Guebaly N, Mudry T (2010) Problemowe użytkowanie Internetu i droga diagnostyczna. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 19: 256-257
66. Eppright T, Alwood M, Stern B, Theiss T (1999) Internet addiction: A new type of addiction? Missouri Medicine, 96: 133-136
67. Erdoğan Y (2008) Exploring the relationships among Internet usage, Internet attitudes and loneliness of Turkish adolescents. Journal of Psychosocial Research on Cyberspace, 2: art. 4
68. Flisher C (2010) Getting plugged in: An overview of Internet addiction. Journal of Pediatrics and Child Health, 46: 557-559
69. First ever “Internet addiction” psychiatric evaluation conducted; Primary Psychiatry; June (1998)
70. Fisoun V, Floros G, Feroukalis D, Ioannidi N, Farkonas N, Sergentani E, Angelopoulos N, Siomos K (2012) Internet addiction in the island of Hippocrates: the associations between Internet abuse and adolescent off-line behaviours. Child and Adolescent Mental Health, 17: 37-44
71. Floros GD, Siomos K, Fisoun V, Geroukalis D (2012) Adolescent online gambling: The impact of parental practices and correlates with online activities. Journal of Gambling Studies, (2012) (w druku)
72. Frangos CC, Frangos CC,Sotiropulos I (2011) Problematic Internet use among Greek university students: An ordinal logistic regression with risk factors of negative psychological beliefs, pornographic sites, and online games. Cyberpsychology, Behavior and Social Networking,14: 51-58
73. Gencer SL, Koc M (2012) Internet abuse among teenagers and its relations to Internet usage patterns and demographics. Educational Technology & Society, 15: 25-36
74. Gong J, Chen X, Zeng J, Li F, Zhou D, Wang Z (2009) Adolescent addictive Internet use and drug abuse in Wuhan, China. Addiction Research and Theory, 173: 291-305

75. Goodman A (1990) Addiction: Definition and implications. British Journal of Addiction, 85: 1403-1408
76. Gradinger P, Strohmeier D, Spiel C (2010) Definition and measurement of cyberbullying. Journal of Psychosocial Research on Cyberspace, 4: 2, art 1, 1-13
77. Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA (2010) Introduction to behavioral addictions. Am Journal of Drug and Alcohol Abuse, 36: 233-241
78. Gray JB, Gray ND (2006) The Web of Internet dependency: Search results for the mental health professional. International Journal of Mental Health Addiction, 4: 307-318
79. Greenfield DN (1999) Psychological characteristics of compulsive Internet use: A preliminary analysis. CyberPsychology & Behavior, 2: 403-414
80. Griest J (2010) Internet: Wszystko, co dobre, ma swoją ciemną stronę. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 19: 258-259
81. Griffiths MD (2000) Does Internet and computer “addiction” exist? Some case study evidence. CyberPsychology & Behavior, 3: 211-219
82. Griffiths MD (2003) Internet abuse in the workplace: Issues and concerns for employers and employment counselors. Journal of Employment Counseling. 40: 87-96
83. Griffiths MD (2003) Internet gambling: Issues, concerns and recommendations. CyberPsychology & Behavior, 6: 557-568
84. Griffith MD (2005) Online therapy for addictive behaviors. CyberPsychology & Behavior, 8: 555-561
85. Griffiths MD, Barnes A (2008) Internet gambling: An online empirical study among student gamblers. International Journal of Mental Health Addiction, 6: 194-204
86. Griffiths M, Parke J, Wood R, Rigbye J (2010) Online poker gambling in university students: Further findings from an online survey. International Journal of Mental Health Addiction, 8: 82-89
87. Griffiths M, Wood RTA (2000) Risk factors in adolescence: The case of gambling, videogame playing and the Internet. Journal of Gambling Studies, 16: 199-225

88. Griffiths MD (2010) The use of online methodologies in data collection for gambling and gaming addictions. International Journal of Mental Health and Addiction, 8: 8-20
89. Griffiths MD (2011) Empirical Internet gambling research (1996-2008): Some further comments. Addiction Research and Theory, 19: 85-86
90. Gundogar A, Bakim B, Ozer OA, Karamustafalioglu O (2011) The association between Internet addiction, depression and ADHD among high school students. 20th European Congress of Psychiatry
91. Hakala PT, Rimpela AH, Saarni LA, Salminen JJ (2006) Frequent computer-related activities increase the risk of neck-shoulder and low back pain in adolescents. European Journal of Public Health, 16: 536-541
92. Hall AS, Parsons J (2001) Internet addiction: College student case study using best practices in cognitive behavior therapy. Journal of Mental Health Counseling, 23: 312-327
93. Hamade SN (bez roku) Internet addiction among university students in Kuwait. Digest of Middle East Studies, 4-16
94. Hawi NS (2012) Internet addiction among adolescents in Lebanon. Computers in Human Behavior, 28: 1044-1053
95. He J, Liu C, Guo Y, Zhao L (2011) Deficits in early-stage face perception In excessive Internet users. Cyberpsychology, Behavior and Social Networking,14: 303-308
96. Hertlein KM, Stevenson A (2010) The seven “As” contributing to Internet-related intimacy problems: A literature review. Cyberpsychology, Journal of Psychosocial Research on Cyberspace,4, 1:, art. 3, 1-7
97. Hetzen-Riggin MD, Pritchard (2011) Predicting problematic Internet use in men and women: The contributions of psychological distress, copying style and body esteem. Cyberpsychology, Behavior and Social Networking,14: 519-524
98. Hill A (2011) Sexualität in Zeiten des Internet. Psychotherapeut, 56: 475-484
99. Hill A, Briken P, Berner W (2007) Pornographie und sexuelle Gewalt im Internet. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitforschung - Gesundheitsschutz, 50: 90-102

100. Holden C (2001) Behavioral addictions: Do they exist? Science, 294: 980-982
101. Hou H, Jia S, Fan R, Sun W, Sun T, Zhang H (2012) Reduced striatal dopamine transporters in people with Internet addiction disorder. Journal of Biomedicine and Biotechnology, art. ID 854524, p 1-5 (w druku)
102. Huang C (2010) Internet addiction: Stability and change. European Journal of Psychology Education 25: 345-361
103. Huang C (2010) Internet use and psychological well-being: A meta-analysis. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 13: 241-242
104. Huang H, Leung L (2009) Instant messaging addiction among teenagers in China: Shyness, alienation, and academic performance decrement. CyberPsychology & Behavior, 12: 675-679
105. Huang MP, Alessi NE (1997) Drs. Huang and Alessi repley. American Journal of Psychiatry, 153: 890-890
106. Huang X, Li MC, Tao R (2010) Treatment of Internet addiction. Current Psychiatry Reports 12: 462-470
107. Hwang W-Y, Li CC (2002) What the user log shows based on learning time distribution. Journal of Computer Assisted Learning, 18: 232-236
108. Israelashvili M, Kim T, Bukobza G (2012) Adolescents' over-use of the cyber world - Internet addiction or identity exploration? Journal of Adolescence, 35: 417-424
109. Ivanova V (2012) Korzyści i zagrożenia serwisów społecznościowych. Remedium, Lipiec/Sierpień, 1-3
110. Jakubik A (2002) Zespół uzależnienia od Internetu. Studia Psychologica UKSW, 3: 133-142
111. Jang KS, Hwang SY, Choi JY (2008) Internet addiction and psychiatric symptoms among Korean adolescents. Journal of School Health, 78: 165-171
112. Jang MH, Sun J (2012) Gender differences in associations between parental problem drinking and early adolescents' Internet addiction. Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 17: 288-300
113. Janower CR (1996) Gambling on the Internet. Journal Computer-Mediated Communication, 2: 1-27

114. Jelenchick LA, Becker T, Moreno MA (2012) Assessing the psychometric properties of the Internet Addiction Test (IAT) in US college students. Psychiatry Research, 196: 296-301

115. Jenaro C, Flores N, Gómez-Vela M, González-Gil F, Caballo C (2007) Problematic Internet and cell-phone use: psychological behavioral and health correlates. Addiction Research and Theory, 15: 309-320

116. Jia R (2012) Computer playfulness, Internet dependency and their relationships with online activity types and student academic performance. Journal Behavioral Addiction 1: 74-77

117. Johansson A, Götestam G (2004) Internet addiction: Characteristics of a questionnaire and prevalence in Norwegian youth (12-18 years). Scandinavian Journal Psychology, 45: 223-229

118. Jones KE, Hertlein KM (2012) Four key dimensions for distinguishing Internet infidelity from Internet and sex addiction: Concepts and clinical application. The American Journal of Family Therapy, 40: 115-125

119. Kalapatapu RJ, Patil U, Goodman MS (2010) Using Internet to assess perceptions of patients with borderline personality disorder: Wahat do patients want in the DSM-V? Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 13: 483-494

120. Kaliszewska-Czeremska K (2012) Dzieci i młodzież w sieci. Remedium Lipiec/Sierpień 2012

121. Kaltiala-Heino R, Lintonen T, Rimpela A (2004) Internet addiction? Potentially problematic use of the Internet in a population of 12-18 year-old adolescents. Addiction Research and Theory, 12: 89-96

122. Kalke J, Verthein U, Farnbacher G, Hasen C (2007) Aktive Spielsuchtprävention bei Lotterien und Sportwetten in Hamburg. Erste Ergebnisse der Evaluation. Präventive Gesundheitsforschung, 2: 249-253

123. Kelleci M, Inal S (2010) Psychiatric symptoms in adolescents with Internet use: Comparison without Internet use. Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 13: 191-194

124. Kesici S, Shin I (2010) Turkish adaptation of Internet Addiction Scale. Cyberpsychology, Behavior and Social Networking,13: 185-189

125. Khazaal Y, Chatton A, Atwi K, Zullino D, Khan R, Billieux J (2011) Arabic validation of the Compulsive Internet Use Scale (CIUS). Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy, 6: 32, 1-6

126. Khazaal Y, Chatton A, Horn A, Achab S, Thorenss G, Zullino D, Billieux J (2012) Frech validation of the Compulsive Internet Use Scale (CIUS). Psychiatry Quarterly, 83: 397-405

127. Kim EJ, Namkoong K, Ku T, Kim SJ (2008) The relationship between online game addiction and aggression, self-control and narcisstic personality traits. European Psychiatry, 23: 212-218

128. Kim J, Haridakis PM (2009) The role of Internet user characteristics and motives in explaining three dimensions of Internet addiction. Journal Computer-Mediated Communication, 14: 988-992

129. Kim JU (2007) A reality therapy group counseling program as an Internet addiction recovery method for college students in Korea. International Journal of Reality Therapy, 26: 3-9

130. Kim JU (2008) The effect of a R/T group counseling program on the Internet addiction level and self-esteem of Internet addiction university students. International Journal Reality Therapy. 26: 4-12

131. Kim K, Ryu E, Chon M-Y, Yeun E-J, Choi S-Y, Seo J-S, Nam B-W (2006) Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: A questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies, 43:185-192

132. Knol K (2012) Czy Internet to świat bez zasad? Remedium, lipiec-sierpień 4-5

133. Ko CH, Wati Y, Lee CC, Oh HY (2011) Internet-addicted kids and South Korean government efforts. Boot-camp case. Cyberpsychology, Behavior and Social Networking,14: 391-394

134. Ko CH, Yen JY, Chen CC, Chen SH, Wu K, Yen CF (2006) Tridimensional personality of adolescents with Internet addiction and substance use experience. Canadian Journal Psychiatry, 51: 887-894

135. Ko CH, Yen JY, Chen SH, Yang MJ, Lin HC, Yen CF (2009) Proposed diagnostic criteria and the screening and diagnosing tool of Internet addiction in college students. Comprehensive Psychiatry, 50: 378-384

136. Ko NY, Koe S, Lee HC, Yen CF, Ko WC, Hsu ST (2012) Online sex-seeking, sustance use,m and risky behaviors in Taiwan: results from the 2010 Asia Internet MSM Sex Surwey. Archives of sexual Behavior, 41: 1273-1282

137. Komorowska M (2008) Uzależnienie od Internetu wśród adolescentów: Remedium, maj , 6-7

138. Korkeila J (2010) Kontekst użytkowania problemowego. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 19: 258-258

139. Koronczai B, Urbán R, Kökönyei G, Paksi B, Papp K, Kun B, Arnold P, Kállai J, Demetrovics Z (2011) Confirmation of the three-factor model of problematic Internet use on off-line adolescent and adult samples. Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 14: 657-661

140. Kubey R, Lavin M, Barrows JR (2001) Internet use and collegiate academic performance decrements: Early findings. Journal Communication, 366-382

141. Kuss DJ (2011) Internet addiction or else? A way out of conceptual crisis and call for nosological precision. 20th European Congress of Psychiatry,

142. LaBrie R, Shaffer HJ (2011) Identifying behavioral marker so disordered Internet sports gambling. Addiction Research and Therapy, 19: 56-65

143. Lam CB, Chan DKS (2007) The use of cyberpornography by young men in Hong-Kong, 36: 588-598

144. Lam-Figueroa N, Contreras-Palache H, Mori-Quispe E, Nizama-Valladolid M, Gutierrez W, Hinostroza-Camposano W, Reyes ET, Hinostroza-Camposano R, Coaquir-Condori E, Hinostroza-Camposano WD (2011) Adicción a Internet: Desarrollo y validación de un instrumento en escolares adolescents de Lima, Perú. Revista Peruviana Medicina Experimental Salud Publica, 28: 462-469

145. Lavin M, Marvin K, McLarney A, Nola V, Scott L (1999) Sensation seeking and collegiate vulnerability to Internet dependence. CyberPsychology & Behavior, 5: 425-431

146. Lee E-J, Lee L, Jang J (2011) Internet for the internationals: Effects of use motivations on international students' college adjustment. Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 14: 433-437
147. Leśnicka AK (2008) Uzależnienie od cyberseksu - znak czasu czy jednostka nozologiczna; Przegląd Seksuologiczny,15: 17-20
148. Leung L (2004) Net-generation attributes and seductive properties of the Internet as predictors of online activities and Internet Addiction. CyberPsychology & Behavior, 7: 333-348
149. Levy JA, Strombeck R (2002) Health benefits and risks of the Internet. Journal of Medical Systems, 6: 495-510
150. Li H, Mao L, Hang JJ, Wu Y, Li A, Chen J (2012) Dimensions of problem gambling behavior associated with purchasing sports lottery. Journal Gambling Study, 28: 47-68
151. Li H, Wang J, Wang L (2009) A survey on the generalized problematic Internet use in Chinese college students and its relations to stressful life events and coping style. International Journal Mental Health Addiction, 7: 333-346
152. Lin M-P, Ko H-C, Wu JY-W (2011) Prevalence and psychosocial risk factors associated with Internet addiction in a nationally representative sample of college students in Taiwan. Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 14: 741-746
153. Lin S-C, Tsai K-W, Chen M-W, Koo M (2012) Association between fatigue and Internet addiction in female hospital nurses. Journal Advanced Nursing, doi: 10.111/j.1365-2648.2012.06016.x
154. Lin SSJ, Tsai C-C (2002) Sensation seeking and Internet dependence of Taiwanese high school adolescents. Computers in Human Behavior, 18: 411-426
155. Ling IL, Chuang SCh, Hsiao ChH (2012) The effects of self-diagnostic information on risk perception of Internet addiction disorder: Self-positivity bias and online social support. Journal Applied Social Psychology, doi: 10.1111/j.1559-1816.2012.00933.x

156. Liu C-Y, Kuo F-Y (2007) A study of Internet addiction through the lens of the interpersonal theory. CyberPsychology & Behavior, 6: 799-804
157. Lloyd J, Doll H, Hawton K, Dutton WH, Geddes JR, Goodwin GM, Rogers RD (2010) Internet gamblers: A latent class analysis of their behaviours and health experiences. Journal Gambling Study, 26: 387-399
158. Ma HK (2011) Internet addiction and antisocial Internet behavior of adolescents. The Scientific World Journal, 11: 2187-2196
159. Ma HK, Li SC, Pow JWC (2011) The relation of Internet use to prosocial and antisocial behavior in Chinese adolescents. Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 14: 123-130
160. Mader R, Poppe H, Dillinger B, Musalek M (2010) “Internetsucht” – der pathologische PC-Gebrauch. Psychiatry Psychotherapy, 6: 57-61
161. Mattout J (2012) Brain-computer interfaces: A neuroscience paradigm of social interaction? A matter of perspective. Human Neuroscience, 6: art.114
162. McBride J, Derevensky J (2012) Internet gambling an risk-taking among students: an exploratory study. Journal of Behavioral Addiction, 1: 50-58
163. McBride J, Derevensky J (2009) Internet gambling behavior in a sample of online gamblers. International Journal Mental Health Addiction, 7: 149-167
164. Meerkerk GJ, Van Den Eijnden RJJ, Vermulst AA,Garretsen HFL (2009) The Compulsive Internet Use Scale (CIUS) some psychometric properties. CyberPsychology & Behavior, 12: 1-6
165. Mendhekar DN, Chittaranjan AC (2012) Emergence of psychotic symptoms during Internet withdrawal. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 66: 163-166
166. Messina ES, Iwasaki Y (2011) Internet use and self-injurious behaviors among adolescents and young adults: An interdisciplinary literature review and implications for health professionals. Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 14: 161-168
167. Mitchell KJ, Becker-Blease KA, Finkelhor D (2005) Inventory of problematic Internet experiences encountered in clinical practice. Professional Psychology: Research and Practice, 36: 498-509

168. Mitchell KJ, Sabina C, Finkelhor D, Wells M (2009) Index of Problematic Online Experiences: Item characteristics and correlation with negative symptomatology. Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 12: 707-711

169. Monette M (2012) Hooked on the Internet. Canadian Medical Association, 184: E284-E285

170. Morahan-Martin J (1999) The relationship between loneliness and Internet use and abuse. CyberPsychology & Behavior, 2: 431-441

171. Morahan-Martin J, Schumacher P (2000) Incidence and correlates of pathological Internet use among college students. Computers in Human Behavior, 16: 13-29

172. Morgan C, Cotton SR (2003) The relationship between Internet activities and depressive symptoms in a sample of college freshmen. CyberPsychology & Behavior, 6: 133-142

173. Mutschler J, Diehl A, Kiefer F (2007) Beschaffung psychotroper Substanzen über das Internet. Nervenarzt, 78: 818-820

174. Nalwa K, Anand AP (2003) Internet addiction in students: A cause of concern. CyberPsychologu & Behavior, 6: 653-656

175. Neo RL Skoric MM (2009) Problematic instant messaging use. Journal Computer-Mediated Comunication, 14: 627-657

176. Ng BD, Wiemer-Hasting P (2005) Addiction to the Internet and online gamimg. Cyberpsychology & Behavior, 8: 110-113

177. Nichols LA, Nicki R (2004) Development of Psychometrically Sound Internet Addiction Scale: A preliminary step. Psychology of Addictive Behaviors. 18: 381-384

178. Niculović M, Živković D, Manasijević D, Štrbac N (2012) Monitoring the effect of Internet use on students behavior case study: Technical Faculty Bor, University of Belgrade. Education in Technology Research Development, 60: 547-559

179. Niemz K, Griffiths M, Banyard P (2005) Prevalence of pathological Internet use among university students and correlations with self-esteem, the

general health questionnaire (GHQ) and disinhibition. CyberPsychology & Behavior, 6: 562-572

180. Ogińska-Bulik N (1996) Osobowościowe uwarunkowania nadużywania Internetu. Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologia, 9: 3-15

181. Ogińska-Bulik N (2010) Internetoholizm. W: Ogińska-Bulik (red.): Uzależnienie od czynności. Mit czy Rzeczywistość. Engram, Diffin, Warszawa, 53-84

182. O'Reilly M (1996) Internet addiction: a new disorder enters the medical lexicon. Canadian Medicine Associated Journal, 12: 1882-1883

183. Orzak MH (1998) Computer addiction: What is it? Psychiatric Times XV, 8

184. Orzak MH, Voluse AC, Wolf D, Hennen J (2006) An ongoing study of group treatment for men involved in problematic internet-enabled sexual behavior. Cyberpsychology & Behavior, 9: 348-360

185. Palesh O, Saltzman K, Koopman C (2004) Internet use and attitudes towards illicit Internet use behavior in a samle of Russian college students. CeberPsychology & Behavior, 7: 553-558

186. Pallanti S (2010) Problemowe użytkowanie Internetu: Czy bardziej kompulsywne niż nagradzające lub motywowane nastrojem. Postępy Psychiatrii i Neurologii 19: 260-260

187. Pallanti S, Bernardi S, Quaercieli L (2006) The Shorter PROMIS Questionnaire and the Internet Addiction Scale in the assessment of multiple addiction in a high-school population: prevalence and related disability. CNS Spectrums 11:12, 966-974

188. Panayides P, Walker MJ (2012) Evaluation of the psychometric properties of the Internet Addiction Test (IAT) in a sample of Cypriot high school students: The rasch measurement perspective. Europe's Journal of Psychology, 8: 327-351

189. Park MH, Park EJ, Choi J, Chai S, Lee JH, Lee Ch, Kim DJ (2011) Preliminary study of Internet addiction and cognitive function in adolescents based on IQ tests. Psychiatry Research, 190: 275-281

190. Park SM, Park YA, Lee HW, Jung LHY, Lee JY, Choi JS (2012) The effects of behavioral inhibition/approach system as predictors of Internet addiction in adolescents. Personality and Individual Differences, (w druku)

191. Parker JDA, Taylor RN, Eastabrook JM, Schell SL, Wood LM (2008) Problem gambling in adolescence: Relationship with Internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. Personality and Individual Difference, 45: 174-180

192. Pawłowska BA, Potembska E (2011) Involvement in the Internet and addiction to the mobile phone in Polish adolescents. XX European Congress of Psychiatry, Prague

193. Pies RW. Our uncivil society and Internet abuse: Time to end anonymous postings? www.medscape.com

194. Podoll K, Mörth D, Saβ H, Rudolf H (2002) Selbsthilfe im Internet. Chance und Risiken der Kommunikation in elektronischen Netzwerken. Nervenarzt, 73: 85-89

195. Podolska A (2012) W kręgu uzależnień behavioralnych Internet. Remedium

196. Pratarelli ME, Browne BL (2002) Confirmatory factor analysis on Internet use and addiction. CyberPsychology & Behavior, 5: 53-64

197. Pratarelli ME, Browne BL, Johnson K (1999) The bits and bytes of computer/Internet addiction: a factor analytic approach. Behavior Research Methods, Instruments & Computers, 31: 305-314

198. Roberts JA, Pirog SF (2012) A preliminary investigation of materialism and impulsiveness as predictors of technological addictions among young adults. Journal of Behavioral Addictions DOI: 10.1556/JBA.1,2012.011

199. Romano M, Osborne LA, Truzoli R, Reed P (2013) Differentiall psychological impact of Internet exposure on Internet addicts. PLoS ONE, 8: e55162

200. Ross MW, Månsson S-A, Danebeck K (2012) Prevalence, severity, and correlates of problematic sexual Internet use in Swedish men and women. Archives of Sexual Behavior, 41: 459-466

201. Sánchez-Carbonell X, Beranuy M, Castellana M, Chamarro A, Oberst U (2008) La adiccion a Internet y al movil; moda o trastorno? Adicciones, 20: 149-160
202. Scherer K (1987) College live on-line: Healthy and unhealthy Internet use. Journal of College Student Development, 38: 655-665
203. Schoofs N, Heinz A (2012) Pathologisches Spielen. Impulskontrolstörung, Sucht oder Zwang? Nervenarzt, DOI 10.1007/s00115-012-3581-y
204. Selwyn N (2003) Schooling the mobile generation: The future for schools in the mobile-networked society. British Journal of Sociology and Education. 24: 131-144
205. Shaffer HJ (1997) The most important unresolved issue in the addictions: Conceptual chaos. Substance Use & Misuse, 32: 1573-1580
206. Shaffer HJ (2002) Is computer addiction a unique psychiatric disorder? Psychiatric Times April XIX, 4
207. Shapira NA, Goldsmith TD, Keck PE, Khosla UM, McElroy SL (2000) Psychiatric features of individuals with problematic Internet use. Journal Affective Disorders, 57: 267-272
208. Shaffer HJ, Hall MN, Bilt JV (2000) “Computer addiction”: A critical consideration. American Journal of Orthopsychiatry, 70: 162-168
209. Shapira NA, Lessig MC, Goldsmith T, Szabo ST (2003) Problematic Internet use: proposed classification and diagnostic criteria. Depression and Anxiety, 17: 207-216
210. Shaffer HJ, Peller AJ, Oaplante DE, Nelson SE, Labrie RA (2010) Toward a paradigm shift in Internet gambling research: From opinion and self-report to actual behavior. Addiction Research and Therapy, 18: 270-289
211. Shaw M, Black DW (2008) Internet Addiction. Definition, assessment, epidemiology and clinical management. CNS Drugs, 22: 353-365
212. Shaw M, Black DW (2009) Nałogowe korzystanie z Internetu. Medycyna Praktyczna, 3: 44-56

213. Shankar R (2012) NU (DE) media: A preliminary study into the young peoples' access to pornography through the new media. Indian Streams Research Journal, 2: 1-4
214. Shepard RM (2009) Dangerous consumption beyond the grave: Psychic hotline addiction for lonely hearts and grieving souls. Addiction Research and Theory, 17: 278-290
215. Shi J, Chen Z, TianM (2011) Internet self-efficacy, the need for cognition, and sensation seeking as predictors of problematic use of the Internet. Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 14: 231-234
216. Shields N, Kane J (2011) Social and psychological correlates of Internet use among college students. Cyberpsychology, Journal of Psychological Research on Cyberpace. 5,1, art 2:1-11
217. Shotton MA (1991) The costs and benefits of "computer addiction". Behaviour & Information Technology, 10: 219-230
218. Simons KE, Braimiotis D, Floros GD, Dafoulis V, Angelopoulos NV (2010) Insomnia symptoms among Greek adolescent students with excessive computer use. Hippokratia, 14: 203-207
219. Sim T, Gentile DA, Bricolo F, Serpelloni G, Gulamoydeen F (2012) A conceptual review of research on the pathological use of computers, video games and the Internet. International Journal of Mental Health Addiction (w druku)
220. Sjoberg L, Fromm J (2001) Information technology risks as seen by the public. Risk Analysis, 21: 427
221. Sołtysiak T (1997) Uzależnieni od komputera (doniesienie z badań) Problemy Alkoholizmu, 10-12
222. Song I, Larose R, Eastin MS, Lin CA (2004) Internet gratifications and Internet addiction: On the uses and abuses of new media. CyberPsychology & Behavior, 7: 384
223. Stamoulis K, Farley F (2010) Conceptual approaches to adolescent online risk-taking. Cyberpsychology, Journal of Psychological Research on Cyberspace, 1, 1: 1-9

224. Stein DJ (1997) Internet addiction, Internet psychotherapy. American Journal of Psychiatry, 153: 890-890
225. Stracevic V (2010) Problemowe użytkowanie Internetu: odrębne zaburzenie, przejaw głębszej psychopatologii czy niepożądane zachowanie? Postępy Psychiatrii i Neurologii, 19: 255
226. Styra R (2004) Response: The Internet's impact on the practice of psychiatry. The Canadian Journal of Psychiatry, 49: 868-868
227. Suler JR (1999) To get what you need: Healthy and pathological Internet use. CyberPsychological & Behavior, 5: 385-394
228. Szabo A, Kocsis D (2012) Susceptibility to addictive behaviour in online and traditional poker playing environments. Journal of Behavioral Addiction, 1: 23-27
229. Śpiewak J (2006) Internetowe stereotypy. Niebieska Linia, 1/42, 30-34
230. Tao R, Huang X, Wang J, Zhang H, Zhang Y, Li M (2010) Proposed diagnostic criteria for Internet addiction. Addiction, 105: 556-564
231. Thatcher A, Wretschko G, Fisher J (2007) Problematic Internet use in South African information technology workers. Springer
232. Thorens G, Khazaal Y, Billieux J, Van der Linden M, Zullino D (2009) Swiss psychiatrists' beliefs and attitudes about Internet addiction. Psychiatric Quarterly, 80: 117-123
233. Thorens G, Wullschleger A, Khan R, Achab S, Zullino DF (2012) What is addictive in Internet? The Open Addiction Journal, 5: supl 1: M2, 14-19
234. Tokunaga RS, Rains S (2010) An evaluation of two characterizations of the relationships between problematic Internet use, time spent using the Internet and psychosocial problems. Human Communication Research, 36: 512-545
235. Treuer T, Fábián Z, Füredi J (2001) Internet addiction associated with features of impulse control disorder: Is it a real psychiatric disorder? Journal of Affective Disorders, 66: 283
236. Tsai CC, Lin SSJ (2003) Internet addiction of adolescents in Taiwan: An interview study. CyberPsychology & Behavior, 6: 649-652

237. Tsitsika A, Critselis E, Janikian M, Kormas G, Kafetzis DA (2011) Associations between Internet gambling and problematic Internet use among adolescents. Journal of Gambling Studies, 27: 389-400

238. Tsitsika A, Critselis E, Kormas G, Filippopoulou., Tounissidou D, Frskou A, Spiliopoulou T, Louizou A, Konstantoulaki E, Kafetzis D (2009) Internet use and misuse: A multivariate regression analysis of the predictive factors of Internet use among Greek adolescents. European Journal of Pediatrics. 168: 655-665

239. Van de Eijnden RJJM, Spijkerman R, Vermulst AA. van Rooij TJ, Engels RCM (2010) Compulsive Internet use among adolescents: Bidirectional parent-child relationships. Journal of Abnormal Child Psychology, 38: 77-89

240. Van der AN, Overbeek G, Engels RCME, Scholte RHJ, Meerkerk GJ, Van den Eijnden RJJM (2009) Daily and compulsive Internet use and well-being in adolescence: A diathesis-stress model based on big five personality traits. Journal of Youth and Adolescence, 38: 765-776

241. Vanea MO (2011) Intensive/excessive use of Internet and risks of Internet addiction among specialized workers - gender and online activities differences. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 30: 757-764

242. Van Rooij J, Zinn MF, Schoenmakers TM, van de Mhen D (2012) Treating Internet addiction with cognitive-behavioral therapy: A thematic analysis of the experiences of therapists. International Journal of Mental Health Addiction, 10: 69-82

243. Vraga EK (2011) Dealing with dissonance: Responding to an incongruent test result in a new media environment. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 14: 689-694

244. Weinstein AM (2010) Computer and video game addiction - a comparison between game users and non-game users. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 36: 268-276

245. Weinstein A, Lejoyeux M (2010) Internet addiction or excessive Internet use. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 36: 277-283

246. Whang LSM, Lee S, Chang G (2003) Internet over-users psychological profiles: A behavior sampling analysis on Internet addiction. CyberPsychology & Behavior, 6: 143-151

247. Widyanto L, Griffiths M (2006) Internet addiction: A critical review. International Journal of Mental Health Addiction. 4: 31:51

248. Widyanto L, Griffiths MD, Brunsden V (2011) A psychometric comparison of the Internet Addiction Test, the Internet Related Problem Scale, and self-diagnosis. Cyberpsychology, Behavior, and Social Network, 14: 141-149

249. Widyanto L, Griffiths M, Brunsden V, McMurran M (2008) The psychometric properties of the Internet Related Problem Scale. International Journal of Mental Health and Addiction, 6: 205-213

250. Widyanto L, McMurran M (2000) The psychometric properties of the Internet Addiction Test. CyberPsychology & Behavior, 7: 443-450

251. Wieland DM (2005) Computer addiction: Implications for nursing psychotherapy practice. Perspectives in Psychiatric Care, 41:153-161

252. te Wildt BT (2011) Internet dependency: Symptoms, diagnosis and therapy. W: Cornelius K, Hermann D (red.): Virtual Worlds and Criminality, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 61-78

253. Wölfling K, Bühler M, Lemenager T, Mörsen C, Mann K (2009) Glücksspiel- und Internetsucht. Nervenarzt, 80:1030-1039

254. Wölfling K, Müller KW (2010) Pathologisches Glücksspiel und Computerspielabhängigkeit. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheistforschung – Gesundheitsschutz, 53: 306-312

255. Wölfling K, Müller KW, Beutel ME (2011) Treating Internet addiction: First results on efficacy of a standardized cognitive-behavioral therapeutic approach. 20th European Congress of Psychiatry

256. Yang SC, Tung CJ (2007) Comparison of Internet addicts and non-addicts in Taiwanese high school. Computers in Human Behavior, 23: 79-96

257. Yen CF, Yen JY, Ko CH (2010) Uzależnienie od Internetu: badania prowadzone obecnie w Azji. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 19: 261

258. Yen JY, Ko CH, Yen CF, Chen CS, Chen CC (2009) Psychiatric symptoms in adolescents with Internet addiction: Comparison with substance use. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 62: 9-16
259. Yen JY, Ko CH, Yen CF, Chen CS, Chen CC (2009) The association between harmful alcohol use and Internet addiction among college students: comparison of personality. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 63: 218-224
260. Yen JJ, Yen CF, Chen CS, Tang TC, Ko CH (2009) The association between adult ADHD symptoms and Internet addiction among college students: The gender differences. Cyberpsychology & Behavior, 12: 187-191
261. Yen JJ, Yen CF, Wu HY, Huang CJ, Ko CH (2011) Hostility in the real world and online: The effect of Internet addiction, depression, and online activity. Cyberpsychology, Behavior, and Social Network, 14: 649-655
262. Yoo HJ,Cho SC, Ha J, Yune SK, Kim SS, Hwang J, Chung A, Sung YH, Lyoo IK (2004) Attention Deficit Hyperactivity symtoms and Internet addiction. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 58: 487-494
263. Young KS (1998) Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. CyberPsychology & Behavior, 1, 3: 238-255
264. Young KS (1999) The research and controversy surrounding Internet addiction. CyberPsychology & Behavior, 2: 381-383
265. Young KS (1999) Internet addiction: Symptoms, evaluation, and treatment. W: VandeCreek L, Jackson TL (red.): Innovations in Clincal Practice, vol. 17: Sarasota, Professional Resource Press
266. Young KS (2007) Cognitive-behavioral therapy with Internet addicts: treatment outcomes and implications. CyberPsychology & Behavior, 10: 671-679
267. Young K (2010) Uzależnienie od Internetu w ubiegłej dekadzie: spojrzenie wstecz z perspektywy osobistej. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 19: 253-254
268. Young K (2009) Internet addiction: Diagnosis and treatment considerations. Journal of Contemporary Psychotherapy, 39: 241-246
269. Young KS, Case CJ (2004) Internet abuse in the workplace: New trends in riksk management. CyberPsychology & Behavior, 7: 105-111

270. Young KS, Rogers RC (1998) The relationship between depression and Internet addiction. CyberPsychology & Behavior, 1: 25-34

271. Yuen CN, Lavin MJ (2004) Internet dependence in the collegiate population: The role of shyness. CyberPsychology & Behavior, 4: 379-383

272. Zhou ZH, Yuan GZ, Yao LL, Li C, Cheng ZH (2010) An event-related potential investigation of deficient inhibitory control in individuals with pathological Internet use. Acta Neuropsychiatrica, 22: 228-236

273. Zheng XJ, Zhang X, Gong XT (2012) Mind-regulating needling plus psychological guidance for Internet addiction: A report of 38 cases. Journal of Acupuncture Tuina Sciences, 10: 160-161

274. Zhu TM, Li H, Jin R-J, Zheng Z, Luo Y, Ye H, Zhu H-M (2012) Effects of electroacupuncture combined psycho-intervention on cognitive function and event-related potentials P300 and mismatch negativity in patients with Internet addiction. Chinese Journal of Integral Medicine, 18: 146-151

Nałogowe używanie komputera

Synonim: kompulsywne (natrętne) zachowania związane z używaniem Internetu (*ang.: compulsive computer use behawior*) (Black i wsp. 1999)

Tylko nieliczne i starsze badania dotyczą kompulsywnego używania komputera. W praktyce ten obszar badawczy został wchłonięty przez nałogowe korzystanie z Internetu oraz z gier komputerowych.

Nałogowe używanie gier komputerowych

Synonimy i eponimy: nałóg gier komputerowych (ang.: *video games addiction* Carbonelli i wsp. 2009, niem.: *Computerspielsucht* Beutel i wsp. 2011), patologiczne granie w gry wideo (ang.: *pathological video-gaming*) (Choo i wsp. 2010), nadmierne używanie gier (ang.: *excessive game playing or use*)

Rozpowszechnienie

W większości przypadków badania nad rozpowszechnieniem korzystania i nałogowego używania gier komputerowych cechują się:

-korzystaniem z metodologii używanej w innych nałogach behawioralnych, a w szczególności, w nałogach związanych z nowymi technologiami uzależnieniach grania i grania nałogowego. Dokonuje się przy tym stosownych modyfikacji.

-najczęściej stosowano narzędzia, oparte o addyktywną koncepcję nałogowego korzystania z gier.

-zawężeniem przedmioty badawczego do populacji dzieci, młodzieży i – rzadziej – studentów uniwersytetów, czyli populacji o największym dostępie do komputerów i największym rozpowszechnieniu tego zjawiska.

-uzupełnieniem wyników rozpowszechnienia nałogowego korzystania z gier o opis jakości i wielkości korzystania z gier u osób bez nałogu, czasami szkody

zdrowotne (psychopatologiczne i, rzadziej, somatyczne) oraz zaburzenia funkcjonowania w rolach społecznych.

W badaniach niemieckich na populacji 7069 osób oceniono, że nadmiernie używa gier komputerowych ok. **11,5%** populacji dzieci i młodzieży (Grüsser i wsp. 2007). W badaniach tych pprzyjęto kryteria uzależnienia w g ICD-10.

Natomiast w Chinach oceniono, że nałogowo korzysta z gier komputerowych **10,3%** badanej młodzieży (Penk i Li 2009).

W 2010 roku opublikowano również badania z Singapuru. Przebadano tam 2998 dzieci i młodzieży. Używano narzędzia przesiewowego, składającego się z 10 itemów, które zaadaptowano z kryteriów patologicznego hazardu wg DSM IV. Za nałogowych graczy uznawano osoby, które w 10-itemowej skali twierdząco odpowiedziały na co najmniej 10 twierdzeń. Stwierdzono, że **8,7%** z nich spełnia kryteria patologicznego grania (Choo wsp. 2010).

W Stanach Zjednoczonych przebadano 2028 młodzieży i stwierdzono, że ponad połowa z nich (51,2%, z tego 76,3% chłopców i 29,2% dziewcząt) miało doświadczenia z grami komputerowymi. Spośród grających **4,9%** relacjonowało problemowe granie: nieudane próby zaprzestania grania, doświadczanie irytującej potrzeby grania oraz napięcia, gdy to było niemożliwe. Nie stwierdzono, aby osoby grające problemowo miały inne poważniejsze problemy (regularne palenie, używanie substancji, depresje i bójki).

W badaniach na reprezentatywnej dla USA grupie 1178 dzieci i młodzieży w wieku 8-18 lat stwierdzono patologiczne używanie gier komputerowych u **8%** badanych (Gentile 2009).

W badaniach australijskich (Thomas i Martin 2010) opierano się na zmodyfikowanych dla młodzieży kryteriach DSM IV dla patologicznego hazardu. Korzystano przy tym z 9-punktowej skali opracowanej dla młodzieży przez Fischera (1994). Stosowano również kwestionariusz YDQ Young (1994) opracowany oryginalnie do diagnozowania nałogowego korzystania z Internetu i zmodyfikowanego pod kątem aktywności w grach komputerowych. Poza tym oceniano jakościowo i ilościowo korzystanie z gier. Zbadano 1326 uczniów i młodszych studentów z Tasmanii. Największe rozpowszechnienie nałogów stwierdzono u uczniów szkół ponadpodstawych (ang.: *secondary schools*): nałogowe korzystanie z gier komputerowych **7%**, z gier video - **7%** i od Internetu - 5,2%. U studentów koledżów było to odpowiednio: **3,3%, 1,5%** i 5,6%, a wśród studentów uniwersytetu: **2,6%**, **0,3%** i 3,2%. We wszystkich grupach zjawisko to było częstsze u osób płci męskiej.

Także w innych badaniach z Australii donoszono o podobnym rozpowszechnieniu problemowego używania gier komputerowych – **8%** (Porter i wsp. 2010).

W Holandii badano natrętne używanie Internetu za pomocą skali: The Compulsive Internet Use Scale - CIUS (Merkerk i wsp. 2009), natomiast korzystanie z gier komputerowych oceniano ilościowo. Dwukrotnie badano dzieci i młodzież w wieku 13-17 lat (odpowiednio 4559 i 3740 osób). Zidentyfikowano dwie główne grupy graczy: jedna to osoby nazwane intensywnymi graczami (ang.: *heavy online gamers*) z objawami uzależnienia i tacy sami, ale bez objawów uzależnienia. Obie te grupy tylko nieznacznie różniły się nie tylko miedzy sobą, ale również w odniesieniu do innych grup, które nie korzystały intensywnie z gier komputerowych. W sumie

stwierdzono występowanie 6 grup dzieci i młodzieży: w pierwszych 4 grupach mieściło się 95% badanych, u których stwierdzono liniową zależność między liczbą godzin poświęconych grom a nałogowym używaniem Internetu (mierzonym CIUS). Piąta ok. 1-2% grupa to osoby, które poświęcały grom dużo czasu, ale nie wykazywały tendencji do uzależniania się (CIUS). Szóstą, ok. **3%** grupę stanowiły osoby, które grom internetowym poświęcały bardzo dużo czasu (średnio ok. 55 godz./tydzień) i miały wysokie wyniki w skali CIUS. Nazwano ich nałogowymi intensywnymi graczami internetowymi. Po przeliczeniach ustalono, że można szacować średnie rozpowszechnienie nałogowego grania w Holandii na **1,5%** w 2008 roku i **1,6%** w 2009 roku (van Rooij i wsp. 2010)

Ci sami autorzy opublikowali w 2012 r. walidyzację własnej specyficznej skali do oceny nałogowego korzystania z gier komputerowych: Video game Addiction Test – VAT (van Rooij i wsp. 2012).

Czynniki ryzyka

Badania nad czynnikami ryzyka w przypadku patologicznego używania gier komputerowych są trudne. Zupełnie brakuje badań prospektywnych, natomiast większość prac opiera się na porównywaniu dwóch grup dzieci i młodzieży: tych z problemowym używaniem gier z korzystającymi z gier bez cech natręctw i nałogów.

Kuss i Griffith (2012) przeglądnęli bazy danych m.in. w poszukiwaniu czynników etiologicznych i czynników ryzyka.

Stosunkowo najwięcej danych dotyczy <u>cech osobowości</u> predysponujących do problemowego korzystania z gier komputerowych. Znaleźli oni 12 prac poświęconych temu zagadnieniu i stwierdzili znaczące różnice między nimi: od opisów kazuistycznych po duże badania populacyjne. Większość badań dotyczyła grupy

największego ryzyka, jaką są osoby młode: od pierwszych klas szkoły podstawowej po studentów uniwersytetów.

Cechy osobowości oceniane były bardzo różnymi narzędziami.

W badaniach wykazano u osób problemowo lub nałogowo używającymi gier istotnie częstsze występowanie takich cech osobowości jak:

-cechy osobowości unikającej lub schizoidalnej (Alison i wsp. 2006),

-samotność i introwersja (Caplan i wsp. 2009),

-agresywność wrogość (Caplan i wsp. 2009, Chiu i wsp. 2004, Kim i wsp. 2008, Mehroof i Griffith 2010),

-zahamowanie społeczne (Porter i wsp. 2010),

-skłonność do nudzenia się (Chiu i wsp. 2004),

-poszukiwanie stymulacji (Chiu i wsp. 2004, Mehroof i Griffith 2010),

-upośledzona samokontrola i cechy narcystyczne (Kim i wsp. 2005),

-niska samoocena (Ko i wsp. 2005),

-neurotyczność (Peters i Maleski 2008, Mehroof i Griffith 2010),

-lęk (zarówno jako cecha jak i stan) (Mehroof i Griffith 2010),

-mała inteligencja emocjonalna (Parker i wsp. 2008),

-mała samoskuteczność w realnym życiu, kontrastująca z dużą samoskutecznością w świecie wirtualnym (Jeong i Kim 2010),

-upośledzona zdolność do zgody (Peters i Maleski 2008).

Drugim dużym obszarem czynników ryzyka rozwinięcia się nałogowego grania są czynniki motywacyjne. Kuss i Griffith (2012) znaleźli 13 prac poświęconych tym czynnikom. I w tym przypadku badania dotyczyły zróżnicowanych grup badanych

(różny wiek, różnie definiowane problemowe korzystanie z gier), różnych metodologii (w tym narzędzi badawczych – autorzy je wyliczają).

Praca ta wykazała rolę następujących czynników motywacyjnych w podejmowaniu decyzji o graniu:

-radzenie sobie z negatywnymi emocjami, stresem, strachem i jako ucieczka (Grüssr i wsp. 2005, Ng i Wiemer-Hastings 2005, Wan i Chiou 2006, Hussain i Grifith 2009, King i Delfabbro 2009),

-dysocjacja (Beranuy i wsp. 2010),

-wirtualne przyjaźnie (Ng i Wiemer-Hastings 2005, Caplan i wsp. 2009, Hsu i wsp. 2009, King i Delfabro 2009, Beranuy i wsp. 2010),

-zabawa (Wan i Chiou 2006, Beranuy i wsp. 2010),

-żartobliwość i lojalność (Lu i Wang 2008),

-wzmocnienie, mistrzostwo, kontrola, poznawanie, realizacja, podniecenie i zmiana (Wan i Chiou 2006, King i Delfabbro 2009, King i wsp. 2011)

-ciekawość i zobowiązanie (Hsu i wsp. 2009),

-wzmocnienie (Hsu i wsp. 2009, King i wsp. 2010),

-pogrążenie się (Caplan i wsp. 2009),

-duża wewnętrzna motywacja do gry jako opozycyjna do zewnętrznej motywacji (Wan i Chiou 2007).

Jednym z istotnych czynników wpływających na podejmowanie decyzji o graniu jest atrakcyjność gry i jej charakterystyka strukturalna (Kuss i Griffith 2012).

W kilku pracach podejmowano tematykę patofizjologii. Prace te były znacznie zróżnicowane: od opisów kazuistycznych przypadków po badania kontrolowane.

W badaniach genetycznych stwierdzono w grupie z problemami z graniem częstsze występowanie polimorfizmów genowych, często spotykanych u osób uzależnionych od substancji (allel Taq1A1 warunkujący aktywność receptora dopaminergicznego D_2, i Val158Met enzymu COMT, który metabolizuje dopaminę (Han i wsp. 2007). Tego typu konfiguracja genów warunkujących aktywność układu dopaminergicznego może wiązać się z niedowartościowością tego układu, który odpowiada za mechanizmy warunkowania. Z innych badań wiadomo, że uczestniczenie w grach wiąże się z wyrzutem dopaminy w *striatum* (Koepp i wsp. 1998). Polimorfizmy ww. genów być może mogą być markerami podatności na uzależnienie od gier.

Badania elektroencefalograficzne wykazały u graczy zmniejszoną ilość snu wolnofalowego oraz wydłużoną latencje snu (Dworak i wsp. 2007). Prawdopodobnie jest to marker zaburzen, a nie podatności.

Natomiast badania z zastosowaniem fMRI wykazały, że gracze mają nadreaktywność na bodźce związane z graniem podobne jak osoby z patologicznym hazardem oraz uzależnieni od niektórych substancji psychoaktywnych (Hoeft i wsp. 2008, Ko i wsp. 2009, Han wsp. 2010). Zmiany te są umiejscowione w tych samych miejscach, co u uzależnionych. Zmiany te mają prawdopodobnie charakter wtórny, ponieważ ustępują po terapii, także niebiologicznej (Ko i wsp. 2011).

Profilaktyka

Postuluje się, aby tworzyć programy profilaktyczne nakierowane zarówno na zapobieganie patologicznym zachowaniom związanym z używaniem Internetu, jak i z używaniem gier komputerowych, ponieważ oba problemy często występują wspólnie

i powodują duże szkody psychospołeczne i zmniejszenie aktywności fizycznej (de Leeuw i wsp. 2010).

Jeszcze obszerniejsze, bo nacelowane na wszystkie zachowania nałogowe, są programy profilaktyczne adresowane są do uczniów w wieku 12-15 lat. Pierwsze doniesienia wykazały ich skuteczność również w odniesieniu do gier komputerowych (Kalke i Raschke 2004).

Griffith i Meredith (2009) zwrócili uwagę na szczególna rolę rodziców i profesjonalistów w zapobieganiu nadmiernemu korzystaniu z gier komputerowych/internetowych. Rolę profilaktyczną mają odgrywać rozmowy z dziećmi na temat pozytywnych i negatywnych konsekwencji używania gier komputerowych, oraz pomoc w ich doborze. Kolejnym zadaniem jest nauczenie różnic między przekonaniami a faktami. Rodzice powinni również być wyczuleni na możliwość nałogowego korzystania z gier oraz wykorzystywać inne z całej gamy możliwości spędzania czasu przez dzieci i młodzież.

Jedną z głównych kwestii jest dostarczenie rodzicom i profesjonalistom odpowiedzi na pytanie, gdzie jest granica, która powinna niepokoić. Griffith (2003) wymienia siedem takich orientacyjnych punktów:

1. Granie codzienne,
2. Granie dłuższe niż 3-4 godziny dziennie,
3. Granie w celu osiągniecia podniecenia,
4. Niepokój, drażliwość i zmiany nastroju w przypadku braku możliwości grania,
5. Poświęcanie społecznych i sportowych aktywności na rzecz grania,
6. Granie z zaniedbywaniem prac domowych,

7. Nieskuteczność prób zaprzestania grania.

W powyższym opracowaniu rekomenduje konkretne postępowania o charakterze pedagogicznym (Griffith 2003).

W naukowym piśmiennictwie brak jest szczegółowych opisów programów profilaktycznych, a szczególnie oceny ich efektywności.

Leczenie

Internetowe strony informacyjne i internetowe grupy wsparcia

Griffith przywiązuje dużą wagę do działalności informacyjnej i wspomagającej on-line (Griffith 2005). Strony internetowa i fora dyskusyjno-poradnicze są bardzo rozpowszechnione i zajmują się również radami z dziedziny profilaktyki, rozpoznawania i pomocy osobom z uzależnieniami behawioralnymi, w tym z problemami spowodowanymi niekontrolowanym korzystaniem z gier komputerowych. Poziom tych stron jest zróżnicowany: od prowadzonych przez instytucje i profesjonalistów, poprzez ruchy samopomocowe, aż po samych użytkowników, którym udało się zaprzestać nałogowego grania. Na ogół treści dotyczą postępowania profilaktycznego, wczesnego rozpoznawania problemów związanych z grami komputerowymi oraz sposobów radzenia sobie z nimi. Jednymi z bardziej popularnych są strony organizowane przez organizacje samopomocowe np. On-Line Gamers Anonimous, którzy oferują pomoc opartą o teoretyczne założenia modelu Minnesota i Programu 12 Kroków.

Brak raportów naukowych na temat rutynowych programów terapeutycznych, choć nieco wiadomo na ten temat z doniesień prasowych i stron internetowych (Griffith 2007).

Farmakoterapia

Próby zastosowania farmakoterapii w nałogowym uprawianiu gier komputerowych są nieliczne.

Han i wsp. (2010) nawiązali do swoich wcześniejszych badań, w których wykazali, że u osób nałogowo grających w gry komputerowe występują podobne reakcje pobudzenia o.u.n. w odpowiedzi na bodźce związane z graniem, jak u osób uzależnionych od substancji reagujących na bodźce związane z alkoholem lub narkotykami (Han i wsp. 2008, Ko i wsp. 2009). Bupropion został wybrany ze względu na jego pobudzający profil kliniczny i neurofizjologiczny oraz zachęcające wyniki w leczeniu uzależnień (głównie od tytoniu, ale i kokainy) oraz patologicznego hazardowania się (Han i wsp. 2010). W wyniku zastosowanego leczenia obserwowano znaczącą statystycznie poprawę w zakresie zmniejszenia chęci grania (ang.: *craving*), czasu spędzonego na graniu oraz poprawę funkcjonowania w rolach społecznych, a także normalizację parametrów elektrofizjologicznych.

Podobne wyniki uzyskano w łączonym leczeniu: psychoterapia behawioralno-poznawcza + bupropion u młodzieży z problemowym graniem on-line i zaburzeniami depresyjnymi (Kim i wsp. 2012).

Psychoterapia

Psychoterapia jest głównym sposobem pomagania osobom nałogowo grającym.

Najczęściej opisywane są programy i ich wyniki oparte o model behawioralno-poznawczy (CBT). CBT jest skuteczna w leczeniu zaburzeń depresyjnych i lękowych, a także w leczeniu niektórych uzależnień. Podstawowymi założeniami tej terapii w leczeniu nałogów behawioralnych jest uzyskanie wglądu w zaburzoną sferę

emocjonalną, nauczenie się radzenia sobie z nimi oraz zapobieganie nawrotom (Orzak i wsp. 2006, Young 2007).

Na ogół terapie te są niespecyficzne, adresowane do szerszej grupy zaburzeń: uzależnień, w tym behawioralnych, a w tym do zaburzeń związanych z nowymi technologiami, a co najwyżej adaptowane do konkretnych adresatów (np. nałogowego korzystania z Internetu).

Na pojedynczych przypadkach opisano takie terapie (Kuczmierczyk i wsp. 1987, Keepers 1990).

Kim i wsp. (2012) opisali modelową CBT, składającą się z ośmiu sesji, a zawierającą: informacje wstępne, poznanie motywów korzystania z gier oraz irracjonalnych przekonań, rozwiazywanie problemów i podejmowanie decyzji, trening umiejętności komunikacji, trening kontrolowania zachowań, terapię rodzinną i zapobieganie nawrotom.

Ci sami autorzy stosowali terapię rodzinną i obserwowali, że w jej wyniku również dochodziło do normalizacji nadmiernego pobudzenia w ośrodkach związanych z reagowaniem na bodźce (Han i wsp. 2012).

Piśmiennictwo

1. Achab S, Nicolier M, Mauny F, Trojak B, Vandel P, Sechter D, Gorwood P, Haffen E (2011) Massively multiplayer online role-playing games: comparing characteristics of addict vs non-addict online recruited gamers in a French adult population. BMC Psychiatry, 144: 3-12
2. Allison SE von Wahlde L, Shockley T, Gabbard GO (2006) The devolopment of the self in the era of the Internet and role-playing fantasy games. American Journal of Psychiatry, 163: 381- 385
3. Aymerich-Franch L (2010) Presence and emotions in paying a group game in a virtual environment: The influence of body participation. Cyberpsychology, Behavior,and Networking, 13: 649-654
4. Beutel ME, Wölfing K, Müller KW, Mulot C, Subic-Wrana C (2011) Computerspiel- und Internetsucht. Stationäre psychodynamische Behandlung von jungen Männer. Psychotherapeut, 56: 532-534
5. Bioulac S, Arfi L, Bouvard PM (2008) Attention deficit/hyperactivity disorder and video games: A comparative study of hyperactive and control children. European Psychiatry, 23: 134-141
6. Caplan SE, Williams D, Yee N (2009) Problematic Internet use and psychosocial well-being among MMO players. Computers in Human Behavior. 25: 1312-1319
7. Carbonell XS, Beranuy M, Castellana M, Chamarro A. Oberst U (2008) La addiccion a Internet yal movil: moda o trastorno? Adicciones, 20: 149-160
8. Carbonell X, Guardiola E, Beranury M, Belles A (2009) A bibliometric analysysis of the scientific literature on Internet, video games and cell phone addiction. Journal of Medical Libraries Association, 97: 102-107
9. Chan PA, Rabinowitz T (2006) A cross-sectional analysis f video games and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adolescents. Annals of General Psychiatry,
10. Chiu S-I, LeeJ-Z, Huang D-H (2004) Video game addiction in children and teenagers in Taiwan. CyberPsychology & Behavior, 7: 571-581

11. Choo H, Gentile DA, Sim T, KhoA, Liau AK (2010) Pathological video-gaming among Singapore youth. Annals of Academy of Medicine in Singapore, 39: 822-829
12. Chory RM, Goodboy AK (2011) Is basic personality related to violent and non-vilent video game play and preferences? Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 14: 191-198
13. De Leeuw JRJ, de Bruijn M, de Weert-van Oene GH, Schrijvers AJP (2010) Internet and game behaviour at a secondary school and a newly developed health promotion programme: a prospective study. BMC Public Health, 10: 544
14. Desai RA, Krishnan-Sarin S, Cavallo D, Potenza MN (2010) Video-gaming among high school students: Health correlates, gender differences and problematic gaming. Pediatrics, 126: e1414-e1424
15. Dong G, DeVito E, Huang J, Du X (2012) Diffusion tensor imaging reveals thalamus and posterior cingulated cortex abnormalities in internet gaming addicts. Journal of Psychiatric Research, 46: 1212-1216
16. Dowling N, Smith D, Thomas T (2005) Electronic gaming machines: are they the 'crack-cocaine' of gambling? Addiction, 100: 33-45
17. Dreier M, Giralt S, Muller KW, Duven E (2011) Computer game addiction in a highly professional user-group. 20th European Congress of Psychiatry, Prague
18. Duven E, Unterrainer J, Wölfling KW (2011) Gaming addiction – Disturbed impulse control in Internet addicts and pathological gamblers. 20th European Congress of Psychiatry, Prague
19. Dworak M, Schierl T, Bruns T, Struder HK (2007) Impact of singular excessive computer game and television exposure on sleep patterns and memory performances of school-aged children. Pediatrics, 120: 978-985
20. Fong T, Kalechstein A, Bernhard B, Rosenthal R, Rougle L (2008) A double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine for the treatment of video poker pathological gamblers. Pharmacology, Biochemistry and Behavior, 89: 298-303
21. Gentile DA (2006) Pathological video game use among youth 8-19. A national study. Psychological Sciences. 20: 594-602

22. Gentile DA, Choo H, Liau A, Sim T, Li D, Fung D, Khoo A (2011) Pathological video game use among youth: A two-year longitudinal study. Pediatrics, 127: e319-e329
23. Griffith MD (2003) Viedeogames. Advice for teachers and parents. Education and Health, 21: 48-49
24. Griffith MD (2007) Online gaming addictions. Legislation or moderation. E-commerce. Low & Policy, 6: 10-11
25. Griffith MD (2010 The use of online methodologies in data collection for gambling and gaming addiction. International Journal of Mental Health and Addiction, 8: 8-20
26. Griffiths MD, Dancaster I (1995) The effect of type a personality on physiological arousal while playing computer games. Addictive Behaviors, 20: 543-548
27. Griffith MD, Davies MNO, Chappell D (2004) Demographic factors and playing variables in online computer gaming. CyberPsychology & Behavior, 7: 479-487
28. Griffiths MD, Meredith A (2009) Videogame addiction and its treatment. Journal of Contemporary Psychotherapy, 39: 247-253
29. Griffiths M, Wood RTA (2000) Risk factors in adolescence: The case of gambling, videogame playing and the Internet. Journal of Gambling Studies, 16: 199-225
30. Grüsser SM, Thaleman R, Griffith MD (2007) Excessive computer game playing: Evidence for addiction and depression? Cyberpsychology and Behavior, 10: 290-295
31. Han DH, Lee YS, Yang KC, Kim EY, Luoo IK, Renshaw PF (2007) Dopamine genes and reward dependence in adolescents with excessive Internet video game play. Journal of Addiction Medicine, 1: 251-256
32. Han DH, Hwang JW, Renshaw PF (2010) Bupropion sustained release treatment decreases craving for video games and cue-induced brain activity in patients with Internet video game addiction. Experimental and Clinical Psychopharmacology, 18: 297-304

33. Han DH, Kim YS, Lee YS, Min KJ, Renshaw PF (2010) Changes in cue induced prefrontal cortex activity in video-game play. Cyberpsychology, Behavior, and Social Network, 13: 655-661
34. Han DH, Kim SM, Lee YS, Renshaw PF (2012) The effect of family therapy on the changes in the severity of on-line game play and brain activity in adolescents with on-line game addiction. Psychiatry Research: Neuroimaging, 202: 126-131
35. Hoeft F, Watson CL, Kesler SR, Bettinger KE, Reiss AL (2008) Gender differences in the mesocorticolimbic system during computer game play. Journal of Psychiatric Research, 42: 253-258
36. Hsu SH, Wen MH, Wu MC (2009) Exploring user experiences as predictors of MMORPG addiction. Computers and Education, 53: 990-999
37. Huang H, Leung L (2009) Instant messaging addiction among teenegers in China: Shyness, alienation, and academic performance decrement. CyberPsychology & Behavior, 12: 675-679
38. Hussain Z, Griffith MD (2009) Excessive use of massively-multi-player online role-playing games: A pilot study. International Journal of Mental Health and addiction. 7: 563-571
39. Jeong EJ, Kim DH (2011) Social activities, self efficacy, game attitudes, and game addiction. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 14: 213-221
40. Keepers GA (1990) Pathological preoccupation with video games. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29: 49-50
41. Kheradmand A, Zamani B, Hedayati N, Cheshomi M, Abedi A (2011) Comparing the social skills of students addicted to computer games with normal students. 20th European Congress of Psychiatry,
42. Kim EJ, Jamkoong K, Ku T, Kim SJ (2008) The relationship between online game addiction and aggression self-control and narcissistic personality traits. European Psychiatry, 23: 212-218
43. Kim SM, Han DH, Lee YS, Kim JE, Renshaw PF (2012) Changes in brain activity in response to problem solving during the abstinence from online game play. Journal of Behavioral Addiction, 1: 41-49

44. Kim SM, Han DH, Lee YS, Renshaw PF (2012) Combined cognitive behavioral therapy and bupropion for the treatment of problematic on-line game play in adolescents with major depressive disorder. Computers in Human Behavior, 28: 1954-1959
45. King D, Delfabbro P (2009) Motivational differences in problem video game play. Journal of Cybertherapy & Rehabilitation. 2: 139-149
46. King D, Delfabbro P (2009) Understanding and assisting excessive players of video games: A community psychology perspective. Australian Community Psychologist, 21: 62-74
47. King D, Delfabbro P, Griffiths M (2010) The role of structural characteristics in problem video game playing: A review. Cyberpsychology, Journal of Psychosocial Research on Cyberspace, 4 (1), art 6
48. Ko CH, Liu GC, Hsiao SM, Yen JY, Yang MJ, Lin WC (2009) Brain Activities associated with gaming urge of online gaming addiction. Journal of Psychiatric Research, 43: 739-747
49. Ko CH, Liu GC, Yen JY, Chen CS, Yen CF, Chen CS (2011) Brain correlates of craving for online gaming under cue exposure in subjects with Internet gaming addiction and in remitted subjects. Addiction Biology, doi: 10.1111/j.1369-1600.2011,00405.x
50. Ko CH, Yen JY, Chen CC, Chen SH, Yen CF (2005) Gender differences and related factors affecting online gaming addiction among Taiwanese adolescents. Journal of Nervous and Mental Disease, 193: 273-277
51. Koepp MJ, Gunn RN, Lawrence AD, Cunningham VJ, Dagher A, Jones T, Brooks DJ, Bench CJ, Grasby PM (1998) Evidence for striatal dopamine release during a video game. Nature, 393: 266-267
52. Kuczmierczyk AR, Walley PB, Calhoun KS (1987) Relaxation training, in vivo exposure and response-prevention in the treatment of compulsive video game playing. Scandinavian Journal of Behaviour Therapy, 16: 185-190
53. Kuss DJ, Griffiths D (2012) Internet gaming addiction: A systematic review of empirical research. International Journal of Mental Health Addiction, 10: 278-296

54. Kuss DJ, Griffiths MD (2012) Online gaming addiction in children and adolescents: A review of empirical research. Journal of Behavioral Addiction, 1: 3-22
55. Kwon JH, Chung CS (2011) The effects of escape from self and interpersonal relationship on the pathological use of Internet games. Community Mental Health Journal, 47:113-121
56. Lafraniére M-AK, Vallerand RJ, Donahue EG, Lavigne GL (2009) On the costs and benefits of gaming: The role of passion. Cyberpsychology, Behavior and Social Networking,12: 285-290
57. Lee O, Shin M (2004) Addictive consumption of avatars in cyberspace. CyberPsychology & Behavior, 7: 417-420
58. Lemmens JS, Valkenburg PM, Peter J (2001) The effects of pathological gaming on aggressive behavior. Journal Youth Adolescence, 40: 38-47
59. Li D, Khoo A (2011) Examining the influence of actual-ideal self-discrepancies, depression, and escapism, on pathological gaming among massively multiplayer online adolescent gamers. Cyberpsychology, Behavior, and Social Network, 14: 535-539
60. Lin S-F (2011) Effects of opponent type on moral emotions and responses to video game play. Cyberpsychology, Behavior, and Social Network, 14: 695-698
61. Littel M, Van den Berg I, Luijten M, Van Rooij AJ, Keemink L, Franken IHA (2012) Error processing and response inhibition in excessive computer game players: an event-related potential study. Addiction Biology, doi: 10.1111/j.1369-1600.2012.00467.x
62. Lo SK, Wng CC, Fang W (2005) Physical interpersonal relationship and social anxiety among online game players. CyberPsychology & Behavior, 8: 15-20
63. Lu HP, Wang SM (2008) The role of Internet addiction in online game loyalty: An exploratory study. Internet Research, 18: 499-519
64. Lukavska K (2012) Time perspective as a predictor of massive multiplayer online role-playing dame playing. Cyberpsychology, behavior, and Social Networking, 15: 50-54

65. Mehroof M, Griffith MS (2010) Online gaming addiction: The role of sensation seeking, self-control, neuroticism, aggression, state anxiety, and trait anxiety. Cyberpsychology & Behavior, 13: 313-316
66. Mentzoni RA, Brunborg GS, Molde H, Myrseth H, Skouverøe KJM, Hetland J, Pallesen S (2011) Problematic video game use: Estimated prevalence and association with mental and physical health. Cyberpsychology, Behavior, and Social Network, 14: 591-
67. Müller KW, Duven E, Giralt S, Beutel ME, Dreier M, Wölfing K (2011) To game or to gamble? An empirical comparison of predictors of computer game addiction and pathological gambling among adolescents, 20th Eurpean Congress of Psychiatry, Prague
68. Neo RL Skoric MM (2009) Problematic instant messaging use. Journal Computer-Mediated Comunication, 14: 627-657
69. Ng BD, Wiemer-Hasting P (2005) Addiction to the Internet and online gaming. Cyberpsychology & Behavior, 8: 110-113
70. Norris KO (2004) Gender stereotpes, aggression, and computer games: An Online survey of women. CyberPsychology & Behavior, 7: 714-727
71. Oggins J, Samnis A (2012) Notions of video game addiction and their relation to self-reported addiction among players of Wor of Warcraft. International Journal of Mental Health Addiction, 10: 210-230
72. Park J, Song Y, Teng CI (2011) Exploring the links between personality traits and motivations to play online games. Cyberpsychology, Behavior, and Social Network, 14: 747-751
73. Park BW, Ahn JH (2011) Policy analysis for online game addiction problems. System Dynamics Review, 2: 117-138
74. Park BW, Lee KC (2011) An empirical analysis of online gamers' perceptions ofgame items: Modified theory of consumption values approach. Cyberpsychology, Behavior, and Social Network, 14: 453-459
75. Parker JDA, Taylor RN, Eastabrook JM, Schell SL, Wood LM (2008) Problem gambling in adolescence: Relationship with Internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. Personality and Individual Difference, 45: 174-180

76. Peng LH, Li X (2009) A survey of Chinese college students addicted to video games. China Education Innovation Harold. 28: 111-112
77. Peng W, Lin SH, Crouse J (2011) Is playing exergames really exwrcising? A meta-analysis of energy expenditure in active video games. Cyberpsychology, Behavior, and Social Network, 14: 681-688
78. Peters CS, Maleski LA (2008) Problematic usage among highly-engaged players of massively multiplayer on line role playing games. Cyberpsychology & Behavior, 11: 480-483
79. Porter G, Starcevic V, Berle D, Fenech P (2010) Recognizing problem video game use. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 44: 120-128
80. Przybylski AK, Weinstein N, Ryan RM, Rigby CS (2009) Having to versus wanting to play: Background and consequences of harmonious versus obsessive engagement in video games. CyberPsychology & Behavior, 12: 485-492
81. Rehbein F, Kleimann M, Möβle T (2010) Prvalence and risk factors of video game dependency in adolescence: Results of German nationwide survey. Cyberpsychology, Behavior, and Social Network, 13: 269-277
82. Roberts JA, Pirog SF (2012) A preliminary investigation of materialism and impulsiveness as predictors of technological addictions among young adults. Journal of Behavioral Addictions DOI: 10.1556/JBA.1,2012.011
83. Salguero RAT, Moran RBM (2012) Measuring problem video game playing in adolescents. Addiction, 97: 1601-1606
84. Sattar P, Ramsawmy S (2004) Internet gaming addiction. Canadian Journal of Psychiatry, 49: 871-872
85. Sim T, Gentile DA, Bricolo F, Serpelloni G, Gulamoydeen F (2012) A conceptual review of research on the pathological use of computers, video games and the Internet. International Journal of Mental Health Addiction, (w druku)
86. Stracevic V, Berle D, Porter G, Frenech P (2011) Problem video game use and dimensions of psychopathology. International Journal of Mental Health and Addiction, 9: 248-256

87. Sublette VA, Mullan B (2012) Consequences of play: A systematic review of the effects on online gaming. International Journal of Mental Health Addiction, 10: 3-23
88. Thomas NJ, Martin FH (2010) Video-arcade game, computer game and Internet activities of Australian students. Participation habits and prevalence of addiction. Australian Journal of Psychology, 22: 59-66
89. Tolchinsky A, Jefferson SD (2011) Problemtic video game play in a college sample and its relationship to the time management skills and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder symptomatology. Cyberpsychology, Behavior, and Social Network, 14: 489-496
90. Van Rooij AJ, Meerkerk GJ, Schoenmakers TM, Griffiths M, Van de Mheen D (2010) Video game addiction and social responsibility. Addiction Research and Therapy, 18: 489-493
91. Van Rooij AJ, Schoenmakers TM, Vermulst Ad.A, Van den Eijnden RJJM, Van den Mheen D (2010). Online video game addiction: identification of addicted adolescent gamers. Addiction, 106: 205-212
92. van Rooij AJ, Schoenmakers TM, van den Eijnden RJ, Vermulst AA, van de Mheen D (2012) Video Game Addiction Test: Validity and psychometric characteristics. Cyberpsycholology Behavior and Social Network 15: 507-511
93. van Rooij AJ, Schoenmakers TM, Vermulst AA, van den Eijnden RJJM, van de Mheen D (2010)Online video game addiction: Identification of addicted adolescent gamers. Addiction, 106: 205-212
94. Wan CS, Chiou WB (2006) Psychological motives and online games addiction: A test of flow theory and humanistic needs theory for Taiwanese adolescents. Cyberpsychology & Behavior, 9: 317-324
95. Wan CS, Chiou WB (2006) Why are adolescents addicted to online gaming? An interview study in Taiwan. Cyberpsychology & Behavior, 9: 762-766
96. Weinstein AM (2010) Computer and video game addiction - a comparison between game users and non-game users. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 36: 268-276

97. Weinstein A, Weizman A (2012) Emerging association between addictive gaming and attention-deficit/hyperactivity disorder. Current Psychiatry Reports, 14: 590-597
98. Wood RTA (2008) Problems with the concept of video game ‘addiction’: Some case study examples. International Journal of Mental Health Addiction, 6: 169-178
99. Wood RTA (2008) A response to Blaszczynski, Griffith and Turners’ comment on the paper “Problems with the concept of video game ‘addiction’: Some case study examples. International Journal of Mental Health Addiction, 6: 191-193
100. Wood RTA, Gupta R, Derevensky JL, Griffith MD (2004) Video game paying and gambling in adolescents. Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, 14: 77-100
101. Yoo SC, Peña J (2011) Do vilent video games impair the effectiveness of in-game advertisements? The impact of gaming environment on brand recall, brand attitude, and purchase intention. Cyberpsychology, Behavior, and Social Network, 14: 439-446
102. Zhong AJ (2009) Third-person perceptions and online games: A comparison of perceived antisocial and prosocial game effects. Journal Computer-Mediated Communication, 14: 286-306

Nałogowe używanie telefonów komórkowych

Synonimy i eponimy: nałóg używania telefonów komórkowych (Carbonell i wsp. 2009, Pawłowska i Potembska 2011, Sanchez- Carbonell i wsp. 2008), uzależnienie od telefonów komórkowych (ang.: *mobile phone dependence)* (Dixit i wsp. 2010), nomofobia (lęk przed brakiem telefonu komórkowego lub byciem poza zasięgiem sieci) (King i wsp. 2010), problemowe używanie telefonów komórkowych (Jenaro i wsp. 2007, Takao i wsp. 2009, Martinotti i wsp. 2011), patologiczne używanie telefonów komórkowych (Sim i wsp. 2012), nadmierne (ang. *excessive*) używanie telefonów (Hyun Ha i wsp. 2008), problemowe używanie SMS (Rutland i wsp. 2007, Neo i Skoric 2009), nałóg wymiany SMS-ów (ang.: *messaging addiction*) Huang i Leung 2009).

W populacjach zachodnich telefony komórkowe posiada ponad 90% młodych ludzi (Martinotti i wsp. 2011).

Nałogowe używanie telefonów komórkowych jest zjawiskiem stosunkowo nowym, budzącym mniejsze zaniepokojenie społeczne i zainteresowanie badawcze w porównaniu z problemami związanymi z używaniem Internetu i gier komputerowych. Zazwyczaj napomyka się o nim przy okazji omawiania problemów używania nowych mediów, rzadsze są prace poświęcone wyłącznie temu zagadnieniu. Jednak analiza bibliograficzna piśmiennictwa z lat 1999-2005 wykazała stopniowe zwiększanie zainteresowania, choć do 2005r. nałogowemu używaniu telefonów komórkowych poświęconych było tylko 2,5% wszystkich artykułów dotyczących nałogowego używania mediów (Internet, gry wideo, telefony komórkowe) (Carbonelli i wsp. 2009).

Za szkody spowodowane (nad-)używaniem telefonów komórkowych w czasie prowadzenia samochodu uważa się m.in. zwiększone ryzyko wypadków samochodowych (Haigney 2001), 4-krotnie zwiększenie ryzyka kolizji samochodowych (Redelmeier i Tibshirani 1997). Intensywne używanie telefonow komórkowych wiąże się z bólami barków i dolnej części kręgosłupa (Hakala i wsp. 2006), zaburzeniami słuchu i wzroku (Meo i Al.-Drees 2005). Kontrowersyjne jest, czy zwiększa się ryzyko nowotworów mózgu (Hardell i wsp. 2008). Wykazano, że intensywne używanie telefonów komórkowych wiąże się z problemami szkolnymi i społecznymi (Selwyn 2003). Jak widać z powyższego, szkody te nie wiążą się z samym medium, ale z okolicznościami używania telefonów komórkowych

Koncepcje nałogu używania telefonów komórkowych

Stosunkowo mało jest prac poświęconych konceptualizacji nadmiernego używania telefonów komórkowych.

Część badaczy przez analogię uznaje nałogową naturę nadmiernego używania telefonów komórkowych. Wyrazem tego są nazwy zawierające słowo „nałóg” (Carbonell i wsp. 2009, Pawłowska i Potembska 2011, Sanchez- Carbonell i wsp. 2008) lub „uzależnienie” (Dixit i wsp. 2010). Do koncepcji nałogowej nawiązują też kryteria diagnostyczne i narzędzia diagnostyczno-pomiarowe opierające się na kryteriach i koncepcjach patologicznego hazardu (Jenaro i wsp. 2007), uzależnienia od substancji lub nałogowego korzystania z Internetu (Greenfield 1999, Huang i Leung 2009).

Rozpoznanie i narzędzia diagnostyczno-pomiarowe

Rozpoznanie nałogowego używania telefonów komórkowych często opiera się na koncepcji Browna (1993) dotyczącej hazardu i zaadaptowanej do tego celu. Na rozpoznanie to składa się:

-specyficzne cechy poznawcze polegające na dominacji aktywności nad myślami i zachowaniem,

-konflikt z innymi osobami lub aktywnościami,

-euforia lub ulga, odczuwanie krótkotrwałej przyjemności w związku z zaangażowaniem w aktywność,

-tolerancja albo utrata kontroli nad zachowaniem,

-odstawienie (ang.: *withdrawal*), czyli doznawanie nieprzyjemnych objawów, gdy dojdzie do braku dostępu do aktywności,

-nawroty i powrót do stanu poprzedniego, gdy podejmuje się nieudane próby zaprzestania aktywności, z następującym powrotem do intensywności jak przed próbą lub nawet większa.

Wychodząc z tej koncepcji opracowano kilka skal:

Rutland i wsp. (2007) opracowali diagnostyczny kwestionariusz specyficzny do rozpoznawania problemowego używania SMS - The SMS Problem Use Diagnostic Questionnaire (SPUDQ).

Bianchi i Phillips (2005) opracowali Mobile Phone Problem Use Scale (MPPUS). Jest to skala samooceny, zwalidyzowana na populacji dorosłych.

Dla oceny tego zjawiska u młodzieży opracowano Problematic Cellular Phone Use Questionnaire (PCPU-Q), wypełniany przez samych badanych. Zawiera on 16

pytań opartych na kryteriach uzależnienia od substancji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – DSM-IV-TR (Yen i wsp. 2009).

We Włoszech opracowano Mobile Addiction Test (MAT), i wyznaczono punkt odcięcia na średnią + 2 odchylenia standardowe (17 pkt.) (Martinotti i wsp. 2011).

Zjawisko nadużywania telefonów komórkowych raczej w sensie nieumiarkowania, bez oceny jego addyktywności lub kompulsywności mierzy skala Cell-Phone Over-Use Scale – COS. Bazuje ona na 10 kryteriach patologicznego hazardu wg DSM IV, ale usunięto z nich trzy itemy. Część z kryteriów została rozbudowana w taki sposób, że finalne narzędzie składa się z 23 itemów (Jenaro i wsp. 2007).

Rozpowszechnienie

W Hiszpanii badano 337 studentów uniwersytetu skalą Cell-Phone Over-Use Scale (COS) i stwierdzono, że **10,4%** jest patologicznymi użytkownikami telefonów komórkowych (Jenaro i wsp. 2007).

Przy użyciu skali Mobile Addiction Test (MAT) we Włoszech przebadano 2790 uczniów starszych klas (Martinotti wsp. 2011). Za patologię uznano wynik przekraczający średnią o dwa odchylenia standardowe, tj. 17 pkt. Wykazano, że kryteria te spełnia **6,3%** badanych (6,1% chłopców i 6,5% dziewcząt) (Martinotti i wsp. 2011).

Huang i Leung (2009) oceniali częstość nałogowego porozumiewania się za pomocą sms-ów w Chinach. Do tego celu zaadaptowali klasyczną definicję nałogowego korzystania z Internetu (Young 1996) i stworzyli narzędzie, którym przebadali 330 nastolatków. Stwierdzili, że 95,8% tej populacji, to użytkownicy

telefonów komórkowych, z których **9,8%** spełniało przyjęte kryteria nałogowego ich używania.

Badano 600 hinduskich studentów wydziału medycznego, które używały telefonu co najmniej od roku i co najmniej przez 1-2 godz. dziennie. Stwierdzono nomofobię u **18,5%** badanych (Dixit i wsp. 2010)

Czynniki ryzyka

W odniesieniu do patologicznego używania telefonów komórkowych wykonano stosunkowo mało badań nad czynnikami ryzyka.

Większość badań to badania nad osobowościowymi korelatami zachowań związanych z używaniem telefonów komórkowych. Oceniano parametry osobowościowe zazwyczaj rożnymi, nieporównywalnymi narzędziami wywodzącymi się z różnych koncepcji osobowościowych. Znaczna część prac bądź korelowała wyniki w skalach oceny używania telefonów komórkowych z innymi skalami psychometrycznymi, bądź porównywała pod tym względem osoby z problemowym lub addyktywnym sposobem korzystania z telefonów komórkowych z osobami bez tych problemów. Podobnie jak w przypadku innych nałogów behawioralnych, w odniesieniu używania telefonów komórkowych głównym problemem metodologicznym jest fakt, że brak jest badań prospektywnych, a obserwowane różnice nie muszą być predyktorami patologii a jedynie korelatami lub skutkami.

Wykazano, że wysokie wyniki w MPPUS korelują z ekstrawersją i niską samoocena, ale nie z neurotyzmem, oraz z dużą motywacją do akceptacji i dużą samoobserwacją, ale nie z samotnością (Bianchi i Phillips 2005, Takao i wsp. 2009).

W badaniach chińskich wykazano, że u osób problemowo wymieniającymi się sms-ami częściej spotyka się nieśmiałość, wyobcowanie i gorsze funkcjonowanie na studiach (Huang i Leung 2009)

Programy profilaktyczne

W dostępnym piśmiennictwie naukowym nie znaleziono danych na temat programów profilaktycznych adresowanych do (potencjalnych) użytkowników telefonów komórkowych. Dane z badań nad uwarunkowaniami osobowościowymi patologicznego używania telefonów dostarczają pewnych informacji, ale nie zostały one przetransponowane na programy profilaktyczne.

Niewykluczone, że pewną skutecznością mogą wykazać się programy promujące zdrowie, które zawierają specyficzne elementy nacelowane na profilaktykę nałogów technlogicznych (de Leeuw i wsp. 2010).

Leczenie

W dostępnym piśmiennictwie naukowym nie znaleziono informacji o programach terapeutycznych dla osób patologicznie lub nałogowo używających telefonów komórkowych.

Piśmiennictwo

1. Bianchi A, Phillips JG (2005) Psychological predictors of problem mobile phone use. Ceberpsychology & Behaviour, 8: 39-51
2. Carbonell X, Guardiola E, Beranury M, Belles A (2009) A bibliometric analysysis of the scientific literature on Internet, video games and cell phone addiction. Journal of Medical Libraries Association, 97: 102-107
3. Chóliz M (2010)Mobile phone addiction: A point of issue. Addiction, 105: 173-174
4. Cucciare MA, Weingardt KR, Greene CJ, Hoffman J (2012) Current trends in using Internet and mobile technology to support the treatment of substance use disorders. Current Drug Abuse Reviews, 5: 172-177
5. Dixit SA, Shukla H, Bhagwat AK, Bindal A, Goyal A, Zaidi AK, Shrivastava A (2010) A study to evaluate mobile phone dependence among students of a medical college and associated hospital of Central India. Indian Journal of Community Medicine, 35: 339-341
6. Encinas FJL, Gonzáles SMV (2010) Menores y nuevas tecnologías: Conductas indicadoras de possible problema de adicción. Psicothema, 22: 180-188
7. Eyrich-Garg KM (2010) Mobile phone technology: a new paradigm for the prevention, treatment and research of the non-sheltered “street” homeless. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 87: 365-380
8. Fargues MB, Lusar AC, Jordania CG, Sánchez XC (2009) Validación de los escals breves para evaluar la addición a Internet y el abuso de movil. Psicothema, 21: 480-485
9. Grassi A, Gaggioli A, Riva G (2009) The green valley: The use of mobile narratives for reducing stress in commuters. CyberPsychology & Behavior, 12: 155-161
10. Ha JH, Xhin B, Park DH, Ryu SH, Yu J (2008) Charcteristics of excessive cellular phone use in Korean adolescents. CyberPsychology & Behavior, 11: 783784

11. Haigney DE, Westermann SJ (2001) Mobile (cellular) phone use and driving: A critical review and research methodology. Ergonomics. 44: 132-143
12. Hardel L, Carlberg M (2009) Mobile phones, cordless phons and the risk for brain tumors. International Journal of Oncology, 35: 5-17
13. Hardel L, Carlberg M, Soderquist F, Hansson Mild K (2008) Metaanalysis of long term mobile phone use and the association with brain tumors. International Journal of Onkology, 32: 1097-1103
14. Harrison P (2012) Overuse of cell phones: An addiction like any other? Medscape, 30
15. Huang H, Leung L (2009) Instant messaging addiction among teenegers in China: Shyness, alienation, and academic performance decrement. CyberPsychology & Behavior, 12: 675-679
16. Hyung Ha J, Chin B, ParkDH. Ryu SH, Yu I (2008) Characteristics of excessive cellular phone use in Korean adolescents. Cyberpsychology and Behaviour, 11: 783-784
17. Jenaro C, Flores N, Gómez-Vela M, González-Gil F, Caballo C (2007) Problematic Internet and cell-phone use: psychological behavioral and health correlates. Addiction Research and Theory, 15: 309-320
18. King ALS, Valença A, Nardi AE (2010) Nomophobia: The mobile phone in panic disorder with agoraphobia: Reducing phobias or worsening of dependence? Cognitive & Behavioral Neurology, 23: 52-54
19. López-Fernandez O, Honrubia-Serrano ML, Freixa-Blanxart M (2012) Spanish adaptation of the Mobile Phone Problem Use Scale" for adolescent population. Adicciones, 24: 123-130
20. Martinotti G, Villella C, Di Thiene D, Di Nicola M,Bria P, Conte G, Cassano M,Petrucelli F, Corvasce N, Janri L, La Torre G (2011) Problematic mobile phone use in adolescence: A cross sectionalstudy. Journal of PublicHealth, 19: 545-551
21. Meo SA, Al-Drees AM (2005) Mobile phone related-hazards and subjective hearing and vision problems in Saudi population. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 18: 53-57

22. Pawłowska BA, Potembska E (2011) Involvement in the Internet and addiction to the mobile phone in Polish adolescents. XX European Congress of Psychiatry, Prague
23. Pérez EJP,Monje MTR, de Leon JMRS (2012) Mobile phone or addiction. A review of literature. Addciones, 24, 139-152
24. Redelmeier DA, Tibshirani RJ (1997) Association between cellular telephone calls and motor vehicle collisions. New England Journal of Medicine, 336: 453-458
25. Ruiz-Olivares R, Lucena V, Pino MJ, Herruzo J (2010) Analysis of behavior related to use of the Internet, mobile telephones, compulsive shopping and gambling among university students. Adicciones, 22: 301-310
26. Rutland JB, Sheets T, Young T (2007) Development of a scale to measure problem use of short message service: The SMS Problem Use Diagnostic Questionnaire. Cyberpsychology & Behaviour, 10: 841-843
27. Sánchez-Carbonell X, Beranuy M, Castellana M, Chamarro A, Oberst U (2008) La adiccion a Internet y al movil; moda o trastorno? Adicciones, 20: 149-160
28. Selwyn N (2003) Schooling the mobile generation: The future for schools in the mobile-networked society. British Journal of Sociology and Education. 24: 131-144
29. Takao M, Takahashi S, Kimtamura M (2009) Addictive personality and problematic mobile phone use. Cyberpsychology & Behaviour, 12: 501-507
30. Thomée S, Härenstam A, Hagberg M (2011) Mobile phone use and stress, sleep disturbances, and symptoms of depression among young adults – a prospective cohort study. BMC Public Health, 11: 1-14
31. Walsh SP, White KM, Young RM (2008) Over-connected? A qualitative exploration of the relationship between Australian youths and their mobile phones. Journal of Adolescence, 31: 77-92
32. Yen CF, Tang TC, Yen JY (2009) Symptoms and problematic cellular phone use, functional impairment and its association with depression among adolescents in southern Taiwan. Journal of Adolescence. 32: 863-873

33. Young KH (2009) Development of Cell Phone Addiction Scale for Korean adolescents. Journal of Korean Akademy of Nursing, 39: 818-828

„UZALEŻNIENIE OD SEKSU” –

PATOLOGICZNA HIPERSEKSUALNOŚĆ

„UZALEŻNIENIE OD SEKSU” – PATOLOGICZNA HIPERSEKSUALNOŚĆ

Wstęp

Rozwój terapii zaburzeń seksualnych w ostatnich latach dotyczył w największym stopniu problemów związanych z nadmiernym hamowaniem odpowiedzi seksualnej takich, jak zaburzenia erekcji i pożądania. Są one częstsze, a wprowadzenie na rynek nowych leków znacznie zwiększyło możliwości skutecznego leczenia i stymulowało dalszy rozwój badań naukowych. Relatywnie niewiele wiadomo o problemach dotyczących deficytu hamowania zachowań seksualnych. Z drugiej strony, „uzależnienie od seksu” jest tematem bardzo często poruszanym w masowych środkach przekazu i rośnie jego rozumienie jako istotnego problemu społecznego oraz zdrowotnego. Niekontrolowane zachowania seksualne mogą wywoływać szereg niekorzystnych konsekwencji, m.in. rozpad związków (małżeństw), pogorszenie funkcjonowania w pracy i spadek produktywności; utratę czasu, który mógłby być przeznaczony na inne, wartościowe działania; straty finansowe, negatywną samoocenę, obniżenie nastroju i myśli samobójcze, jak również wejście w konflikt z prawem, szczególnie w przypadku przestępstw o podłożu seksualnym (Carnes 1999; Delmonico 2002, Marshall i Marshal, 2006). Istnieją różne koncepcje i nazewnictwo dla nadmiernych i niekontrolowanych zachowań seksualnych. W niniejszym opracowaniu zastosowano pojęcie patologicznej hiperseksualności (PH) jako najbardziej neutralne. Niezależnie od dalszej konceptualizacji, istotą pozostaje nadmierna aktywność seksualna traktowana w charakterze problemu wymagającego interwencji terapeutycznej. Termin PH jest zatem stosowany niżej zamiennie wobec uzależnienia od seksu, kompulsywnych i impulsywnych zachowań seksualnych oraz nieparafilijnej

nadaktywności seksualnej poza sytuacjami, w których kontekst wymaga użycia jednego z pozostałych określeń.

DEFINIOWANIE PATOLOGICZNEJ HIPERSEKSUALNOŚCI

W literaturze spotyka się różne określenia dla nieprawidłowych zachowań hiperseksualnych: od historycznych, takich jak nimfomania, satyriaza, donżuanizm, erotomania, do bardziej współczesnych i odzwierciedlających różne konceptualizacje tego problemu: uzależnienie od seksu, kompulsywne zachowania seksualne, impulsywne zachowania seksualne oraz nieparafilijna nadaktywność seksualna. Niżej omówiono poszczególne koncepcje teoretyczne i próby klasyfikacji.

Ustalenie normy w odniesieniu do seksualności jest trudne, ponieważ uwzględniane są różnego rodzaju przesłanki, między którymi może dochodzić do istotnych rozbieżności. Chodzi tu przede wszystkim o ujęcie biologiczne, psychologiczne i społeczno-kulturowe. W pierwszej kolejności należy zatem odpowiedzieć na pytanie, kiedy zachowania seksualne stają się „nadmierne", czyli możemy mówić o PH. Gold i Heffner (1998) oraz Kafka (2001) definiują PH (ang.: *problematic hypersexuality*) jako zespół kliniczny charakteryzujący się utratą kontroli nad seksualnymi fantazjami, popędami i zachowaniami, którym towarzyszą niepożądane konsekwencje i/lub osobiste cierpienie (*distress*).

W praktyce, „utrata kontroli" dotyczy najczęściej trzech rodzajów zachowań seksualnych:

- aktywności autoerotycznej (masturbacji), której najczęściej towarzyszy korzystanie z pornografii,
- bezpośrednich interakcji seksualnych (kontaktów seksualnych z innymi osobami),

- zachowań seksualnych z wykorzystaniem Internetu (tzw. cyberseks).

Wyróżnia się następujące wskaźniki PH: behawioralne (częstość aktywności seksualnej i przeznaczany na nią czas), poznawcze (powracające lub utrzymujące się myśli na temat seksu), emocjonalne (np. negatywne stany emocjonalne) oraz związane z doświadczanym subiektywnie cierpieniem (Gold i Heffner 1998). Najwięcej kontrowersji budzą behawioralne wskaźniki PH. Kinsey, Pomeroy i Martin (1948) zaproponowali wskaźnik TSO (ang.: *total sexual outlet*) określający liczbę orgazmów uzyskiwanych w skali tygodnia, niezależnie od sposobu ich uzyskania (stosunek seksualny, masturbacja). Z dalszych badań wynikało, że niewielki odsetek mężczyzn (5-10%) osiągał wynik TSO 7 lub większy, a aktywność seksualna na takim poziomie rzadko utrzymywała się w sposób trwały (Kinsey i wsp, 1948; Janus i Janus, 1993). Na tej podstawie, Kafka (1997) zaproponował używanie terminu hiperseksualność w przypadku wyniku TSO minimum 7/tydzień, utrzymującego się przez okres co najmniej 6 miesięcy i spędzania średnio między 1 a 2 godziny dziennie na tego typu aktywności. Zgodnie z tymi kryteriami, wysoki odsetek hiperseksualizmu (80,6%) stwierdzano np. u osób z różnymi rodzajami parafilii (zaburzeń preferencji seksualnych) (Kafka i Hennen 2003). Istotnym ograniczeniem wskaźnika TSO jest to, że zawęża pomiar jedynie do tych form zachowań seksualnych, które wiążą się z doświadczaniem orgazmu, a ponadto znajduje ograniczone zastosowanie u kobiet, które relatywnie często doświadczają problemów z przeżywaniem orgazmu podczas stosunku (Lauman i wsp. 1994, Kingston i Firestone 2008).

EPIDEMIOLOGIA I WSPÓŁWYSTĘPOWANIE Z INNYMI ZABURZENIAMI

Częstość występowania PH ocenia się na około 3 - 6% w populacji ogólnej (Black 2000, Carnes 1989, Coleman 1992, Goodman 1993). „Uzależnienie od seksu" dotyczy 20 - 37 milionów obywateli USA (Carnes 1994; Coleman-Kennedy i Pendley 2002, Cooper i wsp. 2000, Morris 1999, Wolfe 2000). Badania wskazują na znacznie większy udział mężczyzn, np. wg Carnesa i Delmonico (1996) stanowiących ok. 80% osób z rozpoznaniem uzależnienia od seksu. W badaniu przeprowadzonym przez Dodge i wsp. (2004) na studentach college'u przy użyciu Skali Kompulsywności Seksualnej (Sexual Compulsivity Scale, SCS) mężczyźni uzyskiwali istotnie wyższe wyniki od kobiet (1,64 vs 1,33) wskazujące na większe nasilenie kompulsywności seksualnej. W różnych badaniach, wśród osób z kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi kobiety stanowią od 0 do 22% (Black i wsp. 1997, Kafka i Prentky 1992, Raymond i wsp. 2003). Zaskakująco inny wynik (32,2% kobiet wobec 17,4% mężczyzn wymagających dalszej diagnostyki i ewentualnego leczenia nałogowego od seksu) wśród 240 studentów college'u uzyskał Seegers (2003) przy użyciu Sexual Addiction Screening Test (SAST). W tym przypadku stwierdzono jednak istotne ograniczenie metodologiczne badania, ponieważ w tej wersji (obecnie stworzono już nową) kwestionariusz nie był wystarczająco uwierzytelniony do badań populacji kobiet. Z drugiej strony, wyniki wskazują na konieczność dalszych badań nad rozpowszechnieniem problemu PH wśród kobiet, gdyż może być istotnie niedoszacowany. Mężczyźni częściej ujawniają kompulsywną masturbację, zachowania o charakterze parafilii, korzystają z płatnego lub anonimowego seksu (Bancroft i Vukadinovic 2004). Kobiety natomiast częściej angażują się w fantazje seksualne (np. zachowania uwodzące prowadzące do wielu romansów), zachowania

sadomasochistyczne lub biznes seksualny. Mają też częściej doświadczenia wielu niepowodzeń w związkach lub niebezpiecznych relacji oraz mówią o sobie jako o „uzależnionych od miłości” (Black 1998, Ferree 2001, Kuzma i Black 2008, Sussman 2010). W porównaniu do mężczyzn są mniej skoncentrowane na fizycznych aspektach seksu. Mężczyźni częściej poszukują w Internecie materiałów jawnie seksualnych, co stanowi dla nich dobre źródło rozszerzenia zachowań autoerotycznych. Natomiast kobiety wykorzystują sieć raczej dla nawiązywania kontaktów lub cyberseksu (Daneback i wsp. 2005, Bancroft 2008). Interakcje za pośrednictwem Internetu pozwalają na zmianę autoprezentacji, tj. tworzenie fałszywego profilu (np. zamieszczanie nieprawdziwych informacji na temat wieku, płci, wyglądu itd.) i doświadczanie kontaktów za pośrednictwem takiej, alternatywnej tożsamości. Jak dotąd, brakuje badań na temat wpływu zmiany tożsamości w przestrzeni wirtualnej na utratę kontroli zachowań seksualnych. Różni autorzy zwracają także uwagę, że korzystanie z Internetu w celu nawiązywania relacji seksualnych jest bardziej powszechne wśród mężczyzn homoseksualnych, co jest w znacznej mierze związane z unikaniem odkrycia ich orientacji seksualnej przez otoczenie i większą łatwością odnalezienia partnera, a jednocześnie czyni ich bardziej narażonych na uzależnienie od zachowań seksualnych w cyberprzestrzeni (Benotsch i wsp. 2002, Dew i Chaney 2004).

PH jest wyraźnie częstsza w niektórych, specyficznych populacjach. Jedną z takich populacji stanowią przestępcy seksualni (Blanchard 1990, Blanchard i Tabachnick 2002, Marshall i Marshall 2006). Według Marshall i Marshall (2006), kryteria diagnostyczne uzależnienia od seksu mierzone kwestionariuszem SAST (The Sexual Addiction Screening Test) spełniało 35% przestępców seksualnych w

porównaniu z 12,5% osób w grupie kontrolnej. Inną populacją o dużym rozpowszechnieniu PH są zakażeni HIV (Benotsch i wsp. 2001, Kalichman i Rompa 2001). Trudna do oceny jest częstość występowania PH u adolescentów, ze względu na różne postrzeganie i częste patologizowanie aktywności seksualnej jako takiej w tej grupie wiekowej oraz dużą częstość myśli i fantazji seksualnych oraz zachowań autoerotycznych nastolatków jako normalny przejaw rozwoju psychoseksualnego. Brakuje też danych na temat rozpowszechnienia problemu wśród osób o najniższym statusie ekonomicznym i edukacyjnym (w tym bezdomnych), które mają ograniczone możliwości odnalezienia i korzystania z usług ośrodków zajmujących się terapią PH (Williams 1999).

PH jest związana z licznymi problemami zdrowotnymi dotyczącymi zarówno stanu somatycznego, jak i zaburzeń psychicznych: chorobami przenoszonymi drogą płciową, depresją, zaburzeniami kontroli impulsów, zaburzeniami osobowości (osobowość histrioniczna, paranoiczna i obsesyjno-kompulsywna), myślami samobójczymi oraz trudnościami w relacjach partnerskich (Black i wsp. 1997, Carnes 1999, Kafka 2007, Kalichman i Rompa 2001; Långström i Hanson 2006, Raymond Coleman i Meiner 2003, Schneider 2004, Torres i Gore-Felton 2007). Badania natomiast nie potwierdziły podejrzewanego związku PH z osobowością typu borderline (Lloyd i wsp. 2007). U kobiet uzależnionych u seksu stwierdzano pozytywne korelacje z doświadczeniami przemocy i odrzucenia w dzieciństwie, depresją i nadużywaniem substancji (McBroom 1963, Opitz, Tsytsarev i Froh 2009, Turner-Shults 2002, Whitfield 1998). Kobiety – partnerki mężczyzn ujawniających PH także częściej pochodzą z rodzin, w których doświadczały nadużyć, porzucenia, przemocy fizycznej, sytuacji kryzysowych i depresji (Wildmon-White i Young 2002).

U osób z rozpoznawaną PH, częstość występowania w ciągu całego życia poszczególnych zaburzeń z osi I szacuje się następująco (Black i wsp. 1997, Kafka i Prentky 1992, Kafka i Hennen 2002, 2003, Raymond i wsp. 2003):

- nadużywanie substancji psychoaktywnych: 25% – 71%,
- zaburzenia lękowe: 37,5% – 46,2%, w tym fobia społeczna 22,2% – 46,2%,
- zaburzenia nastroju: 33% – 80,8%, w tym dystymia 61,1% – 68,7%,
- zaburzenia kontroli impulsów NOS: 15,6% – 16,7%,
- ADHD: 18,7%.

W cytowanych wyżej badaniach (Black i wsp. 1997, Kafka i Prentky 1992; Kafka i Hennen 2002, 2003; Raymond i wsp. 2003), najczęstszymi zachowaniami seksualnymi były masturbacja (17 – 84,6%), promiskuityzm lub kompulsywne poszukiwanie partnerów seksualnych (22 – 82%) oraz korzystanie z pornografii (47,5 – 73%). Wśród 97 pacjentów poszukujących pomocy u 43 terapeutów seksualnych w Niemczech, 40,2% zgłaszało się z problemem uzależnienia od pornografii, 30,9% kompulsywnej masturbacji, 23,7% promiskuityzmu, a 9,3% uzależnienia od rozmów seksualnych przez telefon (Briken i wsp. 2007).

KONCEPCJE TEORETYCZNE PATOLOGICZNEJ HIPERSEKSUALNOŚCI

Nałogowe uprawianie seksu

Zgodnie z tą koncepcją, propagowaną przez Carnesa (1983), a następnie przez innych badaczy (np. Goodman 1998), PH jest włączana do grupy uzależnień behawioralnych. Główną przesłanką takiej kategoryzacji są wspólne z innymi uzależnieniami oddziaływania w obrębie ośrodkowego układu nagrody i częsta współchorobowość. Podstawowym układem neuroprzekaźnikowym zaangażowanym

w neurobiologiczne procesy nałogu jest układ dopaminergiczny związany zarówno z apetytywnym, jak i konsumatywnym aspektem seksualnego funkcjonowania (Hull, Muschamp i Sato 2004, Schulz i wsp. 2003). W piśmiennictwie można spotkać wiele opisów przypadków pacjentów, którzy z powodu choroby Parkinsona otrzymywali leki zwiększające przekaźnictwo dopaminergiczne, w wyniku czego wystąpiły lub nasiliły się zachowania hiperseksualne (zarówno parafiliczne, jak i nieparafiliczne) oraz inne nałogi behawioralne (Giladi i wsp. 2007, Shapiro i wsp. 2006, Solla i wsp. 2006). W jednym z powyższych przypadków, farmakologiczne zmniejszenie aktywności dopaminergicznej spowodowało ustąpienie objawów parafilii (Solla i wsp. 2006). Hipoteza łącząca PH z innymi uzależnieniami zakłada, że w przypadku utrwalonych, niekontrolowanych zachowań seksualnych może dochodzić do podobnych zmian we wrażliwości na bodźce pobudzające układ nagrody, jakie są spotykane u osób przewlekle stosujących substancje uzależniające, a prawdopodobnie także u osób z nałogami behawioralnymi (Robinson i Berridge 1993, Holden 2001). Badacze zwracają także uwagę na potencjalnie istotną rolę oksytocyny w uzależnieniu od seksu (Reynaud i wsp. 2010).

Goodman (1993) przedstawił kryteria diagnostyczne nałogowego seksu:

A. Nawracające niepowodzenia oparcia się impulsom do udziału w określonych zachowaniach seksualnych.
B. Narastające odczuwanie napięcia tuż przed rozpoczęciem zachowań seksualnych.
C. Odczuwanie przyjemności lub odprężenia podczas angażowania się w zachowania seksualne.
D. Przynajmniej pięć z poniższych:

1. Częste zaabsorbowanie zachowaniami seksualnymi lub aktywnością, która do nich przygotowuje.
2. Częste angażowanie się w zachowania seksualne, w szerszym zakresie lub przez dłuższy okres czasu niż było to pierwotnie zamierzone.
3. Powtarzane starania redukcji, kontrolowania lub zaprzestania zachowań seksualnych.
4. Znaczny nakład czasu spędzany na aktywności niezbędnej dla zachowań seksualnych, angażowaniu się w zachowania seksualne lub odwracaniu jego następstw.
5. Częste angażowanie się w zachowania seksualne, podczas gdy oczekiwane jest wypełnienie obowiązków zawodowych, szkolnych, domowych lub zobowiązań społecznych.
6. Zaniechanie lub ograniczenie istotnych aktywności społecznych, zawodowych lub wypoczynkowych z powodu zachowań seksualnych.
7. Kontynuowanie zachowań seksualnych mimo świadomości utrzymywania się lub nawracania problemów społecznych, finansowych, psychologicznych lub fizycznych, o których wiadomo, że są związane przyczynowo lub nasilane przez zachowania seksualne.
8. Tolerancja: potrzeba zwiększania intensywności lub częstości zachowań seksualnych w celu osiągnięcia pożądanego efektu, albo zmniejszony efekt podtrzymywanych zachowań seksualnych o tej samej intensywności.

9. Niepokój lub irytacja w sytuacji niemożności realizacji zachowań seksualnych.

E. Niektóre objawy zaburzenia utrzymują się przynajmniej przez miesiąc lub występowały w sposób powtarzalny przez dłuższy okres czasu.

Większość badań potwierdziło związek między PH a uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Przykładowo, Carnes (1991) stwierdził, że zaledwie 17% spośród 289 pacjentów z rozpoznawanym nałogowym seksem nie miało innych uzależnień. Prawie połowa ujawniała natomiast uzależnienie od substancji chemicznej. Wg Raymonda i in. (2003), częstość współwystępującego uzależnienia od substancji psychoaktywnej w ciągu całego życia u pacjentów z PH sięga nawet 71%. Carnes (2001) wskazuje także, że u osób z PH wzorzec zachowań hiperseksualnych ewoluuje przechodząc przez cztery etapy „błędnego koła" typowego dla wszystkich rodzajów uzależnień: zaabsorbowania, rytualizacji, kompulsywnych zachowań seksualnych i utraty nadziei.

Coleman (1990) zwraca natomiast uwagę, że wadą rozszerzanego modelu uzależnień jest brak rozróżnienia między uzależnieniem i kompulsją, a oba terminy bywają używane w sposób zamienny. Mylenie tych pojęć wywiera istotny wpływ na zmniejszenie skuteczności terapii, szczególnie jeżeli leczenie oparte na określonej konceptualizacji (np. uzależnienia) stosowane jest w odniesieniu do innych przypadków (np. zachowań kompulsywnych). Przykładowo, Coleman (1990, 1992) opisuje efektywne leczenie pacjentów z natręctwami (zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi (ang.: *obsessive-compulsive disorder*, OCD) i PH z użyciem leków z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu serotoniny (selective serotonine re-uptake inhibitors, SSRI), czego nie uwzględniają rutynowo modele leczenia uzależnień,

typowo zogniskowane na programach odnowy duchowej takich, jak program Dwunastu Kroków.

Kompulsywne i impulsywne zachowania seksualne

W związku z wątpliwościami dotyczącymi włączenia PH do modelu nałogów, nieustannie toczą się dyskusje na temat innych konceptualizacji zachowań hiperseksualnych. W szczególności dotyczy to koncepcji PH jako zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych oraz jako zaburzeń kontroli impulsów. O ile pojęcia kompulsywności i impulsywności są często stosowane zamiennie, ich wiodące mechanizmy są całkowicie odmienne (Hollander i Rosen 2002). Chociaż w obu przypadkach wiążą się z powtarzanymi, niepohamowanymi zachowaniami, to różnią się istotnie mechanizmami motywacyjnymi, zmianami widocznymi w badaniach neuroobrazowych, a także odpowiedzią na leczenie farmakologiczne (Claes i wsp. 2002, Ferrão i wsp. 2006). Osoby kompulsywne są często nadwrażliwe i pragną uniknięcia krzywdy oraz redukcji lęku; natomiast osoby impulsywne często poszukują ryzyka, dążą do osiągnięcia największej przyjemności i gratyfikacji (Claes i wsp. 2002).

Osoby, które określały siebie jako „uzależnione od seksu", w porównaniu z grupą kontrolną uzyskiwały wyższe wyniki w skali SCL-90-R w kategoriach lęku, depresyjności, obsesyjności i kompulsywności oraz wrażliwości w relacjach interpersonalnych (Raviv 1993).

Najbardziej znanym rzecznikiem konceptualizacji PH jako OCD, w oparciu o wspólne cechy fenomenologiczne, jest Coleman (1987, 1990, 1992). Coleman, Raymond i McBean (2003) wyróżniają następujące typy nieparafilicznych, kompulsywnych zachowań seksualnych: kompulsywne poszukiwanie licznych

partnerów seksualnych, kompulsywna fiksacja na nieosiągalnym partnerze, kompulsywny autoerotyzm (masturbacja), kompulsywne używanie materiałów erotycznych, kompulsywne korzystanie z Internetu (w celu gratyfikacji seksualnej lub w poszukiwaniu partnerów); kompulsywne, liczne związki uczuciowe oraz kompulsywna seksualność w związku.

Wspólnymi cechami OCD i PH są natarczywe, nawracające, obsesyjne myśli, często związane z odczuwanym napięciem lub lękiem (Black i wsp. 1997). W obu zaburzeniach zachowanie, które jest początkowo wstrzymywane, służy zmniejszeniu lęku, natomiast często kończy się odczuwanym cierpieniem (Coleman 1992; Raymond i wsp. 2003). W badaniu 36 osób z objawami spójnymi z PH, u 42% stwierdzono doświadczanie natarczywych i powtarzalnych fantazji seksualnych wywołujących silny dyskomfort, 67% angażowało się w powtarzane zachowania seksualne, początkowo wstrzymywane, natomiast ich realizacja powodowała negatywną samoocenę (Black i wsp. 1997). Podobnie, Raymond i wsp. (2003) zaobserwowali, że znaczna liczba osób ujawniających PH usiłowała powstrzymywać myśli i popędowość seksualną, a realizacja zachowań służyła czasowemu uwolnieniu od uczuć lęku i napięcia. Jakkolwiek, subiektywne doświadczanie powtarzalnych myśli i fantazji seksualnych osób z PH budzi wiele kontrowersji. Część badaczy wskazuje na towarzyszący im dyskomfort, podczas gdy inni (np. Schwartz i Abramowitz, 2003, 2005) sugerują, że pacjenci doświadczają je jako pozytywne i ekscytujące. Kontrowersji dotyczących postrzeganiu PH w kategoriach OCD jest znacznie więcej. Schwartz i Abramowitz (2005) zauważają, że pacjenci z OCD rzadko realizują fantazję będącą treścią natręctw, raczej neutralizując emocje przy pomocy innego działania, podczas gdy osoby z PH typowo urzeczywistniają swoje

fantazje. Ci ostatni osiągają zwykle przyjemność podczas aktywności seksualnej i mogą jej unikać tylko ze względu na szkodliwe konsekwencje. Natomiast natrętnym myślom o treści seksualnej u osób z OCD zwykle nie towarzyszy podniecenie i nie doznają one z tego powodu przyjemności. Są jednak wyjątki: Warwic i Salkovskis (1990) opisują dwóch mężczyzn, u których natrętnym myślom seksualnym towarzyszyły erekcje prącia. Możliwym wytłumaczeniem takiej sytuacji jest, że u niektórych osób objawy obsesyjno-kompulsywne łączą się z małą skłonnością do hamowania i/lub dużą skłonnością do stymulacji odpowiedzi seksualnej (Bancroft 2008).

Kontrowersje dotyczą także istotnych rozbieżności w badaniach dotyczących współwystępowania PH i OCD (Hollander i wsp. 2002, 2005, Jaisoorya i wsp. 2003, Kafka 2001, Raymond i wsp. 2003). Cechy osobowości obsesyjno-kompulsywnej odnajdowano u ok. 15% osób z rozpoznaniem uzależnienia od seksu (Black i wsp. 1997, Shapira i wsp. 2000). Można zatem przyjąć, że PH może być u niektórych osób (mniejszości) związana z atypową manifestacją OCD.

Istotą zaburzenia kontroli impulsów jest brak zdolności oparcia się impulsom i popędom, i realizowanie działań powodujących szkodę dla siebie lub innych osób (APA 2000). Jest to często związane z odczuwaniem wzmożonego napięcia lub podniecenia poprzedzających dane zachowanie, rodzajem gratyfikacji lub ulgi podczas jego realizacji oraz następującym później poczuciem winy. Barth i Kinder (1987) stworzyli model impulsywności seksualnej poparty badaniem porównującym osoby identyfikujące się jako hiperseksualne z grupą kontrolną (Quadland 1985). Badani z grupy hiperseksualnej mieli więcej partnerów w okresie miesiąca niż w grupie kontrolnej, jednak nie było istotnej różnicy pod względem liczby pożądanych

partnerów w obu grupach. Na tej podstawie przedstawiono hipotezę mówiącą, że PH wynika raczej z odhamowania niż ze wzmożonego popędu seksualnego. Z drugiej strony, należy pamiętać, że odhamowanie behawioralne nie jest cechą wyróżniającą impulsywność od kompulsywności. Najczęściej wskazywanym czynnikiem motywującym do angażowania się w impulsywne zachowania seksualne są negatywne stany emocjonalne (Black i wsp. 1997), jednak niektórzy autorzy zauważają, że mogą towarzyszyć także pozytywnym, jakkolwiek przemijającym stanom emocjonalnym (Schwartz i Abramowitz 2003). Wg Raymonda i wsp. (2003), jedna trzecia badanych z PH określała swoje seksualne myśli jako natrętne, a 87% próbowała się im opierać, co jest dowodem kompulsywności. Natomiast w badaniu z użyciem Minnesota Personality Questionnaire (Tellegen 1992), osoby z PH uzyskiwały wysokie wyniki w podskali impulsywności.

Model oparty na zaburzeniach pożądania

Alternatywny model PH angażującej akceptowane kulturowo formy realizacji potrzeb seksualnych zaproponował Kafka (2001, 2007) jako zaburzenie o charakterze parafilii (ang.: *Paraphilia Related Disorder*, PRD). PRD zawiera w sobie cechy typowe dla parafilii (np. trwałe utrzymywanie się fantazji i ich manifestacji klinicznej), jednak dotyczy zachowań akceptowanych kulturowo jako prawidłowe formy ekspresji seksualnej. Kafka zaproponował trzy kryteria diagnostyczne:

A – utrzymujące się minimum 6 miesięcy, nawracające, silnie podniecające seksualnie fantazje, pragnienia lub zachowania seksualne obejmujące akceptowane kulturowo aspekty ekspresji seksualnej o częstości lub intensywności wzmocnionej do tego stopnia, że znacząco zakłócają zdolność wyrażenia odwzajemnionej, uczuciowej relacji z partnerem.

B – fantazje, pragnienia lub zachowania seksualne powodują znaczące cierpienie lub upośledzają funkcjonowanie w społeczeństwie, w sferze zawodowej lub innych istotnych obszarach życia.

C – Fantazje, pragnienia lub czyny nie występują wyłącznie w trakcie epizodów innych zaburzeń psychicznych z osi I, w przebiegu uzależnienia od substancji psychoaktywneji nie mają związku ze stanem somatycznym.

Zaletą konceptualizacji PH wg Kafki jest jej autonomiczny charakter, tj. brak związku z innymi modelami opartymi na uzależnieniach, kompulsywności lub impulsywności.

Inne koncepcje

Bancroft (2008) wyróżnił 5 mechanizmów prowadzących do niekontrolowanych zachowań seksualnych:

1. Wpływ negatywnych stanów emocjonalnych
2. Zaburzenie hamowania podniecenia seksualnego
3. Zaburzenia samoregulacji
4. Uzależnienie od seksu
5. Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne

Dwa ostatnie mechanizmy zostały już wcześniej szczegółowo omówione. Pierwszy z wymienionych dotyczy szczególnego rodzaju reagowania na negatywne stany emocjonalne takie, jak depresja i lęk. U większości osób, w podobnych sytuacjach dochodzi do osłabienia popędu i reakcji seksualnych. Niektórzy ujawniają jednak paradoksalną tendencję do wzmożenia reaktywności seksualnej. Dotyczy to ok. 10% osób w stanie depresji i 20% przeżywających lęk lub stres, niezależnie od orientacji seksualnej (Bancroft i wsp. 2003, 2003; Lykins i wsp. 2006). W niewielkim

badaniu obejmującym 27 osób zgłaszających problem uzależnienia od seksu, 87% zauważyło u siebie tendencję do seksualnego odreagowywania stanów obniżonego nastroju, stresu lub lęku (Bancroft i Vukadinovic 2004). Bancroft (2008) proponuje kilka mechanizmów pośredniczących między negatywnymi stanami emocjonalnymi a niekontrolowanymi zachowaniami seksualnymi:

- U osoby z depresją, uzyskanie kontaktu seksualnego może wypełniać potrzeby emocjonalne bliskiego kontaktu z drugą osobą, bycia docenionym, poprawy samooceny przez poczucie, że jest się przez kogoś pożądanym.
- Stymulacja seksualna może być wykorzystywana do odwrócenia uwagi od kluczowych problemów emocjonalnych lub związanych z określoną sytuacją, które indukują negatywny stan emocjonalny. Tego typu mechanizm wykorzystywany jest raczej epizodycznie niż stanowi powtarzalny schemat niekontrolowanych zachowań seksualnych.
- Wzmożone podniecenie i zainteresowanie seksem w negatywnych stanach emocjonalnych charakteryzujących się pobudzeniem (jak przeżywanie stresu lub lęku) może wynikać z „przesunięcia ekscytacji" (Zillman 1983). Tego typu zmiana odpowiada przejściu od przykrego stanu emocjonalnego do podniecenia seksualnego, które można łatwo rozładować przez orgazm, osiągany najczęściej za pomocą masturbacji. Może być to wyuczona i utrwalona forma radzenia sobie z trudnymi uczuciami.

Wg Bancrofta (2008), takie paradoksalne i potencjalnie szkodliwe interakcje między nastrojem i seksualnością mogą rozwijać się już w dzieciństwie lub okresie dorastania, jako następstwo wczesnych doświadczeń łączących odpowiedź seksualną z negatywnym stanem emocjonalnym, np. doświadczenie wykorzystania

seksualnego lub zaindukowane poczucie winy w związku z masturbacją. Tego typu osoby mogą odczuwać znaczne trudności z połączeniem sfery seksualnej z bliską relacją uczuciową, co jest opisywane przez Colemana (1986) jako „dysfunkcja intymności".

Mechanizm związany z zaburzeniem hamowania podniecenia seksualnego opiera się na koncepcji modelu podwójnej kontroli opracowanym w Instytucie Kinsey'a (Bancroft i Janssen 2000). Zakłada on, że podniecenie seksualne zależy od równowagi między dwoma ośrodkowymi układami: pobudzającym i hamującym, których aktywność może różnić się u poszczególnych osób. Zgodnie z tą koncepcją, niekontrolowane zachowania seksualne byłyby związane z deficytem hamowania. Hipotezy obejmują np. wpływ mniejszej aktywności transportera serotoniny lub dezaktywację niektórych obszarów w obrębie płatów skroniowych mózgu, wymaga to jednak potwierdzenia w dalszych badaniach.

Najistotniejszym składnikiem samoregulacji jest samokontrola (Baumeister i Heatherton 1996), której osłabienie może leżeć u podłoża niekontrolowanych zachowań seksualnych (Bancroft 2008). Do czynników osłabiających samokontrolę należą alkohol, zmęczenie, stres, a także podniecenie seksualne. Istotny wpływ na samokontrolę ma świadomość wykraczająca poza daną sytuację, tj. uświadamianie sobie odległych konsekwencji działania. Wg Bancrofta (2004), osoby niekontrolujące swoich zachowań seksualnych mogą ujawniać tendencje dysocjacyjne stanowiące deficyt tego rodzaju rozszerzonej świadomości.

Leeds (2001), krytykując postrzeganie uzależnienia od seksu głównie w kategoriach zachowań seksualnych pomijających istotne komponenty

psychologiczne, sugeruje opieranie się na biopsychospołecznej konceptualizacji pożądania seksualnego. Zwraca przy tym uwagę na powszechność zaburzeń przywiązania u osób uzależnionych od seksu. Z jego badań wynika, że 95% pacjentów nie było zdolnych do stworzenia bliskich więzi i ujawniało style przywiązania cechujące się niskim poziomem bezpieczeństwa (lękowe lub unikające). Uważa, że uzależnieni od seksu kompensują swój brak zdolności tworzenia bliskich więzi fantazjowaniem i pragnieniem metaforycznych surogatów. Seks zapewnia im poczucie afirmacji i wirtualnej bliskości. Znaczenie zaburzeń przywiązania u osób z PH potwierdzają także inni autorzy (np. Zapf i wsp. 2008).

Robinson (1999) zwraca uwagę na znaczenie różnic kulturowych i historycznych w interpretacji zachowań seksualnych. Podobnie, jak inni autorzy (np. Valenti 2002), wskazuje także na możliwe znaczenie uzależnienia od seksu jako odpowiedzi adaptacyjnej w zaburzeniu stresowym pourazowym.

Podsumowanie – konceptualizacja PH i implikacje diagnostyczne

Podsumowanie wyników badań nad PH pozwala na stwierdzenie, że jest to problem, który nie poddaje się jednostronnej kategoryzacji, tj. brakuje przesłanek, żeby przyporządkować go jednej z istniejących kategorii diagnostycznych (np. nałogom, OCD). PH stanowi zatem odrębną kategorię. Na podstawie przeanalizowanego piśmiennictwa można założyć, że u osób z PH nakładają się w różnych proporcjach cechy typowe dla uzależnień, OCD, zaburzeń kontroli impulsów, zaburzeń pożądania, zaburzeń nastroju i samoregulacji.

Potwierdzeniem tej tezy może być praca autorstwa Lee i Forbey (2010), którzy badali korelacje poziomu seksualnego zaabsorbowania mierzonego przy pomocy podskali Sexuality Scale (Snell i Papini 1989) ze skalami kwestionariusza MMPI-2

oceniającymi osobowość i psychopatologię wśród 846 studentów Midwestern University. Seksualne zaabsorbowanie jest określeniem bliskim obsesyjności seksualnej, obejmuje zatem poznawczy aspekt PH. Autorzy rzeczonego badania wykazali, że zaabsorbowanie seksualne wiązało się bardziej ze skłonnością do uzewnętrzniania emocji niż ich internalizacji. Najsilniejsze korelacje dotyczyły wskaźników zachowań i postaw antyspołecznych, impulsywności oraz tendencji do nadużywania substancji psychoaktywnych, w mniejszym stopniu także wskaźników cierpienia, lęku i obsesyjności.

Wspólnymi elementami dla osób z PH są zaburzenia funkcjonowania, odczuwane z tego powodu cierpienie lub negatywne konsekwencje oraz odhamowanie behawioralne związane z regulacją stanów emocjonalnych i trudności z kontrolowaniem zachowań seksualnych. Podobnie, jak u pacjentów z zaburzeniami odżywiania się, u których zachowania związane z przyjmowaniem pokarmów mogą być warunkowane kompulsywnością (zwłaszcza w anoreksji) albo z upośledzeniem kontroli impulsów (zwłaszcza w bulimii) (Claes i wsp. 2002), różny udział obu mechanizmów spotyka się u pacjentów z PH. Stanowią oni zatem niejednorodną grupę. Ponadto, oba mechanizmy (tj. kompulsywność i impulsywność) mogą uczestniczyć w modelu uzależnienia. Koob (2006) opisywał zachowanie w uzależnieniach jako progresję od impulsywności (stosowanie substancji dla przyjemności) do kompulsywności (stosowanie substancji w celu ucieczki od negatywnych stanów emocjonalnych). Podobna progresja może występować u osób z PH, wymaga to jednak dalszych badań.

Z kolei Leeds (2001) zwraca uwagę, że w rozpoznawaniu uzależnienia od seksu (patrz przedstawione wcześnie kryteria wg Goodmana 1993) zbyt dużo uwagi

poświęca się aspektom behawioralnym zaniedbując tym samym procesy psychologiczne, a w szczególności obsesyjność pacjentów. Obsesyjność stanowi istotny element wewnętrznego świata tych osób i czynnik motywujący do kompulsywnych zachowań seksualnych. Co więcej, część osób czujących się uzależnionymi od seksu rzadko ujawnia niekontrolowane zachowania, a ich przeżycia ograniczają się głównie do sfery obsesyjnych myśli na temat seksu. Koncentrując się głównie na aspektach behawioralnych narażamy się na ryzyko nierozpoznawania problemu PH u wielu osób lub podejmowania działań terapeutycznych (np. grupy wsparcia zogniskowane na powstrzymywaniu niekontrolowanych zachowań seksualnych), które nie będą dla nich odpowiednie.

Alternatywnym sposobem postrzegania PH jest zaproponowane przez Kafkę (2001, 2007) traktowanie jej jako zaburzenia o charakterze parafilii (posiadającego wspólne cechy, nie będącego jednak parafilią).

Niezależnie od modelu teoretycznego, rozpoznanie PH jako odrębnej jednostki klinicznej powinno uwzględniać następujące kryteria:

1. Wykluczenie innego zaburzenia mogącego leżeć u podłoża zachowań hiperseksualnych (np. choroby afektywnej dwubiegunowej).
2. Jeżeli zachowania seksualne dotyczą niezwykłych lub nieakceptowanych społecznie obiektów (np. dzieci) lub form zachowań (np. sadomasochizm), to powinny być klasyfikowane jako parafilia (o ile spełniają inne kryteria niezbędne dla rozpoznania tego typu zaburzenia).

PH w klasyfikacjach diagnostycznych

Niżej opisano, jak zmieniało się rozumienie zachowań hiperseksualnych w kolejnych klasyfikacjach diagnostycznych:

Drugie wydanie amerykańskiej klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-II (American Psychiatric Association 1968) wyróżniało dewiacje seksualne w grupie zaburzeń osobowości, nie było jednak wzmianki na temat nadmiernych lub niedostosowanych zachowań seksualnych nienależących do parafilii. W kolejnym wydaniu – DSM-III (American Psychiatric Association 1980) klasyfikowano parafilie jako osobną grupę patologii (zaburzenia psychoseksualne), włączającą bliżej nieokreślone zaburzenia psychoseksualne (302.89) obejmujące „cierpienie spowodowane wzorem powtarzanych podbojów seksualnych angażujących osoby traktowane tylko jako rzeczy do wykorzystania (donżuanizm i nimfomania)". W DSM-III-R (American Psychiatric Association 1987), do bliżej nieokreślonych zaburzeń seksualnych (302.90) pierwszy raz dodano koncepcję nieparafilicznych uzależnień seksualnych: „cierpienie spowodowane wzorem powtarzanych podbojów seksualnych lub innych form nieparafilicznych nałogów seksualnych, angażujących osoby traktowane tylko jako rzeczy do wykorzystania". W kolejnych wydaniach zaniechano użycia terminu uzależnienia od seksu przede wszystkim ze względu na brak badań empirycznych i uzgodnień potwierdzających charakter zachowań seksualnych jako uzależnienia behawioralnego (Wise i Schmidt 1997).

DSM-IV i jego kolejna rewizja DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1994, 2000) wprowadzają modyfikację włączając do bliżej nieokreślonych zaburzeń seksualnych (302.9) „cierpienie spowodowane wzorem powtarzanych związków seksualnych angażujących kolejnych kochanków, którzy są traktowani tylko jak rzeczy do wykorzystania". Według Micka i Hollandera (2006), PH w rozumieniu impulsywnych-kompulsywnych zachowań seksualnych, można w DSM-IV-TR

klasyfikować także w kategorii bliżej nieokreślonych zaburzeń impulsywno-kompulsywnych.

ICD-10, aktualnie obowiązująca klasyfikacja opublikowana przez WHO (World Health Organization (2007) wprowadza kategorię „nadmiernego popędu seksualnego" (F52.7) pozostającą w zgodzie z DSM-IV, jednak bez wprowadzenia konkretnych kryteriów diagnostycznych, do indywidualnej oceny przez badaczy. Kategoria ta obejmuje historyczne już terminy: „nimfomanię" i „satyriasis". W ICD-10, PH może być także klasyfikowana w kategoriach niespecyficznych dysfunkcji seksualnych (F52.9) lub zaburzeń kontroli impulsów (inne, F63.8). Jeżeli zachowania hiperseksualne dotyczą zachowań parafilicznych, wtedy odpowiednia staje się kategoria zaburzeń preferencji seksualnych (F65).

W propozycjach zmian do klasyfikacji DSM-V, Manley i Koehler (2001) proponowali umieszczenie PH w kategorii zaburzeń zachowań seksualnych, podkategorii nadmiernych zachowań seksualnych, w grupie zachowań akceptowanych kulturowo (tj. niezaliczanych do zaburzeń preferencji seksualnych – parafilii). Autorzy proponują zaliczenie do nadmiernych, akceptowanych kulturowo zachowań seksualnych masturbacji, romansów i niektórych zachowań o charakterze voyeryzmu, jak uczęszczanie na peep-shows i do barów ze stripteasem.

Mick i Hollander (2006) przewidywali możliwość umieszczenia PH w DSM-5 w nowej kategorii nałogów behawioralnych i chemicznych (ang.: *behavioral and substance addictions*). Kategoria ta miałaby obejmować zaburzenia używania substancji oraz poszczególne zaburzenia kontroli impulsów takie, jak patologiczny hazard, piromanię i kleptomanię). Według cytowanych autorów, do grupy nałogóweń

behawioralnych i chemicznych mogłyby wejść impulsywne-kompulsywne zachowania seksualne, uzależnienie od Internetu i kompulsywne zakupy).

Nowsza propozycja dotyczy wprowadzenia do DSM-5 pojęcia zaburzenia hiperseksualnego (Kafka 2010) rozumianego przede wszystkim jako zaburzenie pożądania seksualnego. Zaburzenie hiperseksualne jest związane ze zwiększeniem czasu poświęconego na angażowanie się w fantazje i zachowania seksualne („zaabsorbowanie" seksualne lub „obsesja" seksualna) i z nasileniem zaburzeń wolicjonalnych lub „utratą kontroli" charakteryzowaną jako odhamowanie, impulsywność, kompulsywność lub uzależnienie behawioralne. Autor proponuje następujące kryteria diagnostyczne zaburzenia hiperseksualnego:

A. Występujące przez okres minimum 6 miesięcy, nawracające, intensywne fantazje, pobudki lub zachowania seksualne w powiązaniu z 3 lub więcej z poniższych 5 kryteriów:

A1. Czas spędzony na fantazjowaniu o seksie, pobudkach lub zachowaniach seksualnych zakłóca w sposób powtarzalny inne istotne (nieseksualne) cele, aktywności i zobowiązania.

A2. Powtarzane angażowanie się w fantazje, pobudki i zachowania seksualne w odpowiedzi na dysforyczne stany nastroju (np. lęk, depresja, znudzenie, rozdrażnienie).

A3. Powtarzane angażowanie się w fantazje, pobudki i zachowania seksualne w odpowiedzi na stresujące wydarzenia życiowe.

A4. Powtarzane, lecz nieskuteczne wysiłki zmierzające do kontrolowania lub znaczącego ograniczenia opisanych fantazji, pobudek lub zachowań seksualnych.

A5. Powtarzane angażowanie się w zachowania seksualne mimo ryzyka fizycznego lub emocjonalnego skrzywdzenia siebie samego lub innych osób.

B. Występuje istotne cierpienie osobiste lub zakłócenie społecznych, zawodowych lub innych istotnych obszarów funkcjonowania związane z częstością i intensywnością opisywanych fantazji, pobudek lub zachowań seksualnych.

C. Opisywane fantazje seksualne, popędy lub zachowania nie są bezpośrednim efektem fizjologicznym działania substancji egzogennej (np. nadużywania substancji lub stosowanego leku).

Kafka (2010) proponuje uszczegółowienie opisywanych wyżej zachowań: masturbacja, pornografia, zachowania seksualne wobec osób dorosłych wyrażających zgodę, cyberseks, telefoniczne rozmowy o treściach seksualnych, uczęszczanie do klubów ze stripteasem, inne.

NARZĘDZIA DO OCENY PATOLOGICZNEJ HIPERSEKSUALNOŚCI

1. Skala Kompulsywności Seksualnej (Sexual Compulsivity Scale, SCS).

Jest to skala autorstwa Kalichman i wsp. (1994), stworzona pierwotnie do wykrywania zachowań seksualnych wysokiego ryzyka wśród homo- i biseksualnych mężczyzn. Jej założeniem było odkrywanie cech osobowości związanych z kompulsywnością seksualną, która może wiązać się z mniejszą skutecznością prewencji i interwencji u osób zarażonych HIV. Badania wykazały dobrą spójność wewnętrzną skali, a uzyskiwane wyższe wyniki były związane z większą częstością ryzykownych zachowań seksualnych (Kalichman i Rompa, 1995; McBride i wsp.

2008), większą liczbą aktywności seksualnych, partnerów seksualnych, korzystaniem z Internetu dla celów seksualnych oraz większym ryzykiem infekcji HIV (Kalichman i Rompa 2001). Inni autorzy stwierdzili ponadto, że wyższe wyniki w SCS wiążą się z częstszym angażowaniem się w kontakty pochwowe, oralne i analne bez zabezpieczenia, jak również ze zgłaszanymi obawami dotyczącymi negatywnych następstw prawnych, psychologicznych, duchowych, fizycznych i finansowych zachowań seksualnych (Dodge i wsp. 2004, McBride i wsp. 2008).

2. Inwentarz Kompulsywnych Zachowań Seksualnych (The Compulsive Sexual Behavior Inventory, CSBI).

Narzędzie stworzone przez Colemana i wsp. (2001), dotyczące zachowań związanych zarówno z parafilicznymi (związanymi z zaburzeniami preferencji seksualnych), jak i nieparafilicznymi manifestacjami kompulsywności seksualnej. Obejmuje zachowania związane z obsesyjnym zaabsorbowaniem, brakiem kontroli impulsów, doświadczeniem społecznych i prawnych następstw zachowań kompulsywnych, potencjalne zagrożenie zdrowia i zakłócenie codziennego funkcjonowania. 28-punktowy inwentarz ma trzy podskale: kontrola, nadużywanie i przemoc.

Obie skale, SCS i CSBI, zostały niedawno porównane, a ich właściwości psychometryczne poddane ponownej ewaluacji przez Lee i wsp. (2009). Wyniki wskazują na zadawalającą rzetelność obu skal. Współczynniki α Cronbacha wynoszą 0.90 dla SCS i odpowiednio 0,90, 0,91 i 0,91 dla podskal kontroli, nadużywania i przemocy w CSBI. Narzędzia te oceniają różne aspekty kompulsywności seksualnej: CSBI pozwala na lepsze zrozumienie aspektów afektywnych i negatywnych skutków związanych z kompulsywnością seksualną, natomiast SCS dostarcza więcej

informacji na temat jej komponentów poznawczych. Zatem, stosowanie obu skal pozwala na pełniejszą ocenę kompulsywności seksualnej.

3. Skala Oceny Objawów Seksualnych (Sexual Symptom Assessment Scale, S-SAS)

Służy do oceny nasilenia objawów kompulsywnych zachowań seksualnych. Składa się z 12 pytań, każde z pięcioma wariantami odpowiedzi. Ma dobrą spójność wewnętrzną (α = 0,92), a wyniki wykazują silną korelację z wynikami uzyskiwanymi w CSBI (Raymond i wsp. 2007).

4. Test Skriningowy Uzależnienia od Seksu (The Sexual Addiction Screening Test, SAST).

Skala samooceny autorstwa Carnesa (1989), cechuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi (Nelson i Oehlert 2008) i zawiera istotne elementy zawarte w niemal wszystkich definicjach uzależnienia od seksu (Marshall i Marshall 2010). Była wykorzystywana przez wielu badaczy niezależnie od sposobu konceptualizacji PH (Austin1997, Blankenship i Laaser 2004, Corley i Kort 2006, Garos 1996, Meadows 2002, Seegers 2003, Weiss 2004). SAST składa się z 25 pytań z dwoma wariantami odpowiedzi (tak/nie) punktowanymi od 0 do 1. Dziewięćdziesiat pięć % osób uzyskujących wyniki 13 lub więcej punktów spełnia kryteria nałogowego seksu (Carnes 1989). Istotnym mankamentem tego narzędzia było jego nieprzystosowanie do badania populacji kobiet i osób homoseksualnych, dlatego niedawno ukazała się poprawiona wersja (SAST-R) zawierająca 20 pytań bazowych i dołączone 4 podskale dla cyberseksu, mężczyzn heteroseksualnych, kobiet i mężczyzn homoseksualnych. Wstępne wyniki sugerują znacznie lepszą

użyteczność nowego instrumentu, co wymaga jednak dalszych badań (Carnes i wsp. 2010).

5. Kwestionariusz Samooceny Anonimowych Seksoholików (Sex Addicts Anonymous Self-Assessment Questionnaire).

Składa się z 12 pytań, każde z dwoma wariantami odpowiedzi (tak/nie) i służy jako narzędzie przesiewowe, mające na celu pomóc wypełniającemu w sprawdzeniu, czy kwalifikuje się do uczestniczenia w programie 12 kroków Anonimowych Seksoholików (AS). Udzielenie twierdzącej odpowiedzi na jedno lub więcej pytań powinno skłonić wypełniającego do sięgnięcia po literaturę dotyczącą uzależnienia od seksu lub zgłoszenia się na miting AS w celu dalszej oceny potrzeb ewentualnej terapii (Mercer, 1998).

6. Skala Konsekwencji Kompulsywnych Zachowań Seksualnych (The Compulsive Sexual Behavior Consequences Scale, CSBCS).

Konsekwencje kompulsywnych zachowań seksualnych mogą służyć jako wyznacznik nasilenia problemu, co może być szczególnie przydatne w ocenie osób z PH, które nie ujawniają zaburzeń preferencji seksualnych (parafilii). CSBCS składa się z 21 punktów dotyczących różnych konsekwencji kompulsywnych zachowań seksualnych (m.in. problemów prawnych, absencji w pracy i szkole, następstw zdrowotnych, społecznych, duchowych, rozwojowych, trudności tworzenia relacji, ryzykownych zachowań seksualnych, poczucia winy), każdy z pięcioma wariantami odpowiedzi od nigdy (0) do zawsze (4). Kwestionariusz cechuje się dobrymi własnościami psychometrycznymi (α Cronbacha 0,89 w grupie pacjentów rozpoczynających terapię i 0,86 po leczeniu). Oprócz oceny nasilenia problemu, CSBCS jest przydatnym narzędziem oceny zmian zachodzących w trakcie leczenia,

identyfikacji pacjentów słabo reagujących na interwencję oraz może być pomocna w indywidualnym planowaniu terapii (Muench i wsp. 2007).

Niestety, obecnie nie dysponujemy uwierzytelnionymi polskimi wersjami językowymi wymienionych kwestionariuszy.

LECZENIE

Wcześniej omówiono różne mechanizmy (tj. cechy uzależnienia, kompulsywność, impulsywność, zaburzenia pożądania) pośredniczące w ujawnianiu się patologicznych zachowań hiperseksualnych. Biorąc pod uwagę, że osoby ujawniające PH stanowią niejednorodną grupę cechującą się zmiennym udziałem poszczególnych mechanizmów, ich właściwa identyfikacja u poszczególnych pacjentów ma istotne znaczenie dla właściwego wyboru terapii.

Reid (2007) szacuje, że 70% osób zgłaszających się po pomoc w związku z zahowaniami hiperseksualnymi ujawnia wysoki poziom ambiwalencji względem pożądanych zmian. Z tego względu istotna jest umiejętność motywowania pacjenta do podjęcia terapii od momentu zbierania wstępnego wywiadu (Del Giudice i Kutinsky 2007). Impulsywność jako cecha jest związana z mniejszą skutecznością leczenia, co wynika z mniejszej motywacji do przerwania zachowań sprawiających przyjemność (Moeller i Dougherty 2002, Oldham i wsp. 1996). Podobne obserwacje dotyczą patologicznych hazardzistów, u których mniejsza impulsywność jest związana z lepszym reagowaniem na leczenie (Maccallum i wsp. 2007). Osoby cechujące się dużą impulsywnością wymagają zatem prawdopodobnie zastosowania bardziej intensywnych technik motywujących, mających na celu zarówno ułatwienie

ukończenia terapii, jak i poprawy jej wyników. Z kolei pacjenci kompulsywni nie odniosą raczej większych korzyści z tego rodzaju działań.

Hagedorn (2009a, 2009b) zwraca uwagę, że znacząca większość klinicystów nie jest przygotowana do diagnozowania i prowadzenia terapii osób z PH. Terapeuci pracujący z tą grupą pacjentów powinni zatem przejść odpowiednie szkolenia mające na celu zgłębienie wiedzy na temat różnorodnych mechanizmów kształtujących zachowania hiperseksualne i nabycia umiejętności praktycznych potrzebnych w procesie leczenia.

Terapia osób cierpiących z powodu PH niesie za sobą częste dylematy natury etycznej wynikające z procesów przeniesienia i przeciwprzeniesienia, występowania prowokacyjnych zachowań pacjenta, kwestii otwartości terapeuty i przestrzegania zasad poufności oraz wielu innych (Griffin-Shelley, 2009). Ich uświadomienie i przepracowanie, najlepiej w procesie superwizji, może mieć znaczący wpływ na skuteczność leczenia.

Niżej przedstawiono analizę piśmiennictwa i uwagi autora na temat poszczególnych form leczenia PH.

Farmakoterapia

Coraz więcej badań wskazuje na możliwość redukcji niekontrolowanych zachowań seksualnych za pośrednictwem leków wpływających na podwyższenie nastroju oraz zmniejszenie nasilenia obsesji i kompulsji. Dotyczy to przede wszystkim stosowania selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (selective serotoninę reuptake inhibitors, SSRI) (Fedoroff 1993, Fong 2006, Kafka 1997, Stein i wsp. 1992). Mogą one w istotny sposób wspomagać proces psychoterapii (Coleman 1992). Nie wiemy, na ile efekt terapeutyczny wynika z poprawy nastroju,

zmniejszenia natręctw lub z hamowania reaktywności seksualnej, albo wspólnie z tych trzech mechanizmów. Bardzo prawdopodobny jest efekt związany z serotoninergicznym hamowaniem odpowiedzi seksualnej będący typowym działaniem ubocznym SSRI (Mustanski i Bancroft 2006). Badacze zwracają także uwagę na znaczną siłę efektu placebo u osób z zaburzeniami kontroli impulsów stosujących leczenie farmakologiczne (Grant i wsp. 2003). Kafka i Hennen (2000) zauważyli, że dodanie metylfenidatu o wydłużonym uwalnianiu 40mg na dobę do terapii fluoksetyną spowodowało dalsze zmniejszenie liczby nadmiernych zachowań seksualnych – zarówno związanych z zaburzeniami preferencji seksualnych, jak i nieparafilicznych oraz skrócenie średniego czasu spędzanego dziennie na tych zachowaniach. Coleman i wsp. (2000), w retrospektywnej analizie 14 pacjentów leczonych z rozpoznaniem impulsywnych-kompulsywnych zachowań seksualnych z użyciem nefazodonu (średnia dawka 200mg/d) stwierdzili, że u tych, którzy pozostali w długoterminowej terapii, sześciu (55%) zgłaszało uzyskanie dobrej kontroli nad obsesjami i kompulsjami seksualnymi, a pięciu (45%) zgłaszało całkowite ustąpienie objawów. W literaturze można także znaleźć opisy przypadków PH (w tym parafilicznych i nieparafilicznych) skutecznie leczonych litem (Cesnik i Coleman 1989), buspironem (Fedoroff 1988, 1992), trójpierścieniowymi lekami przeciwdepresyjnymi (Azhar i Varma 1995; Kruesi i wsp. 1992), atypowymi lekami przeciwpsychotycznymi (Bourgeois i Klein, 1996), naltreksonem (Raymond i wsp. 2002) i topiramatem (Khazaal i Zullino 2006; Fong i wsp. 2005). Brakuje danych dotyczących leczenia pacjentów z nieparafiliczną PH przy użyciu leków zmniejszających stężenie estosteronu, takich jak: octan medroksyprogesteronu, octan cyproteronu lub hormon uwalniający gonadotropinę. Leki te nie wydają się

jednak odpowiednią opcją terapeutyczną dla większości pacjentów – mają za zadanie maksymalne zmniejszenie popędu seksualnego i dlatego są typowo wykorzystywane w leczeniu osób z rozpoznaniem parafilii, przede wszystkim przestępców seksualnych, w szczególności sprawców przestępstw seksualnych wobec dzieci (Codispoti 2008, Fong 2006). W przypadkach nieparafilicznej PH mogą być zatem rozważane w przypadku pacjentów o wyjątkowo silnych działaniach popędowych, tj. uwarunkowanych bardzo wysokim poziomem pożądania seksualnego (libido), u których zawiodły inne opcje terapeutyczne. Należy przy tym pamiętać, że leki hamujące produkcję lub działanie testosteronu są obarczone istotnym ryzykiem poważnych działań niepożądanych, w tym zaburzeń funkcji wątroby, niedoczynności nadnerczy, osteoporozy i zakrzepicy żylnej. Benzodiazepiny mogą mieć efekt odhamowujący zachowanie i wzmacniać działania impulsywne, dlatego nie zaleca się ich stosowania w tej grupie pacjentów za wyjątkiem doraźnego leczenia ostrego pobudzenia i agresji (Bond 1998).

Psychoterapia

Generalnie, w literaturze brakuje kontrolowanych badań oceniających skuteczność psychoterapii u pacjentów z PH. Opisy dotyczą najczęściej analiz poszczególnych przypadków lub badań retrospektywnych.

Istnieje wiele grup samopomocowych typu „anonimowych seksoholików” (m.in. Sexaholics Anonymous, Sex Addicts Anonymous, Sex and Love Addicts Anonymous, Sexual Recovery Anonymous, Co-dependents of sex addicts, S-Anon International Family Groups, Sexual Compulsives Anonymous) z setkami stowarzyszeń i oddziałów na całym świecie, opierających swoje działanie głównie na programach terapii „Dwunastu Kroków”. Wspólnoty te obejmują swoją opieką osoby

ujawniające PH (najczęściej określany tu jako uzależnienie od seksu), jak i osoby współuzależnione i rodziny. Nie dysponujemy aktualnie obiektywnymi danymi dotyczącymi efektywności działania powyższych grup samopomocowych. Zwolennicy konceptualizacji PH jako uzależnienia od seksu (np. Schneider i Irons, 2001) bardzo zalecają uczestniczenie pacjentów w programach 12-kroków, które są wzorowane na „Anonimowych Alkoholikach". Wydaje się, że wcześniejsze rozpoczęcie uczestnictwa oraz częstsze uczęszczanie na mityngach wiąże się z mniejszą kompulsywnością seksualną w późniejszym czasie (Wright 2010).

W psychoterapii grupowej, uczestnicy pomagają sobie wzajemnie w przezwyciężaniu uczucia wstydu i izolacji. Z pomocą terapeuty, grupa może także dostarczać doświadczeń zaangażowania w bliskie relacje emocjonalne (Adams i Robinson 2001, Mick i Hollander 2006, Wilson 2000). W ramach ośrodków zajmujących się leczeniem uzależnień, osoby z PH są często włączane do grup z pacjentami z uzależnieniami od substancj (stanowiącymi zwykle ok. 90%) i wspolnymi nałogmi behawioralnymi, realizując ewentualnie częściowo sprofilowany program terapeutyczny (Wan i wsp. 2000). Ocena skuteczności tych programów bywa trudna, ze względu na mały odsetek respondentów badań prowadzonych po ukończeniu terapii. W jednym z takich badań (Wan i wsp. 2000), spośród 202 leczonych na ankiety podsumowujące efekty leczenia odpowiedziało zaledwie 59 pacjentów, spośród których jedynie 29% utrzymywało abstynencję we wszystkich obszarach uzależnienia od seksu zidentyfikowanych podczas terapii. Z drugiej strony, wśród 71% osób powracających do zachowań związanych z PH stwierdzano wyraźnie mniejszą liczbę partnerów i nawiązywanych kontaktów seksualnych oraz wydawanie mniejszych sum pieniędzy na działania związane z uzależnieniem

(związane także z praktykowaniem „tańszych” form aktywności jak korzystanie z pornografii i masturbacja). Zatem przeważającym (i jednak niezwykle istotnym) efektem tego rodzaju terapii może być istotna redukcja szkód i zagrożeń wynikających z zachowań hiperseksualnych, w tym zmniejszenie liczby ryzykownych zachowań seksualnych i prewencja szerzenia się chorób przenoszonych drogą płciową oraz zmniejszenie strat finansowych.

Klontz i wsp. (2005) przedstawili wyniki krótkoterminowej, intensywnej (32 godziny w ciągu 8 dni), multimodalnej terapii grupowej osób z uzależnieniem od seksu. Model terapeutyczny obejmował integrację terapii eksperymentalnej (w tym psychodrama, odgrywanie ról, z teoretyczną podbudową psychologii humanistyczno-egzystencjalnej, teorii rozwojowej i terapii systemowej; a także artterapia, muzykoterapia, rzeźba rodzinna i techniki Gestalt) z technikami poznawczo-behawioralnymi. Bezpośrednio po zakończeniu terapii i w powtórnej ocenie po kolejnych 6 miesiącach stwierdzono wyraźne zmniejszenie ogólnego poziomu dyskomfortu psychicznego, depresyjności, objawów obsesyjno-kompulsywnych i zaabsorbowania seksem oraz bodźcami seksualnymi. Zauważono także zmniejszenie lęku, wewnątrzpsychicznych konfliktów dotyczących popędu seksualnego oraz uczucia wstydu związanego z realizacją działań popędowych. Pomijając mniej istotne ograniczenia metodologiczne badania, w jego omówieniu autorzy analizują niestety tylko zmiany wyników w poszczególnych skalach nie precyzując przy tym, w jakim stopniu zmieniły się konkretne zachowania hiperseksualne (jak liczba partnerów, ryzykownych kontaktów seksualnych, korzystanie z pornografii itp.).

Jedynie jedno badanie ocenia psychoterapię grupową osób homo- i biseksualnych identyfikujących się jako cierpiących z powodu impulsywno-kompulsywnych zachowań seksualnych (Quadland 1985). Wymogiem włączenia do badania było odbycie minimum pięciu sesji terapeutycznych. Uczestnicy pozostawali w terapii średnio przez 20 tygodni. Autor opisuje sesje terapeutyczne w następujący sposób: „Uczestnicy mieli możliwość zawarcia z grupą kontraktu dotyczącego zachowań, które chcieliby zmienić. Sesje grupowe zaczynały się zwykle przeglądem realizacji kontraktów z poprzedniego tygodnia oraz ujawnieniem myśli i uczuć poszczególnych osób na temat ich różnych sukcesów i porażek". Dane były gromadzone w trakcie dwóch lat trwania programu terapeutycznego. Sześć miesięcy po zakończeniu terapii, uczestnicy otrzymywali ankiety podsumowujące zmiany w porównaniu z okresem sprzed leczenia. Liczba partnerów seksualnych w ciągu miesiąca zmniejszyła się u poddanych terapii średnio z 11,5 do 3,3, podczas gdy w grupie kontrolnej (nieleczonych) liczba partnerów nie uległa istotnej zmianie. U osób leczonych znamiennie zmniejszyła się także liczba przygodnych kontaktów seksualnych, publicznych form kontaktów seksualnych oraz łączenia alkoholu i narkotyków z seksem.

Na podstawie badania ankietowego 40 uczestników kończących psychoterapię grupową w The Center for Healing from Sexual Compulsivity and Trauma (Chester, Pennsylvania, USA), Nerenberg (2000) identyfikuje cztery czynniki terapeutyczne, które były oceniane przez pacjentów jako najbardziej pomocne: katharsis (ujawnienie uczuć), kohezja (poczucie przynależności i zaangażowanie w sprawy grupy), uczenie się interpersonalne (informacje, jak są postrzegani przez

innych ludzi) i uniwersalność (poczucie, że nie jest się jedyną osobą z określonym problemem).

W ujęciu psychodynamicznym, istotna jest identyfikacja i próba zrozumienia uczuć pacjenta i terapeuty w procesie terapii PH. W toku leczenia może pojawiać się wiele intensywnych emocji, a terapeuci mogą być narażeni na nadmierne identyfikowanie się z zachowaniami pacjentów lub, odmiennie, odbierać je jako zagrażające i unikać podejmowania leczenia. Innym istotnym obszarem w terapii psychodynamicznej jest analizowanie konfliktów rodzinnych i odkrywanie modeli zdrowej intymności (Hollander i Stein, 2006). Leedes (1999) oraz Zapf i wsp.. (2008) zwracają uwagę, że ważnym elementem terapii jest radzenie sobie z zaburzeniami przywiązania osób uzależnionych od seksu przez uczenie ich bardziej komfortowych relacji. Zmniejsza to siłę i negatywny wpływ fantazji na temat obiektu seksualnego. Istotne jest zrozumienie przez pacjenta, że fantazje te są metaforycznymi zamiennikami związków interpersonalnych oferującymi im swoją reaktywność i afirmację. Rozwijanie bezpiecznych relacji zmniejsza potrzebę kompensowania braku bliskości przy pomocy zachowań seksualnych.

Matheny (1998) zaleca na wczesnym etapie postępowania z osobami uzależnionymi od seksu włączanie rodziny do programu terapeutycznego. McCarthy (2002) podkreśla rolę partnerki w ujawnianiu, ocenie, leczeniu i profilaktyce kompulsywnych zachowań seksualnych u mężczyzn. Wg Corley (2005) praca terapeutyczna powinna obejmować przygotowanie uzależnionego od seksu rodzica do rozmowy z dzieckiem na temat swojego problemu, przerwania cyklu nadużyć seksualnych i zapewnienia właściwej edukacji seksualnej.

Przydatne może być podejście oparte na terapii poznawczo-behawioralnej (CBT): pomoc pacjentom w identyfikacji czynników wyzwalających zachowania seksualne i umożliwienie im rozwinięcia lepszych mechanizmów radzenia sobie z tymi zachowaniami. Pomaga to szczególnie w unikaniu nawrotów negatywnych zachowań. CBT może także nauczyć pacjentów zdrowszych sposobów radzenia sobie ze stresem, lękiem i obniżonym nastrojem, które mogą wyzwalać niechciane zachowania seksualne (Mick i Hollander 2006).

Istotnym problemem w terapii jest kwestia ujawnienia przez pacjenta jego zachowań seksualnych partnerce lub partnerowi oraz możliwe konsekwencje takich działań (Corley i Schneider 2002). Z tego względu, jak również z uwagi na istotne aspekty dotyczące trudnych relacji w związkach osób z PH, ważną częścią terapii jest praca nad związkiem. Terapia małżeńska pozwala na pracę nad problemami w związku spowodowanymi zachowaniami seksualnymi pacjenta będące często źródłem ogromnego stresu i odrzucenia. Może także pomóc pacjentowi w poprawie intymności, otwartości i jakości kontaktów seksualnych w stałym związku (Mick i Hollander 2006, Butler i wsp. 2010). Poradnictwo i terapia dla związków może przyspieszać proces wybaczenia, odbudowania zaufania, poprawy więzi i lepszego wspierania dalszego leczenia pacjenta przez partnerkę lub partnera (Schneider i Irons 2001, Zitzman i Butler 2005). Skuteczność takiej interwencji pozostaje jednak ograniczona, dopóki partner lub partnerka osoby ujawniającej PH postrzega się jedynie w kategoriach ofiary. Z tego względu, partnerzy/partnerki powinno się zachęcać do podejmowania terapii indywidualnej ukierunkowanej na ich procesy uzależnieniowe, lęk przed porzuceniem, zewnętrzne umiejscowienie kontroli i niskie poczucie własnej wartości (Schneider i Irons 2001).

U osób uzależnionych od cyberseksu, istotnym elementem w terapii jest ograniczenie dostępu do komputera poza pracą, a u osób pracujących w domu – wyznaczenie określonych godzin korzystania z pomieszczenia służbowego z komputerem, z przeznaczeniem tylko do pracy (Orzack i Ross 2000). Uzyskanie pełnej abstynencji w zakresie korzystania z Internetu jest to o tyle trudne, że we współczesnym świecie komputer stał się nieodłączną częścią naszego życia i wielu osobom trudno jest sobie wyobrazić funkcjonowanie bez dostępu do sieci. Niektórzy autorzy sugerują nawet wykorzystanie zasobów sieci i możliwości nowoczesnej komunikacji internetowej w psychoterapii osób uzależnionych od cyberseksu (Putnam i Maheu, 2000).

W literaturze można spotkać także opisy przypadków leczonych z zastosowaniem innych podejść oraz autorskich programów terapeutycznych, które okazały się skuteczne dla wybranych pacjentów (Cox i Howard 2007, Friedman 1999; Manley 1999; Wilson 1998) lub metod stosowanych w terapii szczególnych subpopulacji, np. nastoletnich przestępców seksualnych (Lundrigan 2004). Tworzone są także projekty internetowych programów psychoedukacyjnych dla osób z PH (Hardy i wsp. 2010). Wymienione opracowania nie pozwalają na wyciągnięcie uogólniających wniosków na temat ich skuteczności dla całej populacji pacjentów z PH.

Istotne jest także włączanie do terapii interwencji służących rozpoznawaniu i prewencji chorób przenoszonych drogą płciową – badania przesiewowe, edukacja, ograniczanie szkód przez promowanie bezpiecznych kontaktów seksualnych (Herring 2001; Reece i wsp. 2001). Pomocne w tym celu mogą być techniki CBT (Walch i Prejean 2001). Ważnym problemem są aspekty etyczne związane z potrzebą

ochrony partnerek/partnerów pacjentów, co może kolidować z zasadami poufności danych obowiązującymi w terapii (Herring 2001).

W podejmowaniu poradnictwa i terapii osób ujawniających PH istotne jest także uwzględnienie uwarunkowań związanych z orientacją seksualną – dotyczy to przede wszystkim szczególnych problemów populacji homoseksualnych, jak stygmatyzacja, homofobia, brak wsparcia społecznego dla związków osób tej samej płci, zachowania związane z unikaniem dyskryminacji, dynamika subkulturowa oraz kwestii przeciwprzeniesienia terapeuty (Kasl 2002).

Rekomendacje dotyczące leczenia i profilaktyki

Ze względu na niewielką ilość kontrolowanych, randomizowanych badań oceniających skuteczność poszczególnych terapii, możliwości stworzenia rekomendacji dotyczących leczenia PH są bardzo ograniczone. Uzyskane dane pozwalają na następujące stwierdzenia:

1. Najwięcej zachęcających danych odnośnie farmakoterapii dotyczy stosowania leków z grupy SSRI.

2. Biorąc pod uwagę częste współwystępowanie PH z zaburzeniami z osi I, warto jest rozważyć stosowanie takiego leku, który jest najbardziej adekwatny w leczeniu tych zaburzeń. Przykładowo, pacjenci ze współwystępującą depresją, zaburzeniami lękowymi lub obsesyjno-kompulsywnymi, powinni w pierwszej kolejności otrzymać leki z grupy SSRI; chorzy z objawami uzależnienia od substancji – antagonistów receptorów opioidowych, pacjenci ze spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej – leki normotymiczne, pacjenci z ADHD – leki stymulujące lub inhibitory zwrotnego wychwytu dopaminy i noradrenaliny.

3. Nie zaleca się stosowania benzodiazepin.

4. Szczególnie skuteczne wydaje się być połączenie odpowiednio dobranych leków z psychoterapią.

5. W przypadku leczenia pacjentów z PH w ramach programów terapii uzależnień, bardziej korzystne jest tworzenie jednorodnych grup terapeutycznych (tj. takich, w których wszyscy pacjenci spełniają kryteria uzależnienia od seksu) niż dołączanie pacjentów do grup skupiających osoby z różnymi rodzajami uzależnień.

6. Wobec braku danych na temat przewagi określonych metod psychoterapii nad innymi, zaleca się stosowanie ogólnie uznanych metod, które były wykorzystywane w leczeniu pacjentów z PH: najwięcej danych dotyczy terapii psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej (CBT), grupowej i małżeńskiej.

7. Ze względu na wiele mechanizmów leżących u podłoża PH, korzystne wydaje się elastyczne podejście do terapii i eklektyzm terapeutyczny.

8. Uczestniczenie w spotkaniach grup samopomocowych typu „Anonimowych Seksoholików" może być pomocne jako uzupełnienie i zwiększenie motywacji w procesie terapii u części pacjentów.

9. W ramach oddziaływań terapeutycznych pomocne mogą być inne interwencje takie, jak poradnictwo lub terapia związków i rodzin osób ujawniających PH oraz terapia indywidualna ich partnerów/partnerek.

10. Włączanie do terapii interwencji służących rozpoznawaniu i prewencji chorób przenoszonych drogą płciową.

11. Istnieje potrzeba dodatkowego przeszkolenia terapeutów w zakresie specyfiki pracy z tą specyficzną grupą pacjentów.

12. Podstawowym działaniem profilaktycznym jest prowadzenie szeroko zakrojonej edukacji społecznej na temat istoty, czynników sprzyjających i

podtrzymujących patologiczne zachowania hiperseksualne oraz zwiększanie dostępności do terapii. Istotnym elementem jest tu możliwość redukcji szkód związanych z zachowaniami hiperseksualnymi (w tym następstw zdrowotnych, społecznych i finansowych).

Piśmiennictwo

1. Adams K M, Robinson DW (2001) Shame reduction, affect regulation, and sexual boundary development: essential building blocks of sexual addiction treatment. Sexual Addiction & Compulsivity, 8: 23-44.
2. American Psychiatric Association (1968) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM II. Washington, DC: American Psychiatric Association
3. American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM III. Washington, DC: American Psychiatric Association
4. American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM III-R. Washington, DC: American Psychiatric Association
5. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM IV. Washington, DC: American Psychiatric Association
6. American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV TR. Washington, DC: American Psychiatric Association
7. Azhar MZ, Varma SL (1995) Response to clomipramine in sexual addiction. European Psychiatry, 10: 263-265
8. Austin CJ (1997) Compulsive sexual behavior and personality characteristics: A comparative analysis. Unpublished doctoral dissertation, University of North Texas
9. Bancroft J, Janssen E (2000) The dual control model of male sexual response: a theoretical approach to centrally mediated erectile dysfunction. Neuroscience Biobehavior Review, 24: 571-579
10. Bancroft J, Janssen E, Strong D. i wsp. (2003) The relation between mood and sexuality in heterosexual men. Archives of Sexual Behavior, 32: 217-230
11. Bancroft J, Janssen E, Strong D i wsp. (2003) The relation between mood and sexuality in gay men. Archives of Sexual Behavior, 32, 231-242
12. Bancroft J, Vukadinovic Z (2004) Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity or what? Towards a theoretical model. Journal of Sex Research, 41: 225-234

13. Bancroft J (2008) Sexual behavior that is “out of control”: theoretical conceptual approach. Psychiatric Clinics of North Americs, 31: 593-601
14. Barth RJ, Kinder BN (1987) The mislabeling of sexual impulsivity. Journal of Sex and Marital Therapy, 13: 15-23
15. Baumeister RF, Heatherton TF (1996) Self-regulation failure: An overview. Psychological Inquiry, 7: 1-15
16. Benotsch EG Kalichman SC, Pinkerton SD (2001) Sexual compulsivity in HIV-positive men and women: prevalence, predictors, and consequences of high-risk behaviors. Sexual Addiction & Compulsivity, 8: 83-99
17. Benotsch EG, Kalichman SC, Cage M (2002) Men who have met sex partners via the Internet: prevalence, predictors, and implications for HIV prevention. Archives of Sexual Behavior, 31: 177-183
18. Black DW, Kehrberg LLD, Flumerfelt DL, Schlosser SS (1997) Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behaviors. American Journal of Psychiatry, 154: 243-249
19. Black DW (2000) The epidemiology and phenomenology of compulsive sexual behavior. CNS Spectrums, 5: 26-72
20. Blanchard G (1990) Differential diagnosis of sex offenders: Distinguishing characteristics of the sex addict. American Journal of Preventive Psychiatry and Neurology, 2: 45-47
21. Blanchard G, Tabachnick J (2002) The prevention of sexual abuse: Psychological and public health perspectives. Sexual Addiction & Compulsivity, 9: 1-13
22. Blankenship R, Laaser M (2004) Sexual addiction and ADHD: Is there a connection? Sexual Addiction & Compulsivity, 11: 7-20
23. Bond AJ (1998) Drug-induced behavioral disinhibition: incidence, mechanisms, and therapeutic implications. CNS Drugs, 9: 41-57
24. Briken P, Habermann N, Berner W, Hill A (2007) Diagnosis and treatment of sexual addiction: A survey among German sex therapists. Sexual Addiction & Compulsivity, 14: 131-143

25. Burgeois JA, Klein M (1996) Risperidone and fluoxetine in the treatment of pedophilia with comorbid dysthymia [letter]. Journal of Clinical Psychopharmacology, 16: 257-258
26. Butler MH, Rodriguez M-KA, Roper SO, Feinauer LL (2010) Infidelity secrets in couple therapy: Therapists' views on the collision of competing ethics around relationship-relevant secrets. Sexual Addiction & Compulsivity, 1:7, 82-105
27. Carnes P (1983) Out of the shadows: Understanding sexual addiction. Minneapolis, CompCare.
28. Carnes P (1989) Contrary to love: Helping the sexual addict. Minneapolis, MN: CompCare.
29. Carnes, P. (1991) Don't call it love: Recovery from sexual addiction. New York: Bantam Books.
30. Carnes PJ, Delmonico DL (1996) Childhood abuse and multiple addictions: research findings in a sample of self-identified sexual addicts. Sexual Addiction & Compulsivity, 3: 11
31. Carnes PJ (1999) Editorial: cybersex, sexual health, and the transformation of culture. Sexual Addiction & Compulsivity, 6: 77-78
32. Carnes PJ, Murray RE, Charpentier L (2005) Bargains with chaos: Sex addicts and addiction interaction disorder. Sexual Addiction & Compulsivity, 12: 79-120
33. Carnes P, Green B, Carnes S (2010) The same yet different: Refocusing the Sexual Addiction Screening Test (SAST) to reflect orientation and gender. Sexual Addiction & Compulsivity, 17: 7-30.
34. Cavaglion G (2010) A Jungian interpretation of sexual addiction: A case study of mid-life crisis. Sexual Addiction & Compulsivity, 17: 185-209
35. Cesnik JA, Coleman E (1989).Use of lithium carbonate in the treatment of autoerotic asphyxia. American Journal of Psychotherapy, 43: 277-285
36. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H (2002) Impulsive and compulsive traits in eating disordered patients compared with controls. Personality and Individual Differences, 32: 707-714

37. Codispoti VL (2008) Pharmacology of sexually compulsive behavior. Psychiatric Clinic of North America, 31: 671-679
38. Coleman E (1986) Sexual compulsion vs. sexual addiction: The debate continues. SIECUS Rep, 7-11
39. Coleman E (1987) Sexual compulsivity: Definition, etiology, and treatment considerations. Journal of Chemical Dependency Treatment, 1: 189-204
40. Coleman E (1990) The obsessive-compulsive model for describing compulsive sexual behavior. American Journal of Preventive Psychiatry and Neurology, 2: 9-14
41. Coleman E (1992) Is your patient suffering from compulsive sexual behavior? Psychiatric Annals, 22: 320-325
42. Coleman E, Gratzer T, Nevacsil L, Raymond NC (2000) Nefazodone and the treatment of nonparaphilic compulsive sexual behavior: A retrospective study. Journal of Clinical Psychiatry, 61: 282-284
43. Coleman E, Miner M, Ohlerking F, Raymond N (2001) Compulsive Sexual Behavior Inventory: A preliminary study of reliability and validity. Journal of Sex & Marital Therapy, 27: 325-332
44. Coleman E, Raymond N, McBean A (2003) Assessment and treatment of compulsive sexual behavior. Minnesota Medicine, 86: 42-47
45. Coleman-Kennedy C, Pendley A (2002) Assessment and diagnosis of sexual addiction. Journal of American Psychiatric Nurses Association, 8: 142-151
46. Cooper A, Delmonico DL, Burg R (2000) Cybersex users, abusers, and compulsives: New findings and implications. Sexual Addiction & Compulsivity, 7: 5-29
47. Corley MD, Schneider JP (2002) Disclosing secrets: Guidelines for therapists working with sex addicts and co-addicts. Sexual Addiction & Compulsivity, 9: 43-67
48. Corley MD (2005) Sexplanations II: Helping addicted parents talk with their children about healthy sexuality, sexual addiction, and sexual abuse. Sexual Addiction & Compulsivity, 12: 245-258

49. Corley MD, Kort J (2006) The sex addicted mixed-orientation marriage: Examining attachment styles, internalized homophobia and viability of marriage after disclosure. Sexual Addiction & Compulsivity, 13: 167-193
50. Cox RP, Howard MD (2007) Utilization of EMDR in the treatment of sexual addiction: A case study. Sexual Addiction & Compulsivity, 14: 1-20
51. Daneback K, Cooper A, Mansson S-A (2005) An Internet study of cybersex participants. Archives of Sexual Behavior, 34: 321-328
52. Del Giudice MJ, Kutinsky J (2007) Applying motivational interviewing to the treatment of sexual compulsivity and addiction. Sexual Addiction & Compulsivity, 14: 303-319
53. Delmonico DL (2001) Altering the Bible: Changing the Diagnostic and Statistics Manual. Sexual Addiction & Compulsivity, 8: 185-186.
54. Delmonico DL (2002) Reflections from corporate America: One view on compulsive sexual behavior (CSB) in the workplace. Sexual Addiction & Compulsivity, 9: 167-171
55. Delmonico DL (2005) Sexual addiction and compulsivity: Watching the field evolve. Sexual Addiction & Compulsivity, 12: 1-2
56. Dew BJ, Chaney MP (2004) Sexual addiction and the Internet: Iimplications for gay men. Journal of Addictions & Offender Counseling, 24: 101-114
57. Dodge B, Reece M, Cole SL, Sandrot TGM (2004) Sexual Compulsivity Scale among heterosexual college students. The Journal of Sex Research, 41; 343-350
58. Fearing J (1998) Intervention and the sexually addicted patient. Sexual Addiction & Compulsivity, 5: 15-25
59. Fedoroff JP (1988) Buspirone hydrochloride in the treatment of transvestic fetishism. Journal of Clinical Psychiatry, 49: 408-409
60. Fedoroff JP (1992) Buspirone hydrochloride in the treatment of atypical paraphilia. Archives of Sexual Behavior, 21: 401-406
61. Fedoroff JP (1993) Serotonergic drug treatment of deviant sexual interests. Annals of Sex Research, 6: 105-121
62. Ferrão YA, Almeida VP, Bedin NR, Rosa R, Busnello ED (2006) Impulsivity and compulsivity in patients with trichotillomania or skin picking compared with

patients with obsessive-compulsive disorder. Comprehensive Psychiatry, 47: 282-288

63. Ferree MC (2001) Females and sex addiction: Myths and diagnostic implications. Sexual Addiction & Compulsivity, 8: 287-300
64. Ferree MC (2002) Sexual addiction and co-addiction: Experiences among women of faith. Sexual Addiction & Compulsivity, 9: 285-292
65. Finlayson R, Schneider J, Wan M, Irons R, Sealy J (1999) Sexual addiction portrayed in cinema. Sexual Addiction & Compulsivity, 6: 151-159
66. Finlayson AJR, Sealy J, Martin PR (2001) The differential diagnosis of problematic hypersexuality. Sexual Addiction & Compulsivity, 8: 241-251
67. Fong TW, De La Garza R, Newton TF (2005) A case report of topiramate in the treatment of nonparaphilic sexual addiction. Journal of Clinical Psychopharmacology, 25: 512-514
68. Fong TW (2006) Understanding and managing compulsive sexual behaviors. Psychiatry, 51-58.
69. Friedman HR (1999) A Gestalt approach to sexual compulsivity. Sexual Addiction & Compulsivity, 6: 63-75
70. Garcia FD, Thibaut F (2010) Sexual addictions. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 36: 254-260
71. Garos S (1996) The Garos Sexual Behavior Index: A measure of addictive sexual behavior. Dissertation Abstracts International: Section B. The Sciences & Engineering, 57: 5917-5919
72. Garos S, Stock WA (1998) Measuring disorders of sexual frequency and control: The Garos Sexual Behavior Index. Sexual Addiction & Compulsivity, 5: 159-177
73. Giladi N, Weitzman N, Schreiber S, Shabtai H, Peretz C (2007) New onset heightened interest or drive for gambling, shopping, eating or sexual activity in patients with Parkinson's disease: The role of dopamine agonist treatment and age at motor symptoms onset. Journal of Psychopharmacology, 21: 501-506
74. Giugliano JR (2003) A psychoanalytic overview of excessive sexual behavior and addiction. Sexual Addiction & Compulsivity, 10: 275-290

75. Giugliano JR (2006) Out of control sexual behavior: A qualitative investigation. Sexual Addiction & Compulsivity, 13: 361-375
76. Giuliano JR (2008) Sexual impulsivity, compulsivity or dependence: An investigative inquiry. Sexual Addiction & Compulsivity, 15: 139-157
77. Gold SN, Heffner CL (1998) Sexual addiction: Many conceptions, minimal data. Clinical Psychology Review, 18: 367-381
78. Goodman A (1993) Diagnosis and treatment of sexual addiction. Journal of Sex & Marital Therapy, 18: 303-314
79. Goodman A (1998) Sexual addiction: An integrated approach. Madison, International Universities Press.
80. Goodman A (1998) Sexual addiction: diagnosis and treatment. Psychiatric Times, 10.
81. Goodman A (2001) What's in a name? Terminology for designating a syndrome of driven sexual behavior. Sexual Addiction & Compulsivity, 8: 191-213
82. Grant JE, Kim SW, Potenza MN (2003) Paroxetine treatment of pathological gambling: A multi-centre randomized controlled trial. Internatinal Clinical Psychopharmacology, 18: 243-249
83. Grant JE, Potenza MN (2006) Compulsive aspects of impulse-control disorders. Psychiatric Clinics of North America, 29: 539-551
84. Griffin-Shelley E (2009) Ethical issues in sex and love addiction treatment. Sexual Addiction & Compulsivity, 16: 32-54
85. Hagedorn WB (2009a) Sexual addiction counseling competencies: empirically-based tools for preparing clinicians to recognize, assess, and treat sexual addiction. Sexual Addiction & Compulsivity, 16: 190-209
86. Hagedorn WB (2009b) Preparing competent clinicians: Curricular applications based on the sexual addiction counseling competencies. Sexual Addiction & Compulsivity, 16: 341-360
87. Hagedorn WB, Juhnke GA (2005) Treating the sexually addicted client: Establishing a need for increased counselor awareness. Journal of Addictions & Offender Counseling, 25: 66-86

88. Hardy SA, Ruchty J, Hull TD, Hyde R (2010) A preliminary study of an online psychoeducational program for hypersexuality. Sexual Addiction & Compulsivity, 17: 247-269
89. Herring B (2001) Ethical guidelines in the treatment of compulsive sexual behavior. Sexual Addiction & Compulsivity, 8: 13-22
90. Herring B (2001) HIV and sexual compulsivity. Sexual Addiction & Compulsivity, 8: 81-82
91. Herring B (2004) The next 20 years: The developmental challenges facing the field of compulsive sexual behavior. Sexual Addiction & Compulsivity, 11: 35-42
92. Holden C (2001) “Behavioral addictions”: Do they exist? Science, 294, 980-982
93. Hollander E, Rosen J (2002) Obsessive-compulsive spectrum disorders: A review. W: Maj M, Sartorius N, Okasha A, Zohar J (red.): Obsessive compulsive disorder (2 ed.), West Sussex: Wiley, 203-224
94. Hollander E, Friedberg JP, Wasserman S, Yeh C-C, Iyengar R (2005) The case for the OCD spectrum. W: Abramowitz S, Houts, A., C. (red.): Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder, New York: Springer. 95-118
95. Hollander E, Stein DJ (2006) Clinical Manual of Impulse Control Disorders. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
96. Hook JN, Hook J P, Hines S (2008) Reach out or act out: long-term group therapy for sexual addiction. Sexual Addiction & Compulsivity, 15: 217-232
97. Hull EM, Muschamp JW, Sato S. (2004) Dopamine and serotonin: Influences on male sexual behavior. Physiology and Behaviour, 83: 291-307
98. Hunter M, Struve J (1998) Challenging the taboo: support for the ethical use of touch in psychotherapy with sexually compulsive/addicted clients. Sexual Addiction & Compulsivity, 5: 141-148
99. Jaisoorya TS, Reddy YC, Srinath S (2003) The relationship of obsessive-compulsive disorder to putative spectrum disorders: Results form an Indian study. Comprehensive Psychiatry, 44: 317-323

100. Janus SS, Janus C (1993) The Janus Report on sexual behavior. New York, Wiley
101. Kafka MP, Prentky R (1992) A comparative study of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. Journal of Clinical Psychiatry, 53: 345-350
102. Kafka MP (1997) Hypersexual desire disorder in males: An operational definition and clinical implications for males with paraphilias and paraphilia-related disorders. Archives of Sexual Behavior, 26: 505-526
103. Kafka MP (1997) A monoamine hypothesis for the patho-physiology of paraphilic disorders. Archives of Sexual Behavior, 26: 343-357
104. Kafka MP (2001) The paraphilia-related disorders: A proposal for a unified classification of nonparaphilic hypersexuality disorders. Sexual Addiction and Compulsivity, 8: 227-239
105. Kafka MP (2007) Paraphilia-related disorders: The evaluation and treatment of nonparaphilichypersexuality. W: Leiblum SR (red.): Principles and practices of sex therapy. New York: The Guilford Press. 442-476
106. Kafka MP (2010) Hypersexual Disorder: A proposed diagnosis for DSM-5. Archive of Sexual Behavior, 39: 377-400
107. Kafka MP, Hennen J (2000) Psychostimulant augmentation during treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in men with paraphilias and paraphilia-related disorders: A case series. Journal of Clinical Psychiatry, 61: 664-670
108. Kafka MP, Hennen J (2003) Hypersexual desire in males: Are males with paraphilias different from males with paraphilia-related disorders? Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 15: 307-321
109. Kalichman SC, Johnson JR, Adair V, Rompa D, Multhauf K, Kelly JA (1994) Sexual sensation seeking: Scale development and predicting AIDS-risk behavior among homosexuality active men. Journal of Personality Assessment, 62: 385-397
110. Kalichman SC, Rompa D (1995) Sexual Sensation Seeking and Sexual Compulsivity Scales: Reliability, validity, and predicting HIV-risk behavior. Journal of Personality Assessment, 65: 586-601

111. Kalichman SC, Rompa D (2001) The Sexual Compulsivity Scale: Further development and use with HIV-positive persons. Journal of Personality Assessment, 76: 379-395

112. Kasl CS (2002) Special issues in counseling lesbian women for sexual addiction, compulsivity, and sexual codependency. Sexual Addiction & Compulsivity, 9: 191-208

113. Katehakis A (2009) Affective neuroscience and the treatment of sexual addiction. Sexual Addiction & Compulsivity, 16: 1-31

114. Kelly BD (2005) Erotomania. Epidemiology and management. CNS Drugs, 19: 657-669

115. Khazaal Y, Zullino DF (2006) Topiramate in the treatment of compulsive sexual behavior: Case report. BMC Psychiatry, 6: 22-22

116. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE (1948) Sexual behavior in the human male. Philadelphia, WB. Saunders.

117. Kinston DA, Firestone P (2008) Problematic hypersexuality: A review of conceptualisation and diagnosis. Sexual Addiction & Compulsivity, 15: 284-310.

118. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych I zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków - Warszawa, 1997

119. Klontz BT, Garos S, Klontz PT (2005) The effectiveness of brief multimodal experimental therapy in the treatment of sexual addiction. Sexual Addiction & Compulsivity, 12: 275-294

120. Koob GF (2006) The neurobiology of addiction: A hedonic Calvinist view. W: Miller WR, Carrol KM (red.): Rethinking substance abuse: What the science shows and what we should do about it. New York: The Guilford Press. 25-45

121. Kruesi MJ, Fine S, Valladars L, Phillips RA Jr, Rapoport J L (1992). Paraphilias: A double-blind crossover comparison of clomipramine versus desipramine. Archives of Sexual Behavior, 21: 587-593

122. Kryteria Diagnostyczne według DSM-IV-TR. Urban & Partner, Wrocław, 2008
123. Kuzma JM, Black DW (2008) Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior. Psychiatric Clinnics of North America, 31: 603-611
124. Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, Michaels S (1994) The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States. Chicago: University of Chicago.
125. Lee T, Ritchey KA, Forbey JD, Gaither GA (2009) Psychometrics and comparison of the Compulsive Sexual Behavior Inventory and the Sexual Compulsivity Scale in a male college student sample. Sexual Addiction & Compulsivity, 16: 146-167
126. Lee T, Forbey JD (2010) MMPI-2 correlates of sexual preoccupation as measured by the Sexuality Scale in a college setting. Sexual Addiction & Compulsivity, 17: 219-235
127. Leeds R (2001) The three most important criteria in diagnosing sexual addictions: obsession, obsession, and obsession. Sexual Addiction & Compulsivity, 8: 215-226
128. Lerza LJ, Delmonico DL (2002) Sexual compulsivity in the workplace: resources for behavioral health providers. Sexual Addiction & Compulsivity, 9: 173-183
129. Levine SB (2010) What is sexual addiction? Journal of Sex & Marital Therapy, 36: 261-275
130. Lloyd M, Raymond NC, Miner MH, Coleman E (2007) Borderline personality traits in individuals with compulsive sexual behavior. Sexual Addiction & Compulsivity, 14: 187-206
131. Lundrigan S (2004) Integrating addiction-based approaches in the treatment of adolescent sexual offenders. Sexual Addiction & Compulsivity, 11: 301-324
132. Lykins AD, Janssen E, Graham CA (2006) The relationship between negative mood and sexuality in heterosexual college women and men. Journal of Sex Research, 43: 136-143

133. Maccallum F, Blaszczynski A, Ladouceur R, Nower L (2007) Functional and dysfunctional impulsivity in pathological gambling. Personality and Individual Differences, 43: 1829-1838

134. Manley G (1999) Treating chronic sexual dysfunction in couples recovering from sex addiction and sex co-addiction. Sexual Addiction & Compulsivity, 6: 111-124

135. Manley G, Koehler J (2001) Sexual behavior disorders: Proposed new classification in the DSM-V. Sexual Addiction & Compulsivity, 8: 253-265

136. Marshall LE, Marshall WL (2006) Sexual addiction in incarcerated sexual offenders. Sexual Addiction & Compulsivity, 13: 377-390

137. Marshall LE, Marshall LL (2010) The factorial structure of The Sexual Addiction Screening Test in sexual offenders and socio-economically matched community non-offenders. Sexual Addiction & Compulsivity, 17: 210-218

138. Matheny JCH (1998) Strategies for assessment and early treatment with sexually addicted families. Sexual Addiction & Compulsivity, 5: 27-48

139. McBride KR, Reece M, Sanders SA (2008) Using the Sexual Compulsivity Scale to predict outcomes of sexual behavior in young adults. Sexual Addiction & Compulsivity, 15: 97-115

140. McBroom MSW (1963) A clinical appraisal of some sexually promiscuous females. Journal of The National Medical Association, 55: 290-294

141. McCarthy BW (2002) The wife's role in facilitating recovery from male compulsive sexual behavior. Sexual Addiction & Compulsivity, 9: 275-284

142. Mercer JT (1998) Assessment of the Sex Addicts Anonymous Questionnaire: Differentiating between the general population, sex addicts, and sex offenders. Sexual Addiction & Compulsivity, 5: 107-117

143. Mick TM, Hollander E (2006) Impulsive-compulsive sexual behavior. CNS Spectrums, 11: 944-955

144. Milrad R (1999) Coaddictive recovery: Early recovery issues for spouses of sex addicts. Sexual Addiction & Compulsivity, 6: 125-136

145. Moeller FG, Dougherty, DM (2002) Impulsivity and substance abuse: What is the connection? Addictive Disorders and Their Treatment, 1: 3-10.

146. Morris B (1999) Addicted to sex. Fortune, 139:, 66-76
147. Moskowitz DA, Roloff ME (2007) The ultimate high: sexual addiction and the bug chasing phenomenon. Sexual Addiction & Compulsivity, 14: 21-40
148. Muench F, Morgenstern J, Hollander E, Irwin T, O'Leary A, Parsons J T, Wainberg ML, Lai B (2007) The consequences of compulsive sexual behavior: the preliminary reliability and validity of the Compulsive Sexual Behavior Consequences Scale. Sexual Addiction & Compulsivity, 14: 207-220
149. Mustanski B, Bancroft J (2006) Sexual dysfunction. W: Gorwood P, Hamon M (red.): Psychopharmacogenetics.New York, Springer, 479-494
150. Nelson KG, Oehlert ME (2008) Psychometric exploration of the Sexual Addiction Screening Test in veterans. Sexual Addiction & Compulsivity, 15: 39-58
151. Nerenberg A (2000) The value of group psychotherapy for sexual addicts in a residential setting. Sexual Addiction & Compulsivity, 7: 197-209
152. Oldham JM, Hollander E, Skodol AE (red.): (1996) Impulsivity and compulsivity. Washington: American Psychiatric Press.
153. Opitz DM, Tsytsarev SV, Froh J (2009) Women's sexual addiction and family dynamics, depression and substance abuse. Sexual Addiction & Compulsivity, 16: 324-340
154. Orzack MH, Ross CJ (2000) Should virtual sex be treated like other sex addictions? Sexual Addiction & Compulsivity, 7: 113-125
155. Parker J, Guest D (2003) Individualized sexual addiction treatment: A developmental perspective. Sexual Addiction & Compulsivity, 10: 13-22
156. Perera B, Reece M, Monahan P, Billingham R, Finn P (2009) Childhood characteristics and personal dispositions to sexually compulsive behavior among young adults. Sexual Addiction & Compulsivity, 16: 131-145
157. Putnam DE, Maheu MM (2000) Online sexual addiction and compulsivity: Integrating web resources and behavioral telehealth in treatment. Sexual Addiction & Compulsivity, 7: 91-112

158. Quadland MC (1985) Compulsive sexual behavior: Definition of a problem and an approach to treatment. Journal of Sex and Marital Therapy, 11: 121-132.

159. Ragan PW, Martin PR (2000) The psychobiology of sexual addiction. Sexual Addiction & Compulsivity, 7: 161-175

160. Raviv M (1993) Personality characteristics of sexual addicts and pathological gamblers. Journal of Gambling Studies, 9: 17-30

161. Raymond NC, Coleman E, Miner MH (2003) Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior. Comprehensive Psychiatry, 44: 370-380

162. Raymond NC, Grant JE, Kim SW, Coleman E (2002) Treatment of compulsive sexual behavior with naltrexone and serotonin reuptake inhibitors: two case studies. Interntional Clinical Psychopharmacology, 17: 201-205

163. Raymond NC, Lloyd MD, Miner MH, Kim SW (2007) Preliminary report on the development and validation of the Sexual Symptom Assessment Scale. Sexual Addiction & Compulsivity, 14: 119-129

164. Reece M, Plate PL, Daughtry M (2001) HIV prevention and sexual compulsivity: the need for an integrated strategy of public health and mental health. Sexual Addiction & Compulsivity, 8: 157-167

165. Reece M, Dodge B (2004) Exploring indicators of sexual compulsivity among men who cruise for sex on campus. Sexual Addiction & Compulsivity, 11: 87-113

166. Reid RC (2007) Assessing readiness to change among clients seeking help for hypersexual behavior. Sexual Addiction & Compulsivity, 14: 167-186

167. Reynaud M, Karila L, Blecha L, Benyamina A (2010) Is love passion an addictive disorder? The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 36: 261-267

168. Robinson DW (1999) Sexual addiction as an adaptive response to post-traumatic stress disorder in the African American community. Sexual Addiction & Compulsivity, 6: 11-22

169. Robinson T E, Berridge KC (1993) The neural basis of drug craving: an incentive sensitization theory of addiction. Brain Research Review, 18: 247-291

170. Samenow CP (2010) A biopsychosocial model of hypersexual disorder/sexual addiction. Sexual Addiction & Compulsivity, 17: 69-81

171. Samenow CP, Finlayson AJR (2010) A psychiatrist's approach to a case of problematic sexual behavior. Sexual Addiction & Compulsivity, 17: 173-184

172. Schmitz JM (2005) The interface between impulse-control disorders and addictions: Are pleasure pathway responses shared neurobiological substrates? Sexual Addiction & Compulsivity, 12: 149-168

173. Schneider JP, Corley MD, Irons RR (1998) Surviving disclosure of infidelity: results of an international survey of 164 recovering sex addicts and partners. Sexual Addiction & Compulsivity, 5: 189-217

174. Schneider JP, Irons R (1998) Addictive sexual disorders: Differential diagnosis and treatment. Primary Psychiatry, 4: 65-70

175. Schneider JP, Irons RR (2001) Assessment and treatment of addictive sexual disorders: Relevance for chemical dependency relapse. Substance Use & Misuse, 36: 1795-1820

176. Schneider JP (2004) Understanding and diagnosing sex addiction. W: Coombs, RH (red.): Handbook of Addictive Disorders: A Practical Guide to Diagnosis and Treatment. Hoboken, New Jersey: Wiley. 197-232

177. Schneider JP (2004) Sexual Addiction & Compulsivity: twenty years of the field, ten years of the journal. Sexual Addiction & Compulsivity, 11: 3-5

178. Schneider JP (2005) Addiction is addiction is addiction. Sexual Addiction & Compulsivity, 12: 75-77

179. Schneider JP, Sealy J, Montgomery J, Irons RR (2005) Ritualization and reinforcement: Keys to understanding mixed addiction involving sex and drugs. Sexual Addiction & Compulsivity, 12: 121-148

180. Schulz KM, Richardson HN, Romeo RD, Morris JA, Lookingland KJ, Sisk CL (2003) Medical preoptic area dopaminergic responses to female

pheromones develop during puberty in the male Syrian hamster. Brain Research, 988: 139-145

181. Schwartz SA, Abramowitz JS (2003) Are nonparaphilic sexual addictions a variant of obsessive-compulsive disorder? A pilot study. Cognitive and Behavioral Practice, 10: 373-378

182. Seedall RB, Butler MH (2008) The attachment relationship in recovery from addiction. Part 2: substantive enactment interventions. Sexual Addiction & Compulsivity, 15: 77-96

183. Seegers JA (2003) The prevalence of sexual addiction symptoms on the college campus. Sexual Addiction & Compulsivity, 10: 247-258

184. Shapira NA, Goldsmith TD, Keck PE (2000) Psychiatric features of individuals with problematic Internet use. Journal of Affective Disorder, 57: 267-272

185. Shapiro MA, Chang YL, Munson SK, Okun MS, Fernandez HH (2006) Hypersexuality and paraphilia induced by selegiline in Parkinson's disease: Report of 2 cases. Parkinsonism Related Disorders, 12: 392-395

186. Snell WE Jr, Papini DR (1989) The Sexuality Scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation. The Journal of Sex Research, 26: 256-263

187. Solla P, Floris G, Tacconi P, Cannas A (2006) Paraphilic behaviours in a parkinsonian patient with hedonistic homeostatic disregulation. International Journal of Neuropsychopharmacology, 9: 767-768

188. Stein DJ, Hollander E, Anthony DT. (1992) Serotonergic medications for sexual obsessions, sexual addictions, and paraphilias. Journal of Clinical Psychiatry, 53: 267-271

189. Stein DJ (2008) Classifying hypersexual disorders: compulsive, impulsive, and addictive models. Psychiatric Clinics of North America, 31: 587-591

190. Stupiansky NW, Reece M, Middlestadt SE, Finn P, Sherwood-Laughlin, C (2009) The role of sexual compulsivity in casual sexual partnerships among college women. Sexual Addiction & Compulsivity, 16: 241-252

191. Sussman S (2007) Sexual addiction among teens: A review. Sexual Addiction & Compulsivity, 14: 257-278
192. Sussman S (2010) Love addiction: definition, etiology, treatment. Sexual Addiction & Compulsivity, 17: 31-45
193. Tays TM, Earle RH, Wells K, Murray M, Garrett B (1999) Treating sex offenders using the sex addiction model. Sexual Addiction & Compulsivity, 6: 281-288
194. Tellegen A (1992) Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. W: Tuma AH, Maser JD (red.): Anxiety and the Anxiety Disorders, Hillsdale, NJ: Erlbaum. 681-706
195. Torres HL, Gore-Felton C (2007) Compulsivity, substance use, and loneliness: The Loneliness and Sexual Risk Model (LSRM).
196. Turner-Shults N (2002) A qualitative case study of two chemically dependent women with compulsive sexual behaviors. Sexual Addiction & Compulsivity, 9: 231-248
197. Valenti SAM (2002) Use of object relations and self-psychology as treatment for sex addiction with a female borderline patient. Sexual Addiction & Compulsivity, 9: 249-262
198. Walch SE, Prejean J (2001) Reducing HIV risk from compulsive sexual behavior using cognitive behavioral therapy within a harm reduction framework: a case example. Sexual Addiction & Compulsivity, 8: 113-128
199. Wan M, Finlayson R, Rowles A (2000) Sexual dependency treatment outcome study. Sexual Addiction & Compulsivity, 7: 177-196
200. Warwick HMC, Salkovskis PM (1990) Unwanted erections in obsessive compulsive disorder. British Journal of Psychiatry, 157: 919-921
201. Weiss D (2004) The prevalence of depression in male sex addicts residing in the United States. Sexual Addiction & Compulsivity, 11: 57-69:
202. Whitfield CL (1998) Internal evidence and corroboration of traumatic memories of child sexual abuse with addictive disorders. Sexual Addiction & Compulsivity, 5: 269-292

203. Wildmon-White WL, Young JS (2002) Family-of-origin characteristics among women married to sexually addicted men. Sexual Addiction & Compulsivity, 9: 263-273

204. Williams W (1999) The homeless and sexual addiction. Sexual Addiction & Compulsivity, 6: 23-29

205. Wilson M (1998) Portrait of a sex addict. Sexual Addiction & Compulsivity, 5: 231-250

206. Wilson M (2000) Creativity and shame reduction in sex addiction treatment. Sexual Addiction & Compulsivity, 7: 229-248

207. Wise TN, Schmidt CW (1997) Paraphilias. W: Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA, Ross R, First MB, Davis WW (red.): DSM-IV sourcebook (tom 2). Washington, DC: American Psychiatric Association. 1133-1147

208. Wolfe JL (2000) Assessment and treatment of compulsive sex/love behavior. Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 18: 235-246

209. Wright PJ (2008) Sexual coaddiction: A new context for inconsistent nurturing as control theory. Sexual Addiction & Compulsivity, 15: 1-13

210. Wright PJ (2010) Sexual compulsivity and 12-step peer and sponsor supportive sommunication: A cross-lagged panel analysis. Sexual Addiction & Compulsivity, 17: 154-169

211. Zapf JL, Greiner J, Carroll J (2008) Attachment styles and male sex addiction. Sexual Addiction & Compulsivity, 15: 158-175

212. Zillman D (2005) Transfer of excitation in emotional behavior. W: Cacioppo JT, Petty RE (red.): Social Psychophysiology: A Sourcebook. New York, Guilford Press. 215-240

213. Zitzman ST, Butler MH (2005) Attachment, addiction, and recovery: conjoint marital therapy for recovery from a sexual addiction. Sexual Addiction & Compulsivity, 12: 311-337

„Zakupoholizm”, kompulsywne kupowanie

„Zakupoholizm”, kompulsywne kupowanie

Synonimy i eponimy: oniomania (Kraepelin 1915, Bleuler 1924, Boermans i Egger 2008), „zakupoholizm”, „sklepoholizm” (np. Clark i Calleja 2008), upośledzenie kontroli impulsów kupowania, niekontrolowane kupowanie, nałogowe kupowanie (Rodriguez-Villarino i wsp. 2006, Scherhorn i wsp.1990), kompulsywne kupowanie (np. Park i wsp. 2006, Pazarlis i wsp. 2007), kompulsywne wydawanie pieniędzy (np. Dietmar i wsp.1996), *excessive consuming*, uzależnienie od zakupów (Ogińska-Bulik 2009), problemy z zakupami (Grant i wsp. 2011)

Ewolucja pojęcia

Trudności w kontrolowaniu zakupów były obserwowane od stuleci i opisywane w literaturze piękniej, ale nie uszły one uwadze również klasyków psychiatrii.

Już w 1915r. Kraepelin wprowadził termin „oniomania” dla opisu tzw. manii (które dzisiaj opisujemy w kategoriach upośledzenia kontroli impulsów) m.in. kleptomanii, piromanii i alkoholizmu. Kategorie te włączył do grupy zaburzeń, które w dość dowolnym tłumaczeniu nazwał „obłędem impulsów”.

Szczególną wagę do impulsywności przywiązywał też Bleuler, który w roku 1924 pisał, że najważniejszym elementem oniomanii jest impulsywność, niemożność innego sposobu myślenia, bezsensowność konsekwencji tego aktu oraz niemożność powstrzymania się od wykonywania tej czynności.

Termin oniomania jest obecnie używany rzadko (Boermans i Egger 2010).

O’Guinn i Faber definiują kompulsywne kupowanie jako przewlekłe, nawracające wydatkowanie pieniędzy, które prowadzi do negatywnych wydarzeń lub odczuć (O’Guinn i Faber 1989). Podkreśla się powstawanie szkód nie tylko indywidualnych, ale i szkód w rodzinie lub społeczeństwie (Faber 2000, Faber i

O'Guinn 1992), w tym nadmiernych wydatków, ekstremalnych długów i bankructwa (McElroy i wsp. 1991).

„Zakupoholizm" i sklepoholizm (ang.: *shopaholism*) są nieco żartobliwymi pojęciami, których celem jest wykazanie podobieństw tego zjawiska z alkoholizmem i sugerowanie nałogowej (addyktywnej) jego natury, a co za tym idzie: preferowanie terapii opartych na filozofii ruchów samopomocowych AA lub innych terapii nałogów

Terminami bliskoznacznymi są m.in.: niekontrolowane kupowanie (Lejoyeaux i wsp. 1996), kompulsywne (natrętne) kupowanie (O'Guinn i Faber 1989), kompulsywny shopping (Koran 1999), nałogowe kupowanie (ang.: *addictive buying*) (Sherhorn i wsp. 1990), ekscesywne kupowanie (Dietmar 2000) lub „spendoholizm" (od *spend* – wydatki) (Campbell 2000). Często są one używane jako synonimy. Dla innych ważne są odcienie znaczeniowe. Np. Campbell odróżnia sklepoholizm, w którym ważne jest przebywanie w sklepach i ew. akt kupowania od „wydatkoholizmu", w którym istotne jest wydawanie pieniędzy i same zakupy (Campbell 2000). Są też badacze, którzy łączą obie składowe w jedną frazę: „compulsive shopping and spending", która oznacza przytłaczającą potrzebę kupowania rzeczy, szczególnie ubrań, zwykle o gwałtownym, nieumiarkwanym nasileniu (Krueger 1988). Używanie terminu „excessive buying" ma mieć znaczenie jako dystansujące się od określenia patologicznej aktywności, gdyż kupowanie to kontinuum zachowań i *excessive buyers* nie różnią się zwyczajnych kupujących jakościowo, a jedynie ilościowo i mieszczą się na skrajnym biegunie tych zachowań (Dietmar 2000, d'Astous 1990).

Większość klinicystów akademickich używa terminu kompulsywne kupowanie (ang.: *compulsive buying*), podkreślając jego podobieństwo kliniczne z innymi

natręctwami. Podkreśla się podobieństwa z natręctwami m.in. poprzez występowanie natrętnych myśli (obsesji) o kupowaniu (Mc Elroy i wsp. 1994, Christenson i wsp. 1994, Schlosser i wsp. 1994). Podobieństwa są również w występowaniu typowych dla natręctw rytuałów (Black i wsp. 1997). W profilach osobowościowych osoby z kompulsywnym kupowaniem osiągają wyższe wartości w skalach mierzących kompulsywność (O'Guinn i Faber 1989).

Kompulsywne kupowanie nie jest wyspecyfikowane ani w DSM IV ani w ICD 10, i mieści się w szerszej kategorii natręctw (ang.: *obsessive-compulsive disorders*, OCD) i w związku z tym mogą być stosowane do niego te same kryteria diagnostyczne jak w przypadku OCD.

Próbuje się jednak tworzyć kryteria diagnostyczne bardziej specyficzne dla kompulsywnego kupowania. Jedne z pierwszych stworzyli McElroy i wsp. (McElroy i wsp. 1994) opierając się na opisie fenomenologicznym 20 przypadków

Skrining i rozpowszechnienie

Specyficzne narzędzia do wstępnych badań przesiewowych kompulsywnego kupowania są nieliczne.

Pierwszą taką próbą było opracowanie 16-itemowego narzędzia przez Valence'a i wsp. (Valence i wsp. 1988), którzy walidyzowali skalę na dwóch 38-osobowych grupach. Skala ta opierała się ówczesnej wiedzy i koncepcjach kompulsywnego kupowania i, mimo wykazania jej dobrych właściwości psychometrycznych, nie była później używana.

Jednak jej zmodyfikowaną wersję opracowali Scherhorn i wsp. (Scherhorn i wsp. 1990). Modyfikacja polegała na odrzuceniu itemów dotyczących środowiska rodzinnego, co poprawiło jej parametry psychometryczne. Jej rozwinięciem jest

German Compulsive Buying Scale, składająca się z 26 itemów wybranych ze standaryzowanego arkusza wywiadu dotyczącego kupowania oraz informacji o samoocenie, psychastenii, depresji, negatywnych uczuć i umiejscowienia kontroli.

Częściej jest stosowana skala samooceny Fabera i O'Guinna (Faber i O'Guinn 1992). Skala ta składa się z dwóch podskal: pierwsza jednoitemowa pozwala wybrać jedną z pięciu możliwości dotyczących wydawania wszystkich pieniędzy na zakupy; druga, sześcioitemowa, pozwala na wybranie jednej z pięciu częstości różnych zachowań związanych z zakupami. Każdemu z itemów przypisana jest waga będąca mnożnikiem punktacji. Przeliczone wg specjalnego wzory wyniki sumuje się i jeśli wynik przekracza 1,34 (średnia + 2 odchylenia standardowe) rozpoznaje się kompulsywne kupowanie.

Znacznie częściej używane są mniej specyficzne skale do pomiaru natręctw np. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) (Goodman i wsp. 1989) lub ich modyfikacje (np. YBOCS-SV) (Monahan i wsp. 1996), a i to głównie dla pomiaru dynamiki zachowań (np. w badaniach klinicznych) niż do celów diagnostycznych w badaniach przesiewowych. Ta ostatnia składa się z 10 wybranych z Y-BOCS i zmodyfikowanych w kierunku specyficzności natręctwa kupowania itemów. Każdy z itemów jest pięciostopniowy z punktacją od 0 do 4.

W USA ocena rozpowszechnienia natrętnego kupowania opiera się zarówno na subiektywnych szacunkach z czasopism popularnych: 10% populacji (Trachtenberg 1988) lub na szacunkach wydedukowanych z innych badań. I tak, Dittmar szacuje, ze problem dotyczy 2% amerykańskiej populacji dorosłych (Dittmar 2000). Do podobnych wniosków dochodzą Faber (Faber 2000) i Faber i O'Quinn (Faber i O'Quinn 1992), którzy oceniają rozpowszechnienie kompulsywnego

kupowania na co najmniej **1,8%** przy przyjęciu punktu odcięcia na poziomie prawdopodobieństwa 0,95 albo **8,1%** przy przyjęciu punktu odcięcia na poziomie średniej +2 odchylenia standardowe (w tym ostatnim przypadku w grupie tej mają znajdować się kupujący kompulsywnie i kupujący w sposób zwiększający ryzyko stania się kompulsywnym kupującym). Jednak wszyscy zastrzegają się, że wnioskowanie jest trudne, gdyż badane populacje są małe; trudno powiedzieć, czy reprezentatywne; a narzędzia diagnostyczne są pochodną koncepcji, co do których nie ma powszechnej akceptacji.

Stosunkowo duże i poprawne metodologicznie badania epidemiologiczne przeprowadzili Koran i wsp. (Koran i wsp. 2006). Drogą telefoniczną skontaktowano się z 2,5 tys. dorosłych respondentów, z których ponad połowa (56,3%) wyraziła zgodę na udział w badaniach m.in. zwalidyzowaną klinicznie skalą Compulsive Buying Scale. Wykazano, że kryteria kompulsywnego kupowania w chwili badania spełniało **5,8%** osób, gdy przyjęto bardziej rygorystyczne punkty odcięcia, rozpowszechnienie przyjęło wartości mniejsze (**1,4%**), czyli zbliżone do wcześniejszych badań. Patologiczne kupowanie częściej występowało ono wśród kobiet (6%) niż u mężczyzn (5,5%), częściej występowało u osób w średnim wieku i o dochodach >50.000 USD/rok.

W badaniach niemieckich, w których używano GCBS i za punkt odcięcia przyjęto średnią + 2 odchylenia standardowe, stwierdzono, że w latach 1991-2001 zwiększył się odsetek osób kupujących kompulsywnie z **5,1%** w Zachodnich i **1%** we Wschodnich Niemczech odpowiednio do **8%** i **6,5%** (Neuner i wsp. 2005).

W innych badaniach niemieckich z użyciem Niemieckiej wersji CGS i metodologii zbliżonej do używanej w USA (w celu porównania rozpowszechnienia w

Niemczech i USA) przebadano 2350 osób i stwierdzono kompulsywne kupowanie u **6,9%** z nich (w USA: **5,8%**) (Mueller i wsp. 2009). Za to nie stwierdzono różnic rozpowszechnienia w zależności od płci, ale potwierdzono zmniejszenie rozpowszechnienia proporcjonalne do wieku.

Profilaktyka

W dostępnym piśmiennictwie nie znaleziono prac opisujących konkretne działania przeciwdziałające wystąpieniu lub zmniejszeniu zjawiska nałogowego kupowania. Szereg prac dotyczących czynników związanych, a prawdopodobnie nawet sprzyjających powstaniu nałogowego/kompulsywnego kupowania, może być podstawą identyfikacji „grup ryzyka" i ewentualnych prób stworzenia programów profilaktycznych. Należą do nich m.in. cechy osobowości, sposoby percepcji oraz postawy (materialistyczne, hedonistyczne itp.).

Ostatnio opisano scenariusz zajęć edukacyjnych dla klas I-III gimnazjum pt. „Zakupoholizm? Nie, dziękuję" (Kaczmarek i Van Leare 2012). Nie opisano jego skuteczności.

Leczenie

Farmakoterapia

Często podstawą podejmowania nałogowego/kompulsywnego kupowania były założenia teoretyczne, przypisujące je do jednej z koncepcji.

I tak, na skutek interpretowania „zakupoholizmu" w kategoriach natręctw (zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, OCD), próbowano terapii skutecznej w OCD). Zaburzenia te wiążą się często z nieprawidłowościami neuroprzekaźnictwa serotoninergicznego. Podobnie z tą grupą zaburzeń neuroprzekaźnictwa wiąże się koncepcje spektrum zaburzeń kontroli impulsów.

W 1991 roku opublikowano pracę o leczeniu 20 osób z kompulsywnym kupowaniem za pomocą różnych leków przeciwdepresyjnych: nortryptyliny, fluoksetyny, oraz bupropionu z litem, fluoksetyny z walproinianem, fluoksetyny z litem (McElroy i wsp. 1991). U 9 z 20 pacjentów stwierdzono całkowitą lub częściową poprawę.

W innej kazuistycznej pracy opisano dwa przypadki pacjentów skutecznie leczonych klomipraminą (Lejoyeaux i wsp. 1995).

Jednak w pracy opisującej dwa przypadki osób leczonych klomipraminą z powodu napadów paniki z agorafobią nie stwierdzono wpływu tego leku na współwystępujące kompulsywne kupowanie (Bernik i wsp. 1996).

W niekontrolowanych badaniach nad leczenie fluwoksaminą 10 osób z kompulsywnym kupowaniem stwierdzono poprawę u dziewięciu. Średnie wyniki w skali Y-BOCS-SV zmniejszyły się z 21 punktów przy rozpoczęciu leczenia do 13 po tygodniu, 6,4 pkt po 9 tygodniach i 12 pkt po 13 tygodniach. Poprawę obserwowano również w innych skalach (m.in. CGI, HAMD) (Black i wsp. 1997).

Fluwoksaminę stosowano również w badaniach Ninana i wsp. (2000). W tym przypadku były to badania kontrolowane z placebo, podwójnie zaślepione. Choć w grupie leczonej fluwoksaminą osiągnięto satysfakcjonującą poprawę trudno interpretować wyniki jednoznacznie, gdyż w grupie leczonych placebo poprawa była zaskakująco duża. Potwierdza to ogólne problemy z farmakoterapią innych „nałowych zachowań”, w których również obserwowano zaskakująco dobre wyniki w grupach leczonych placebo.

Inny lek z grupy SSRI - citalopram stosowany był w badaniach Korana i wsp. (2002 i 2003). Stosowano go przez 7 tygodni, a wyniki oceniano bezpośrednio po

zakończeniu leczenia i po 9 tygodniach. Poprawa polegała na zmniejszeniu średniej wartości w skali YBOCS-SV z 24,3 do 8,2 pkta, a kryteria poprawy w skali CGI-Improvement (duża lub bardzo duża poprawa) oraz zmniejszenie punktacji w skali YBOCS-SV o co najmniej 50% stwierdzono u 15 z 24 osób (63%). W drugim z tych badań, grupę 15 osób podzielono losowo na grupę kontynuujących leczenie citalopramem i grupę otrzymujących placebo. Z 8 osób otrzymujących placebo pięć miało nawroty (YBOCS-SV > 17 pkt) natomiast zjawiska tego nie zaobserwowano u żadnej z 7 osób leczonych citalopramem.

Wychodząc z założenia, że „zakupoholizm" ma pewne cechy nałogu, a nawet uzależnienia, podjęto próby terapii lekami stosowanym w leczeniu uzależnienia od alkoholu i uzależnienia od opiatów. Z podobnych przesłanek wychodzono w próbach farmakoterapii patologicznego hazardu (p. podrozdział dot. farmakoterapii patologicznego hazardu). W myśl tej teorii w patogenezie uzależnień dużą rolę odgrywa nagradzające działanie endogennych substancji morfinopodobnych agonistycznie wpływających na receptory opioidowe. Zablokowanie tych receptorów antagonistą – naltreksonem powinno przyczyniać się do zmniejszenia lub wręcz wyeliminowania mechanizmu błędnego koła wzmocnień pozytywnych.

Jako pierwsza naltrekson w leczeniu kompulsywnego kupowania zastosowała u jednego opisywanego pacjenta Kim (1998). Pacjent ten otrzymywał dawkę 100mg naltreksonu objawy kompulsywnego kupowania znacznie zmniejszyły się. W pracy zasygnalizowano, że podobne wyniku uzyskano u 3 innych pacjentów (Kim 1998).

Grant (2003) opisał 3 przypadki osób leczonych dużymi dawkami naltreksonu (100-200mg/d). We wszystkich trzech przypadkach uzyskano oczekiwany skutek: całkowitą lub częściową remisję.

U podstaw zastosowania memantyny w kompulsywnym kupowaniu były obserwacje, że memantyna, która jest agonistą receptora N-metylo-D-asparginianowego (NMDA) wykazywała pewną skuteczność w leczeniu innych zaburzeń kontroli impulsów. Ośmiu z dziewięciu pacjentów ukończyło leczenie memantyną (średnia dawka 23,4 mg/d) i stwierdzono u nich zmniejszenie nasilenia objawów mierzonych Y-BOCS-SV o połowę (z 22 do 11 pktów), oraz znaczące ($p<0,001$) zmniejszenie ilości czasu i pieniędzy poświęconych zakupom (Grant i wsp. 2012).

Wyniki farmakoterapii wychodzącej z różnych przesłanek teoretycznych są również nieliczne i nie uprawniają do rekomendowania żadnej z nich do rutynowego stosowania, choć są zachętą do kontynuowania badań i przyczynkiem do lepszego zrozumienia neurobiologii zachowań związanych z kupowaniem.

Psychoterapia

Jak dotychczas nie opracowano standardów psychoterapii nałogowego kupowania. Kilka prac ogólnikowo opisuje kazuistyczne przypadki leczenia osób z „zakupoholizmem" (Bernik i wsp. 1996, Krueger 1988, Lawrence 1990), głównie terapii psychoanalityczne.

Burgard i Mitchell (2000) opracowali 10-tygodniowy program samopomocowy terapii grupowej, bazujący na założeniach psychoterapii poznawczo-behawioralnej (CBT) i opublikowali go w formie rozdziału w książce (Burgard i Mitchell 2000). Na bazie tego programu opisali wyniki leczenia grupy 28 osób z kompulsywnym kupowaniem, a grupę kontrolną 11 stanowiło osób z tym samym rozpoznaniem, którzy znajdowali się na liście oczekujących na terapię. Osoby poddane CBT wykazały się mniejszą liczbą epizodów kompulsywnego kupowania, większym

zmniejszeniem ilości czasu poświęconego na zakupy, a także większym zmniejszeniem punktacji w skalach Y-BOCS-SV i CBS (Mitchell i wsp. 2006).

W innej pracy stosowano grupową terapię behawioralno-poznawczą. Tu również porównywano po pół roku efekty CBT (n=31) stosowanej przez 12 cotygodniowych sesji z zachowaniem osób z listy oczekujących (Mueller i wsp. 2008). Pacjentów oceniano specyficznymi skalami CBS, YBOCS-SV, G-CBS i skalami badającymi inne aspekty psychopatologiczne (SCL-90-R, Barret Impulsiveness Scale (BIS-11), Saving Inventory-Revisted (SI-R). Wykazano, że grupa leczona miała lepsze wyniki w skalach specyficznie mierzących kompulsywne kupowanie, natomiast terapia nie miała większego wpływu na współwystępujące problemy psychopatologiczne.

Są to jedyne prace badawcze dotyczącą psychoterapii, jakie udało się nam znaleźć w piśmiennictwie naukowym. W jednej pracy Ertelt i wsp. (2009) podsumowali wyniki tych badań.

Wydaje się, że istnieje szereg programów samopomocowych, np. Debtors Anonimous, których działania są ogólnikowo opisane (Levine i Kellen 2000), ale nie podaje się wyników tych oddziaływań.

Opisano również połączenie oddziaływań Debtors Anonimous z psychoedukacją (Brazer 2000).

Wydano kilka książek-poradników dla osób z kłopotami w kontrolowaniu wydatków (Black 1996).

Powyższe doniesienia oraz obserwacje z badań kontrolowanych, w których wykazano, że w grupie otrzymującej placebo i materiały edukacyjne wyniki okazały dobre, stały się podstawą do stwierdzenia, że grupy samopomocowe i materiały

edukacyjne mogą być interesującą alternatywą pod względem cost/effectiveness dla bardziej rozbudowanych programów psychoterapeutycznych (Marino i wsp. 2011).

Wnioski i rekomendacje:

Dotychczas nie opracowano standardów leczenia kompulsywnego / nałogowego kupowania. Opublikowano rozdział w książce opisujący szczegóły terapii behawioralno-poznawczej oraz dwie prace badawcze, które potwierdziły jej skuteczność w porównaniu z osobami z listy oczekujących na program. Pomijając małą liczbę prac i małą liczebność badanych grup, wnioskowanie jest ograniczone ze względu na nieodpowiednio dobrane grupy kontrolne (pacjenci z list oczekujących). Z innych badań, w tym z badań nad efektywnością innych terapii w tzw. nałogach behawioralnych wynika, że pacjenci poddawani jakiejkolwiek procedurze mieli wyniki niewiele gorsze niż leczeni metodami „specyficznymi".

Brak prac nad skutecznością uczestniczenia w ruchach samopomocowych, które wydają się najczęstszą formą udzielanej pomocy osobom z problemami kontrolowania zakupów.

Piśmiennictwo

1. Abramowitz JS, Deacon BJ Obsessive-compulsive disorder: Essentials phenomenology and overlap with other anxiety disorders. Chapter 6, 119-135
2. Aizcorbe AM, Kennickell AB, More KB (2000) Recent changes in U.S. family finances: evidence from the 1998 and 2001 survey of consumer finances. Federal Research Bulletin, 86: 1-29
3. Antony MM (2005) Measures for obsessive-compulsive disorder. Chapter 17, 219-243
4. Benson AL, Friese S (2000) I shop, therefore I am: Compulsive buying and the search for self. Northvalee NJ, Jason Aronson Inc.
5. Bernik MA, Akerman D, Amaral JAMS, Braun RCDN (1996) Cue exposure in compulsive buying. Journal of Clinical Psychiatry, 57: 90-90
6. Black DW (1996) Compulsive buying: A review. Journal of Clinical Psychiatry, 57: supl. 8, 50-55
7. Black DW (2001) Compulsive buying disorder: definition, assessment, epidemiology and clinical management. CNS Drugs, 15: 17-21
8. Black DW (2007) A review of compulsive buying disorder. World Psychiatry, 6: 14-18
9. Black DW (2007) Compulsive buying disorders: A review of the evidence. CNS Spectrums, 12: 124-132
10. Black DW, Gabel J, Hansen J, Schlosser S (2000) A double-blind comparison of fluvoxamine versus placebo in the treatment of compulsive buying disorder. Annals of Clinical Psychiatry, 12: 205-211
11. Black DW, Monahan P, Gabel J (1997) Fluvoxamine in the treatment of compulsive buying. Journal of Clinical Psychiatry, 58: 159-163
12. Black DW, Monahan P, Schllosser S, Repertinger AS (2001) Compulsive buying severity: an analysis of compulsive scale result in 44 subjects. The Journal of Nervous and Mental Diseases, 189: 123-126
13. Black DW, Repertinger S, Gaffney GR, Gabel J (1998) Family history and psychiatric comorbidity in persons with compulsive buying: preliminary findings. American Journal of Psychiatry, 155: 960-963

14. Black DW, Shaw M, Blum N (2010) Pathological gambling and compulsive buying: Do they fall within an obsessive-compulsive spectrum? Dialogues in Clinical Neuroscience, 12: 175-185
15. Black DW, Shaw M, McCornick B, Bayless JD, Allen J (2012) Neuropsychological performance, impulsivity, ADHD symptoms and novelty seeking in compulsive buying disorder. Psychiatry Research, 200: 581-587
16. Bleuler M (1924) Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin, Springer
17. Binkmann J (2004) Looking at consumer behavior in a moral perspective. Journal of Business Ethics, 1-13
18. Boerman JAJ, Egger JIM (2010) Koopeverslaving of oniomanie. Tijdschrift Voor Psychiatry, 52: 29-39
19. Brazer L (2000) Psychoaducational group therapy for money disorders. W: Benson A (red.): I shop, therefore I am: Compulsive buying and the search for self. Northvalee NJ, Jason Aronson Inc.
20. Bullock K, Koran L (2003) Psychopharmacology of compulsive buying. Drugs of Today. 39: 695-700
21. Burgard M, Mitchell JE (2000) Group cognitive-behavioral therapy for the buying disorder. W: Benson A (red.): I shop, therefore I am: Compulsive buying and the search for self. Northvalee NJ, Jason Aronson Inc. 367-397
22. Christenson GA, Faber RJ, de Zwaan M, Raymond NC, Specker SM, Ekern MD, Mackenzie TB, Crosby RD, Crow SJ, Eckert ED, Mussell MP, Mitchell JE (1994) Compulsive buying descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. Journal of Clinical Psychiatry, 55: 5-11
23. Claes L, Müller A, Norrė J, van Assche L, Wonderlich S, Mitchell J (2012) The relationship among compulsive buying, compulsive Internet use and temperament in a sample of female patients with eating disorders. European Eating Disorders Review, 20: 126-131
24. Clark M, Calleja K (2008) Shopping addiction: A preliminary investigation among Maltese university students. Addiction Research and Theory, 16: 633-649
25. Croissant B, Croissant D (2007) Kaufsucht – Aktuelle Űberlegungen zur Klassifikation und Therapie. Nervenarzt, 78: 575-579

26. Croissant B, Klein O, Löber S, Mann K (2009) A case of compulsive buying – impulse control disorder or dependence disorder? Psychiatrsche Praxis, 36: 189-192
27. Currás-Pérez R, Miguel-Romero MJ, Ruiz-Mafé C, Sanz-Blas S (2011) The role of parasocial interaction and teleparticipation on teleshopping behaviour. W: Okazaki S (red.): Advances in Advertising Research, t. 2: Springer Fachmedien GmbH, Wiesbaden, 192-213
28. d'Austous A (1990) An inquiry into the compulsive side of "normal" consumers. Journal of Consumer Policy, 13: 15-31
29. Davenport K, Houston JE, Griffiths MD (2012) Excessive eating and compulsive buying behaviours in women: an empirical pilot study examining reward sensitivity, anxiety, impulsivity, self-esteem and social desirability. International Journal of Mental Health Addiction, 10: 474-489
30. DeSarbo WS, Edwards EA (1996) Typologies of compulsive buying behavior: a constrained clusterwise regression approach. Journal of Consumer Psychology, 5: 231-262
31. Devor EJ, Magee HJ, Dill-Devor RM, Gabel J, Black DW (1999) Serotonin transporter gene (5-HTT) polymorphisms and compulsive buying. American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics), 88: 123-125
32. Dittmar H (2005) Compulsive buying - a growing concern? An examination of gender, age and endorsement of materialistic values as predictors. British Journal of Psychology, 96: 467-491
33. Dittmar H (2011) Material and consumer identities. Handbook of Identity Theory and Research. Springer Science-Business Media, 745-769
34. Dittmar H, Beattie J, Friese S (1996) Objects, decision considerations and self-image in men's women's purchases. Acta Psychologica, 93: 187-206
35. Dittmar H, Drury J (2000) Self-image - is it in the bag? A qualitative comparison between "ordinary" and "excessive" consumers. Journal of Economic Psychology, 21: 109-142
36. Dittmar H, Long K, Meek R (2004) Buying on the Internet: Gender differences in on-line and conventional buying motivations. Sex Roles, 50: 423-440

37. Donahue CB, Odlaug BL, Grant JE (2011) Compulsive buying treated with motivational interviewing and imaginal. Annals of Clinical Psychiatry, 23: 226–227
38. Elliott R (1994) Addictive consumption: Function and fragmentation in postmodernity. Journal of Consumer Policy, 17: 159-179
39. Ertelt TW, Marino JM, Mitchell JE, Lancaster K (2009) Current status of cognitive-behavioral intervention for compulsive buying disorder. Journal of Contemporary Psychotherapy, 39: 213-230
40. Faber RJ, Christenson GA (1996) In the mood to buy: Differences in the mood states experienced by compulsive buyers and other consumers. Psychology & Marketing, 13: 803-819
41. Faber R, Christenson GA, De Zwaan M, Mitchell J (1995) Two forms of compulsive consumption comorbidity of compulsive buying and binge eating. Journal of Consumer Research, 22: 296-304
42. Faber RJ, O'Guinn TC (1992) A clinical screener for compulsive buying. Journal of Consumer Research, 19: 459-469
43. Friese S (2000) Self-concept and identity in a consumer society: Aspects of symbolic product meaning. Marburg, Tectum
44. Gąsiorowska A (2001) Kupowanie kompulsywne – zjawisko, jego determinanty i konsekwencje: przegląd badań. Przegląd Psychologiczny, 44: 463-477
45. Glatt MM, Cook CHCH (1987) Pathological spending as a form of psychological dependence. British Journal of Addiction, 82: 1257-1258
46. Grant JE (2003) Three cases of compulsive buying treated with naltrexone. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 7: 223-225
47. Grant JE, Odlaug BL, Mooney M, O'Brien R, Kim SW (2012) Open-label pilot study of memantine in the treatment of compulsive buying. Annals of Clinical Psychiatry, 24: 119-126
48. Grant JE, Potenza, MN, Krishnan-Sarin S, Cavallo DA, Desai RA (2011) Shopping problems among high school students. Comprehensive Psychiatry, 52: 247-252

49. Grüsser SM, Thalemann C, Albrecht U (2004) Exzessives, zwanghaftes Kaufen oder “Verhaltenssucht”? Ein Fallbeispiel. Wiener Klinische Wochenschrift, 116: 201-204
50. Hassay DN, Smith MC (1996) Compulsive buying: An examination of the consumption motive. Psychology & Marketing,13: 741-752
51. Hollander E, Allen A (2006) Is compulsive buying a real disorder and is it really compulsive? American Journal of Psychiatry, 163: 1670-1672
52. Jeffrey SA, Hodge R (2007) Factors influencing impulse buying during an online purchase. Electron Commerce Research, 7: 367-370
53. Jones WJ, Childers TL, Jiang Y (2012) The shopping brain: math anxiety modulates brain responses to buying decisions. Biological Psychology, 89: 201-213
54. Kaczmarek K, Van Laere K (2012) Scenariusz zajęć edukacyjnych (dla klas I-III gimnazjum) Temat: Zakupoholizm? Nie, dziękuję. Remedium nr 12 (238) (wkładka)
55. Kellett S, Bolton JV (2009) Compulsive buying: A cognitive-behavioural model. Clinical Psychology and Psychotherapy, 16: 83-99
56. Kim SW (1998) Opioid antagonists in the treatment of impulse-control disorders. Journal of Clinical Psychiatry, 59: 159-162
57. Koran LM, Faber RJ, Aboujaoude E, Large MD, Serpe RT (2006) Estimated prevalence of compulsive buying behavior in the United States. The American Journal of Psychiatry, 163: 1806-1812
58. Koran LM, Bullock KD, Hartston HJ, Elliott MA, D’Andrea V (2002) Citalopram treatment of compulsive shopping: An open-label study. Journal of Clinical Psychiatry, 63:
59. Koran LM, Chuang HW, Bullock KD, Smith SC (2003) Citalopram for compulsive shopping disorders: An open-label study followed by double-blind discontinuation. Journal of Clinical Psychiatry, 64: 793-798
60. Kraepelin E (1909) Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. I Band: Allgemeine Psychiatrie. Leipzig, Johann-Ambrosius Barth
61. Krueger D (1988) On compulsive shopping and spending: a psychodynamic inquiry. American Journal of Psychotherapy, 4: 574-584

62. Kuzma JM, Black DW (2004) Compulsive disorders. Current Psychiatry Reports, 6: 58-65
63. Kyrios M, Frost RO, Steketee (2004) Cognitions in compulsive buying and acquisition. Cognitive Therapy and Research, 2: 241-158
64. Lawrence L (1990) The psychodynamics of the compulsive female shopper. American Journal of Psychoanalysis. 50: 67-70
65. Lee S, Mysyk A (2004) The medicalization of compulsive buying. Social Science & Medicine, 58: 1709-1718
66. Lejoyeux M, Ades J, Tassain V, Solomon J (1996) Phenomenology and psychopathology of uncontrolled buying. American Journal of Psychiatry, 153: 1524-1529
67. Lejoyeux M, Bailly F, Moula H, Loi S, Ades J (2005) Study of compulsive buying in patients presenting obsessive-compulsive disorder. Comprehensive Psychiatry, 46: 105-110
68. Lejoyeux M, Hourtane M, Ades J (1995) Compulsive buying and antidepressants. Journal of Clinical Psychiatry, 56: 38-38
69. Lejoyeux M, Richoux-Benhaim Ch, Betizeau A, Lequen V, Leohnhardt H (2011) Money attitude, self-esteem and compulsive buying in a population of medical students. Frontiers in Psychiatry, 2: art. 13: 1-5
70. Lejoyeux M, Tassain V, Solomon J, Ades J (1997) Study of compulsive buying in depressed patients. Journal of Clinical Psychiatry, 58: 169-173
71. Lejoyeux M, Weinstein A (2010) Compulsive buying. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 36: 248-253
72. Levine B, Kellen B (2000) Debtors Anonimous and psychotherapy. W: Benson A (red.): I shop, therefore I am: Compulsive buying and the search for self. Northvalee NJ, Jason Aronson Inc.
73. Lo HY, Harvey N (2012) Effects of shopping addiction on consumer decision making: Web-based studies in real time. Journal of Behavioral Addictions, 1: 162-170
74. Magee A (1994) Compulsive buying tendency as a predictor of attitudes and perception. Advances in Consumer Research, 21: 590-594

75. Manolis C, Roberts JA (2012) Subjective well-being among adolescent consumers: the effects of materialism, compulsive buying and time affluence. Applied Research Quality Life, 7: 117-135
76. Marcinko D, Bolanca M, Rudan V (2006) Compulsive buying and binge eating disorder - A case vignettes. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 30: 1542-1544
77. Marcinko D, Karlović D (2005) Oniomania – Successful treatment with fluvoxamine and cognitive-behavioral psychotherapy. Psychiatrische Praxis, 17: 97-100
78. Marino JM, Ertelt TW, Mitchel JE, Lancaster K (2011) Compulsive buying. W: Johnston BA (red.): Addiction Medicine, Springer Science+Business Media, 649-660
79. McElroy SL, Keck PE, Phillips KA (1995) Kleptomania, compulsive buying and binge-eating disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 56: 14-26
80. McElroy SL, Keck PE, Pope HG, Smith J, Strakowski StM (1994) Compulsive buying: A report of 20 cases. Journal of Clinical Psychiatry, 55: 242-248
81. Miltenberger RG, Redlin J, Crosby R, Stickney M, Mitchell J, Wonderlich S, Faber R, Smyth J (2003) Direct and retrospective assessment of factors contributing to compulsive buying. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 34: 1-9
82. Mitchell J E, Burgard M, Faber R, Crosby RD, de Zwaan M (2006) Cognitive behavioral therapy for compulsive buying disorder. Behaviour Research and Therapy, 44: 1859-1865
83. Mitchell J, Redlin J, Wonderlich S, Crosby R, Faber R, Miltenberger R, Smyth J, Stickney M, Gosnell B, Burgard M, Lancaster K (2002) The relationship between compulsive buying and eating disorders. International Journal of Eating Disorder, 32: 107-111
84. Monahan P, Black DW, Gabel J (1996) Reliability and validity of a scale to measure change in persons with compulsive buying. Psychiatry Research, 64: 59-67

85. Mueller A, Claes L, Mitchell JE, Wonderlich St W (2010) Personality prototypes in individuals with compulsive buying based on the Big Five Model. Behaviour Research and Therapy, 48: 930-935
86. Mueller A, de Zwaani (2008) Therapieansätze bei pathologischen\m Kaufen. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 76: 478-483
87. Mueller A, Mitchell JE, Black DW, Crosby RD, Berg K, de Zwaan M (2010) Latent profile analysis and comorbidity in a sample of individuals with compulsive buying disorder. Psychiatry Research, 178: 348-352
88. Mueller A, Mitchel JE, Crosby RD, Gefeller O, Faber RJ, Martin A, Bleich S, Glaesmer H, Exner C, de Zwaan M (2010) Estimated prevalence of compulsive buying in Germany and its association with sociodemographic characteristics and depressive symptoms. Psychiatry Research, 180: 137-142
89. Mueller A, Mitchell JE, Crosby RD, Glaesmer H, de Zwaan M (2009) The prevalence of compulsive hoarding and its association with compulsive buying in a German population-based sample. Behaviour Research and Therapy, 47: 705-709
90. Mueller A, Mitchell JE, Mertens C, Mueller U, Silbermann A, Burgard M, de Zwaan M (2007) Comparison of treatment seeking compulsive buyers in Germany and the United States. Behaviour Research and Therapy, 45: 1629-1638
91. Mueller A, Mueller U, Albert P, Mertens C, Silbermann A, Mitchell JE, de Zwaan M (2007) Hoarding in a compulsive buying sample. Behaviour Research and Therapy, 45: 2754-2763
92. Mueller A, Mueller U, Silbermann A, Reincker H, Bleich S, Mitchell JE, de Zwaan M (2008) A randomized, controlled trial of group cognitive-behavioral therapy for compulsive buying disorder: Posttreatment and 6-month follow-up results. Journal of Clinical Psychiatry, 69: 1131-1137
93. Muller A (2012) Compulsive buying. Forschritte der Neurologie und Psychiatrie, 80: 348-354
94. Müller A, de Zwaan M (2010) Pathologisches Kaufen. Ein Űberblick über bisherige Erkenntnisse zu diesem Verhaltensexzess. Bundesgesundheitsblatt, 53: 289-294

95. Müller A, Reinecker H, Jacobi C, Reisch L, de Zwaan M (2005) Pathologisches Kaufen – eine Literaturübersicht. Psychiatrische Praxis, 32: 3-12
96. Musalek M, Liebich H (2008) Vom Kaufrausch zur Kaufsucht. Psychopraxis 4: 13-19
97. Neuner M, Raab G, Reisch LA Compulsive buying as a consumer policy issue in east and west Germany. Chapter 5, 89-114
98. Ninan PT, Mc Elroy SL, Kane CP, Knight BT, Casuto LS, Bat RSE, Marsteller FA, Nemeroff CB (2000) Placebo-controlled study of fluvoxamine in the treatment of patients with compulsive buying. Journal of Clinical Psychopharmacology, 20: 362-266
99. Odlaug BL, Grant JE (2010) Impulse-control disorders in a college sample: Results from the self-administered Minnesota Impulse Disorders Interview (MIDI). Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry,12: 2: e1-e5
100. Ogińska - Bulik N (2009) Stres i radzenie sobie ze stresem a ryzyko uzależnienia od zakupów. Nowiny Psychologiczne, 5-16
101. O'Guinn T, Faber RJ (1989) Compulsive buying: A phenomenological exploration. Journal of Consumer Research, 16: 147-157
102. Park TY, Cho SH, Seo JH (2006) A compulsive buying case: a qualitative analysis by the grounded theory method. Contemporary Family Therapy, 28: 239-249
103. Poppelreuter S (2004) "Consumo ergo sum? - Die Kaufuchts als Verhaltenspathologie. Wiener Klinische Wochenschrift. The Middle European Journal of Medicine, 116: nr 5, 147-150
104. Raab G, Elger CE, Neuner M, Weber B (2011) A neurological study of compulsive buying behaviour. Journal of Consumption Policy, 3: 401-413
105. Ridgway NM, Kukar-Kinney M, Monroe KB (2008) An expanded conceptualization and a new measure of compulsive buying. Journal of Consumer Research, 35: 622-639
106. Roberts JA, Manolis C, Tanner JF (2003) Family structure, materialism and compulsive buying: A reinquiry and extension. Journal of the Academy of Marketing Science, 31: 300-311

107. Rodriguez-Villarino R, Gonzalez-Lorenzo M, Fernandez-Gonzalez A, Lameiras-Fernandez M, Foltz ML (2006) Individuals factors associated with buying addiction: an empirical study. Addiction Research and Theory, 14: 511-525
108. Rose P, Segrist DJ (2012) Difficulty identifying feelings, distress tolerance and compulsive buying: analyzing the associations to inform therapeutic strategies. International Journal of Mental Health Addiction, DOI 10.1007/s11469-012-9389-y
109. Sansone RA, Chang J, Jewell B, Sellborn M, Bidwell M (2012) Compulsive buying and borderline personality symptomatology. Journal of Personality Disorders, (w druku)
110. Sansone RA, Chang JC, Jewell B, Sellborn M (2012) Compulsive buying: Associations with self-reported alcohol and drug problems. The American Journal on Addiction, 21: 178-179
111. Sansone RA, Chang J, Jewell B, Selbon M (2011) Relationships among shoplifting, compulsive buying and borderline personality symptomatology. Letters to the editor. Clinical Neuroscience, 8: 8-11
112. Sansone RA, Lam C, Wiederman MW (2011) The relationship between shoplifting and borderline personality symptomatology among internal medicine outpatients. Innovation in Clinical Neurosciences, 8: 12-13
113. Scherhorn G (1990) The addictive trait in buying behaviour. Journal of Consumer Policy, 13: 33-51
114. Scherborn G, Reisch LA, Raab G (1990) Addictive buying in West Germany: an empirical study. Journal of Consumer Policy, 13: 355-388
115. Sneath JZ, Lacey R, Kennett-Hensel PA (2009) Coping with a natural disaster: losses, emotions and impulsive and compulsive buying. Market Letters, 20: 45-60
116. Steiger J, Müller A (2010) Pathologisches Kaufen. Psychotherapeut, 55: 429-440
117. Swan-Kremeier LA, Mitchell JE, Faber RJ Compulsive buying: a disorder of compulsivity or impulsivity? Chapter 10: 185-190

118. Thornhill K, Kellett S, Davies J (2012) Heterogeneity within compulsive buyers: a Q-sort study. Psychology and Psychotherapy, 85: 229-241
119. Turner SM, Beidel DC, Stanley MA, Heiser N Obsessive-compulsive disorder. Chapter 7, 155-182
120. Valence G, d'Astous A, Fortier L (1988) Compulsive buying: concept and measurement. Journal of Consumer Policy, 11: 419-433
121. Verplanken B, Sato A (2011) The psychology of impulse buying: an integrative self-regulation approach. Journal of Consumer Policy, 34: 197-210
122. Węgrzecka-Giluń (2012) W kręgu uzależnień behawioralnych. Zakupoholizm. Remedium, nr 12 (238) (wkładka)
123. Whiteside SP, Lynam DR (2001) The Five Factor Model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. Personality and Individual Differences, 30: 669-689
124. Williams AD (2012) Evaluation of the mood repair hypothesis of compulsive buying. Open Journal of Psychiatry, 2: 83-90
125. Williams AD, Grisham JE (2012) Impulsivity, emotion regulation and mindful attentional focus in compulsive buying. Cognitive Therapy Research, 36: 451-457
126. Yang B, Lester D (2004) Attitudes toward buying online. CyberPsychology & Behavior, 7: 8591
127. Yi S (2012) Shame-proneness as a risk factor of compulsive buying. Journal of Consumer Policy, 35: 393-410

Nałogowe uprawianie ćwiczeń fizycznych

Nałogowe uprawianie ćwiczeń fizycznych

Synonimy i eponimy: nałóg uprawiania ćwiczeń (Terry i wsp. 2004, Rendi i wsp. 2007), uzależnienie od ćwiczeń (Coverley Veale 1987, Ogden i wsp. 1997, Bamber i wsp. 2000, Bamber i wsp. 2003, Guszkowska 2012, Lejoyeux i wsp. 2012, Lichtenstein i wsp. 2012, Murray i wsp. 2012), uzależnienie od wysiłku fizycznego (Mędraś i Bidzińska 2004). przymus ćwiczenia, natręctwa ćwiczenia (Meyer i wsp. 2011), nerwica atletów (Little 1969), fanatyzm fitnessu (Little 1979), nadużywanie ćwiczeń (Davies 2000).

Wstęp

Stosunkowo mało prac poświęcono nałogowemu uprawianiu ćwiczeń fizycznych. Uprawianie ćwiczeń jest generalnie uważane za zjawisko prozdrowotne, a ich zalecanie jest powszechnym elementem oświaty promującej zdrowie (King 2012). W odniesieniu do nałogowego uprawiania ćwiczeń powszechnie używa się terminów „nałogu pozytywnego" (Glasser 1976, Carmack i Martens 1979, Allegre i wsp. 2006) i „nałogu negatywnego" (Allegre i wsp. 2006, Modolo i wsp. 2011). Pojęcie „nałogu pozytywnego" wprowadził Glasser w 1976 r., który podkreślał, że ten sposób ćwiczeń (np. bieganie) powoduje pozytywne emocje (euforię), zwiększa siłę umysłu i może prowadzić transcendentalnych doznań mistycznych (Glasser 1976). Mimo opisywania przez innych badaczy negatywnych skutków nałogowego biegania, Glasser wierzył, że w większości przypadków pozytywne skutki nałogowego uprawiania ćwiczeń fizycznych górują nad jego negatywnymi konsekwencjami. Stanowisko to, wsparte innymi badaniami, w tym z użyciem skali Commitment to Running Scale (CRS) Carmack i Martens 1979), do pomiaru pozytywnych skutków

aktywności fizycznej, stało się jedną z przyczyn zwiększenia zainteresowania zwiększeniem aktywności fizycznej w krajach zachodnich, a potem i w innych.

Obraz kliniczny i kryteria diagnostyczne

Zaobserwowano jednak, że u części osób uprawiających ćwiczenia fizyczne może dochodzić do niepokojącego zjawiska jakim jest stopniowe zastępowanie ćwiczeniami innych czynności, uprzednio ważnych; ćwiczenia stają się centralnym obiektem aktywności. Dominacja aktywności fizycznej nad innymi obszarami funkcjonowania społecznego (praca zawodowa, kontakty z rodziną i znajomymi) może przybierać niepokojące nasilenie. Dotyczy to także ćwiczeń fizycznych uprawianych regularnie niezależnie od okoliczności (choroba, złe warunki pogodowe, okoliczności rodzinne, zawodowe lub towarzyskie teoretycznie utrudniające ich wykonywanie).

Na zjawisko to pierwszy zwrócił uwagę Little (1969) i opisał przypadek osoby kompulsywnie uprawiającej ćwiczenia mimo urazów i innych powikłań. Nazwał je „nerwicą atletów" ze względu na jego charakter kompulsywny (w tym czasie natręctwa klasyfikowane były w obszarze nerwic). Wkrótce opublikowano opisy innych przypadków: były to osoby, które do celów badawczych nie były w stanie zaprzestać intensywnego uprawiania ćwiczeń m.in. z powodu pojawiających się zaburzeń snu i takich objawów psychologicznych jak lęk i nerwowość, co przypominało objawy odstawienne (Baekeland 1970).

W przeciwieństwie do uzależnień od substancji psychoaktywnych i większości nałogów behawioralnych, „uzależnieniu od ćwiczeń" przypisywano więcej cech pozytywnych niż negatywnych i zaliczono je do „nałogów pozytywnych" (Glasser 1979, Carmak i Martens 1979, Allegre i wsp. 2006).

Inni zwracali jednak uwagę na negatywne konsekwencje systematycznych ćwiczeń fizycznych (Allegre i wsp. 2006, Modolo i wsp. 2011). Zaczęto wykazywać podobieństwa do uzależnień od substancji psychoaktywnych interpretując badane przypadki w kategoriach nałogów: z psychologiczną, a czasami i somatyczną, zależnością od biegania oraz „objawami odstawiennymi" po zaprzestaniu biegania (Sachs i Pargman 1979). Na „objawy odstawienne" miały składać się m.in.: lęk, obniżony nastrój z poczuciem winy, nerwowość, drażliwość, odczuwanie dyskomfortu oraz objawy wegetatywne towarzyszce tym objawom psychopatologicznym. Ten zestaw objawów nie spełnia współczesnych kryteriów zespołu abstynencyjnego.

Również inni badacze zwracali uwagę na podobieństwa nałogowego uprawiania ćwiczeń fizycznych do uzależnień od substancji: przymus codziennego uprawiania ćwiczeń jako warunek zwykłego funkcjonowania oraz pojawianie się objawów abstynencyjnych w przypadku niemożności ćwiczenia, a także konieczność zwiększania ilości ćwiczeń do osiągnięcia doznawanej poprzednio euforii („tolerancja") (Morgan 1979). Podkreślano też pogorszenie funkcjonowania w rolach poza aktywnością fizyczną oraz zawężenie kręgu zainteresowań (Allegre i wsp. 2006).

Po okresie opisów negatywnych skutków nałogowego uprawiania ćwiczeń fizycznych przyszedł czas na próby sformułowania kryteriów diagnostycznych. Jako jeden w pierwszych sformułował je de Coverley Veale (1987). Dodatkowo, podzielił on tą kategorię zaburzeń na pierwotne (nie jest związane z zaburzeniami psychicznymi i może być rozpoznane tylko przy ich wykluczeniu) i wtórne (pojawiające się w przebiegu innych zaburzeń, np. odżywiania się). Kryteria

pierwotnego uzależnienia od ćwiczeń de Coverly Vealego i innych autorów zestawiono w tabeli.

Tabela

Kryteria rozpoznawania „uzależnienia od ćwiczeń”

Autorzy	
De Coverley Veale (1987)	1. Zawężenie repertuaru ćwiczeń prowadzące do stereotypowych wzorców treningu, odbywanych regularnie co najmniej raz dziennie. 2. nadawanie ćwiczeniom narastającego i wyraźnego priorytetu w stosunku do innych form aktywności w celu utrzymania wzorca ćwiczeń. 3. Zwiększająca się stająca tolerancja (zwiększanie liczby ćwiczeń wykonywanych w kolejnych latach. 4. Objawy odstawienia związane z zaburzeniami nastroju po przerwie w planowanych ćwiczeniach. 5. Unikanie lub łagodzenie objawów odstawiennych przez dalsze ćwiczenia. 6. Subiektywne doznawanie natręctw ćwiczenia. 7. Gwałtowny nawrót do poprzedniego wzorca ćwiczeń po dłuższym okresie niećwiczenia.
De Coverley Veale (1995)	1. Zaabsorbowanie ćwiczeniem w sposób stereotypowy i rutynowy. 2. Wyraźne objawy odstawienne w przypadku

	niemożności uprawiania ćwiczeń (np. zaburzenia nastroju, drażliwość, bezsenność). 3. Zaabsorbowanie skutkuje wyraźnym występowaniem dystresu, albo upośledzeniem funkcjonowania somatycznego, społecznego, lub w innych ważnych dziedzinach. 4. Zaabsorbowanie ćwiczeniami nie jest spowodowane innymi zaburzeniami psychicznymi (np. zmniejszeniem masy ciała z powodu anoreksji).
Ogden i wsp. (1997)	Pierwotne: 1. Zawężenie repertuaru zachowań prowadzące do stereotypowego uprawiania ćwiczeń o tej samej porze co najmniej raz dziennie. 2. Zwiększanie się natężenia ćwiczeń z narastającym dawaniem im pierwszeństwa przed innymi aktywnościami w celu utrzymania wzorca ćwiczeń. 3. Narastająca w ciągu lat tolerancja przejawiająca się zwiększeniem liczby czasu na ćwiczenia. 4. Objawy odstawienne związane ze zmianą nastroju po zaprzestaniu uprawiania ćwiczeń. 5. Zapobieganie objawom odstawiennym poprzez wcześniejsze uprawianie ćwiczeń. 6. Subiektywna gotowość do natręctw

	ćwiczenia. 7. Szybki powrót do poprzedniej intensywności ćwiczeń i objawy abstynencyjne po okresie abstynencji. <u>Wtórne</u> Jak wyżej, ale współwystępujące z zaburzeniami odżywiania się
Hausenblas i Symons Downs (2002)	Klinicznie znaczące upośledzenie lub distres manifestujące się co najmniej trzema z poniższych objawów: 1. Tolerancja - definiowana jako potrzeba zwiększania liczby ćwiczeń w celu osiągniecia oczekiwanego efektu, albo zmniejszający się skutek ćwiczeń przy utrzymywaniu ich stałej intensywności. 2. Abstynencja - przejawiająca się albo charakterystycznymi dla ćwiczeń objawami abstynencyjnymi, albo ta sama lub zbliżona aktywność fizyczna jest potrzebna do uniknięcia objawów abstynencyjnych. 3. Intencje a skutek - często większa intensywność niż zamierzana. 4. Brak kontroli – Dłużej utrzymująca się chęć albo nieudane próby zaprzestania lub kontrolowania ćwiczeń.

	5. Czas – Duża ilość czasu poświęcana na aktywność fizyczną. 6. Zmniejszenie innych aktywności - zaprzestanie lub zmniejszenie aktywności społecznej, zawodowej albo rekreacyjnej z powodu ćwiczeń. 7. Kontynuowanie - kontynuowanie ćwiczenia mimo wiedzy o stałych lub nawracających problemach spowodowanych lub zwiększanych przez ćwiczenia
Bamber i wsp. (2003)	<u>Pierwotne:</u> 1. Osoba przejawia upośledzenie funkcjonowania przynajmniej w dwóch z trzech obszarów: - psychologicznym (ruminacje albo natrętne myśli o ćwiczeniach, zwiększenie myślenia o ćwiczeniach, lęk albo depresja); - społecznym i zawodowym (przedkładanie aktywności fizycznej ponad inne aktywności społeczne i zdolność do pracy); - somatycznym (ćwiczenia powodują lub nasilają szkody zdrowotne albo kontynuowanie ćwiczeń mimo przeciwwskazań medycznych); - behawioralnym (zachowania stereotypowe i sztywne). 2. Osoba wykazuje co najmniej jedno z następujących:

	- znaczące klinicznie negatywne skutki zmiany lub przerwania nawyków ćwiczenia – reakcje mogą być somatyczne, psychologiczne, społeczne lub behawioralne (nasilony lęk lub depresja, izolacja społeczna, lub samouszkodzenia); - utrzymująca się chęć i/albo nieudane próby kontrolowania lub zmniejszenia lęku. 3. Następujące cechy są sugerujące ale nie konieczne: - tolerancja (zwiększanie ilości ćwiczeń); - duża ilość ćwiczeń albo ćwiczenie co najmniej raz dziennie; - ćwiczenie w samotności; - ukrywanie (kłamanie o nasileniu ćwiczeń, ćwiczenia w tajemnicy); - brak wglądu (zaprzeczanie, że ćwiczenie jest problemem). <u>Wtórne:</u> Jak powyżej ale z towarzyszącymi zaburzeniami odżywiania się.
Terry i wsp. (2004)	4. Uwydatnienie – Mamy z nią do czynienia wtedy, gdy aktywność fizyczna staje się najważniejszą aktywnością w życiu i dominuje w myśleniu, odczuwaniu („głód”) i zachowaniu (zaburzenia w funkcjonowaniu

	społecznym). Np. jeśli osoba aktualnie nie ćwiczy, to myśli o ćwiczeniu w najbliższym czasie. 5. Zmiana nastroju – Dotyczy to subiektywnych doświadczeń, które zgłaszają osoby jako skutki angażowana się w ćwiczenia i które są postrzegane jako strategia radzenia sobie (np. doświadczają „haju”, euforii, albo – paradoksalnie – uspokojenia lub oddalenia od problemów. 6. Tolerancja – Jest to proces polegający na tym, że aby doznać pożądanego skutku, trzeba zwiększyć aktywność. 7. Objawy abstynencyjne – Stan nieprzyjemnych doznań i/lub objawów wegetatywnych, kiedy pojawiają się, gdy aktywność jest przerwana lub gwałtownie zmniejszona (np. drażliwość). 8. Konflikty – Dotyczy to konfliktów z osobami z otoczenia (konflikty interpersonalne), konfliktów z innymi aktywnościami (zawodowymi, życiem społecznym, zainteresowaniami) albo z indywidualnymi potrzebami (konflikt wewnątrzpsychiczny), które są związane z konkretną aktywnością. 9. Nawrotowość – Tendencja do powracania do wcześniejszego nasilenia aktywności a nawet większego niż ostatnio nawet po wielu latach

	abstynencji.

Narzędzia do rozpoznawania i pomiaru nasilenia nałogowego uprawiania ćwiczeń

Stworzone narzędzia diagnostyczno-pomiarowe nawiązują przeważnie do koncepcji i założeń z jakich wychodzili badacze.

W 1979r. opracowano skalę do pomiaru pozytywnych skutków biegania: Commitment to Running Scale (CRS) (Carmack i Martens 1979). W trzy lata później opracowano podobną skalę, ale do pomiarów negatywnych aspektów nałogów: Negative Addiction Scale (NAS) (Hailey i Bailey 1982). Negatywne skutki biegania oceniano także dwiema różnymi skalami o tej samej nazwie: Running Addiction Scale (RAS) (Chapman i Decastro 1990, Rudy i Estok 1989).

Pierwszą zwalidyzowaną skalą była Obligatory Exercise Questionnaire (OEQ) Pasman Thomson 1988, Thompson i Pasman 1981), która opierała się na wcześniejszym narzędziu: Obligatory Running Questionnaire (ORQ). Wyniki w skali OEQ korelowały z nasileniem lęku, gdy nie było możliwości ćwiczenia oraz ćwiczeniem mimo bolesnych kontuzji. Skalę stosowano w różnych populacjach wykazując jej dobre właściwości psychometryczne oraz użyteczność praktyczną.

Nieco później powstała Commitment to Exercise Scale (CES) (Davies i wsp. 1993). Autorzy oparli się na definicji uzależnienia od ćwiczeń jako „aktywności fizycznej o ekstremalnie nasilonej częstości i długości, relatywnie mało podatnej na zmianę i często związanej z natrętnym impulsem ćwiczeń nawet mimo kontuzji, zmęczenia lub innych ważnych powodów osobistych”. Skala składa się z trzech

składowych: dążenie do uprawiania ćwiczeń, uzależnienie od nich oraz częstość uprawiania ćwiczeń.

Do kryteriów uzależnienia od substancji wg DSM IV nawiązali Hausenblas i Downs (2002), którzy stworzyli skalę do diagnostyczno-pomiarową: Exercise Dependence Scale (EDS). Zaadaptowano definicję DSM IV dla uzależnienia od substancji i zdefiniowano nałogowe uprawianie ćwiczeń jako „wielowymiarowe zaburzenie adaptacyjne uprawiania ćwiczeń, prowadzące do klinicznie znaczących upośledzeń lub distresu". DPS składa się z 30 pytań pogrupowanych w 7 podskal, odpowiadających siedmiu objawom uzależnienia od substancji: objawów abstynencyjnych (12 pytań), tolerancji (4 pytania), kontynuowania (3 pytania), utraty kontroli (3 pytania), zmniejszenia innych aktywności 4 pytania), czasu (2 pytania) i intencji długości czasu przeznaczonego na ćwiczenia (2 pytania). Skala ma dobre właściwości psychometryczne i była testowana na różnych populacjach.

W 2004r przedstawiono poprawioną wersję tej skali EDS-R (Downs i wsp. 2004), Dzięki tej skali można podzielić badanych na trzy grupy: osoby z grupy ryzyka wystąpienia nałogu uprawiania ćwiczeń, osoby posiadające pojedyncze objawy, ale nieuzależnione, oraz osoby nieuzależnione. Dzięki tej skali ustalono, że w grupie ryzyka jest mniej niż **5%** badanych, **62,5%** to osoby z objawami, ale nieuzależnione, a 30,6%-33,8% to nieuzależnieni (Downs i wsp. 2004).

Podobnie, na kryteriach uzależnienia od substancji wg DSM IV oparli się Zmijewski i Howard (2003), którzy stworzyli 14-itemowy kwestionariusz samooceny: Exercise Dependence Criteria (EDC).

Koncepcje nadmiernego zaangażowania się w uprawiania ćwiczeń

Dotychczas nie opracowano jednorodnych, powszechnie akceptowanych koncepcji patologicznych zachowań związanych z uprawianiem ćwiczeń fizycznych.

Dotyczy to zarówno pozycji nozologicznej tego zaburzenia, jego relacji do innych zaburzeń, a nawet klasyfikowania go jako zaburzenia.

Raczej nie neguje kwestii, że nadmierne zaangażowanie w ćwiczenia fizyczne może być problemem. Nie wszyscy jednak uważają, że „nałogowe uprawianie ćwiczeń" spełnia kryteria zaburzenia tzn., że obok zachowań dewiacyjnych cechuje się jednoznacznie udowodnioną szkodliwością. Niektórzy godząc się na występowanie negatywnych skutków „nałogowych ćwiczeń" podnoszą jednak, że pozytywne aspekty nałogowe uprawiania ćwiczeń górują nad negatywnymi jego skutkami i ogólny bilans jest dodatni (Glasser 1976).

Trwają dyskusje, czy rozpoznanie nałogowego uprawiania ćwiczeń ma charakter kategoryczny czy wymiarowy. A jeśli wymiarowy, to gdzie na kontinuum, na którego końcu intuicyjnie rozpoznaje się ewidentną patologię znajduje się punkt odcięcia między „jeszcze zdrowiem" a „już chorobą" (Hausenblas i Downs 2002) . Wynikają z tego próby opisanych powyżej opisów klinicznych i kryteriów diagnostycznych, które mają pokazać jakościowy obraz patologii (Hausenblas i Downs 2002).

Mało jest prób wyjaśnienia relacji między nałogowym uprawianiem ćwiczeń a innymi zaburzeniami. O ile w przypadku większości nałogów behawioralnych jedne nałogi często współwystępują z innymi, to w przypadku nałogowego uprawiania ćwiczeń takie korelacje dotyczą tylko zaburzeń odżywiania się, a i to są najczęściej

wykluczone z badań jako wtórne i prawdopodobnie o innej etiologii (uprawianie ćwiczeń fizycznych w celu zmniejszenia masy ciała).

W jednej z prac porównywano nałogowe uprawianie ćwiczeń z nałogowym używaniem Internetu i stwierdzono, że oprócz pewnych podobieństw (6 kryteriów nałogów behawioralnych) istnieje wiele istotnych różnic (wymieniono 8 najważniejszych) (Rendi i wsp. 2006).

Koncepcja kompulsywności

To najstarsza z koncepcji. Little'owi (1969) przypisuje się pierwszy opis nadmiernego zaangażowania w uprawianie ćwiczeń mimo negatywnych tego konsekwencji. Użył on terminów: „nerwica atletów", „kryzysu deprywacyjnego". Natręctwa w tym czasie były umieszczane w szerszej kategorii zwanej nerwicami. Choć później dominowało podejście interpretujące to zjawisko w kategoriach nałogów a nawet uzależnienia, są badacze, którzy podkreślają podobieństwo nadmiernego zaangażowania w ćwiczenia w kategoriach natręctw (zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych). Skutkuje to nie tylko używaniem terminów „kompulsywne ćwiczenie", „natręctwo ćwiczeń", „przymus ćwiczenia", ale i opisywaniem tego zjawiska za pomocą aparatu pojęciowego typowego dla OCD (ang.: *obsessive-compulsive disorders*) (Meyer i wsp. 2011). M.in. podkreśla się, że osoby problemowo uprawiające ćwiczenia sportowe mają cechy osobowości bardziej typowe dla natręctw niż do nałogów i uzależnień: kompulsywność, perfekcjonizm i sztywność (Meyer i wsp. 2011).

Inną koncepcję przedstawili Elbourne i Chen (2007). W ich modelu przymus ćwiczeń może dotyczyć osób z kontinuum nasilenia natrętnych cech osobowości: gdzie osoby z jednym krańcu znajdują osoby ze słabo nasiloną kompulsywnością i

racjonalnie podchodzące do ćwiczeń i rzadko doprowadzające się do szkód zdrowotnych, natomiast na drugim są osoby, których kompulsywność prowadzi do ćwiczenia mimo znaczących problemów somatycznych i psychologicznych. U tuych osób często nadmierne uprawianie ćwiczeń łączy się z nadmiernym zainteresowaniem i zaangażowaniem się kontrolowaniem masy i kształtu ciała i zaburzeniami odżywiania się.

Koncepcja nałogowa

Opisy zjawiska nadmiernego uprawiania ćwiczeń fizycznych zbiegły się w czasie z coraz powszechniejszym zjawiskiem interpretowania i wyjaśniania tzw. nałogów behawioralnych w kategoriach addyktywnych (nałogowych).

Już Baeckland (1977) zwrócił uwagę na znaczną niechęć do zaprzestania ćwiczeń mimo gratyfikacji finansowej oraz na wystąpienie objawów przypominających objawy abstynencyjne, w przypadku gdzie do tego doszło u systematycznie ćwiczących. W następnych latach gromadzono dowody na szkodliwość nadmiernego zaangażowania w ćwiczenia, objawy przypominające objawy abstynencyjne w przypadku ograniczenia dostępności do uprawiania ćwiczeń i innych objawów przypominających symptomatologię uzależnień od substancji. Dyskusje nad tym zagadnieniem wpisują w szerszą dyskusję na temat relacji wszystkich tzw. „nałogów behawioralnych” do uzależnień od substancji. Obok argumentów wspierających tezę, że jest to grupa zaburzeń o większości wspólnych mechanizmów i zbliżonym obrazie jest też wiele argumentów o ich odrębności i pozornych podobieństwach wynikających raczej z zastosowanego aparatu pojęciowego niż z klinicznego podobieństwa (patrz: rozdział o uzależnieniach behawioralnych).

Stosunkowo najwięcej zwolenników mają teorie uzależnienia, w którym istotną rolę odgrywa układ opioidowy – stąd częściej niż w innych nałogach behawioralnych używa się terminu „*uzależnienie*”. Jest wiele dowodów na zwiększone wydzielanie endogennych substancji morfinopodobnych w wyniku intensywnych aktywności fizycznych (Angelopoulos i wsp. 1995). Z jednej strony, osoby z deficytami układu opoidowego mogą zauważyć, że zwiększone wydzielanie endorfin w wyniku ćwiczeń może kompensować te niedobory i prowadzić do poprawy samopoczucia, a co za tym idzie mogą dążyć do powtarzania aktywności, które skutkują poprawą samopoczucia. Być może jest to wytłumaczeniem faktu, że tylko część osób intensywnie ćwiczących zaczyna uprawić ćwiczenia fizyczne w sposób nałogowy. Z drugiej strony, przewlekle stymulowanie receptorów opioidowych endorfinami może prowadzić do zmian neuroadaptacyjnych typu *down-regulation,* co może tłumaczyć zjawisko „tolerancji”. Stan wiedzy na ten temat ma raczej charakter spekulacyjny i jest raczej wynikiem ekstrapolowania wiedzy neurobiologicznej o uzależnieniach od substancji psychoaktywnych niż konkretnych badań na tej populacji o charakterze nie tylko asocjacyjnym, ale przyczynowo-skutkowym.

Podobnie słabo udokumentowana jest hipoteza o sprawczej roli układów katecholaminergicznych. Wysiłek fizyczny powoduje zwiększenie wydzielania amin katecholowych (Angelopoulos i wsp. 1995, de Castro i Duncan 1985), którym (głównie dopaminie) przypisuje się inicjowanie procesów, które mogą prowadzić do uzależnienia. Choć populacja osób nałogowo uprawiających ćwiczenia jest stosunkowo słabo przebadana, zwolennicy tej teorii nawiązują do badań nad innymi nałogami behawioralnymi, w których wykazano, że nie tylko egzogenne substancje psychoaktywne prowadzą do przewlekłych zmian neuroadaptacyjnych (a co za tym

idzie: funkcjonalnych), ale może do tego dochodzić w wyniku różnych powtarzalnych czynności.

Mimo forsowania koncepcji nałogowej natury nadmiernego uprawiania ćwiczeń, zjawisko to nie znalazło się wśród wyspecyfikowanych zaburzeń ani w klasyfikacji WHO - ICD-10 (1992), ani w klasyfikacji APA - DSM IV (1995). Za to kryteria uzależnień z DSM IV stały się podstawą opisywania nadmiernego uprawiania ćwiczeń w kategoriach nałogowych lub wręcz uzależnieniowych. Mimo to, w najnowszej wersji DSM 5 (V.2013) oprócz patologicznego hazardowania się, żadne, w tym „nałogowe uprawianie ćwiczeń fizycznych", nie znalazło się w grupie zaburzeń nałogowych.

Koncepcja heterogenności etiologicznej

Część badaczy podnosi heterogenny charakter zaburzeń związanych z nadmiernym uprawianiem ćwiczeń.

Wyżej wspomniani Elbourne i Chen (2007) pisali o spektrum zaburzeń związanych głównie z nasileniem kompulsywności.

Inni badacze chętniej stosują dychotomiczny podział na nadmierne uprawianie ćwiczeń z powodów związanych z kontrolowaniem masy ciała i modelowaniem sylwetki oraz z nadmiernymi ćwiczeniami z innych powodów (Hubbard i wsp. 1998, Meyer i wsp. 2011). W tym pierwszym przypadku zaburzenia odżywania się i nadmierne ćwiczenia są tylko sposobami panowania nad masą ciała i sylwetką w rezultacie zaburzeń koncepcji ciała i przymusu jego zmiany (Yates i wsp. 1983, Weight i Noakes 1987).

Stosowane narzędzia przesiewowe i pomiarowe

Dość powszechnie stosowana jest the Exercise Dependence Scale, a szczególnie jej 9. wersja - EDS-R (Hausenblas i Symon Downs 2002, Symon Downs i wsp. 2004). Jak sama nazwa wskazuje, jej autorzy oparli się na koncepcji i kryteriach uzależnień opisanych w DSM-IV, podmieniając słowo „substancja" słowem „ćwiczenia". Dziewiąta wersja EDS-R została skrócona do 21 itemów „uzależnieniowych" po 3 dla każdej z 7 podskal. Dzięki skali można wyodrębnić następujące podgrupy: osoby z ryzykiem uzależnienia, osoby nieuzależnione, ale z pojedynczymi objawami uzależnienia i osoby nieuzależnione bez lub z dyskretnymi objawami. Jej dobre właściwości psychometryczne potwierdzono również we Francji (Allegre i Therme 2007) i Włoszech (Costa i wsp. 2012) a stosowana jest również w innych krajach (m.in. w Portugalii, Hiszpanii i Szwecji, na Węgrzech i we Francji)

Rzadziej używany jest inwentarz the Exercise Addiction Inventory – EAI (Terry, Szabo i Griffith 2004, Griffiths i wsp. 2005, Lichtenstein i wsp. 2012) Inwentarz ten ma być krótkim i szybkim w użyciu narzędziem przesiewowym opartym o koncepcję nałogów behawioralnych Griffitha (1996), które mają się składać z 6 komponentów: uwydatnienia niektórych cech (zaabsorbowanie, zburzenia poznawcze, „głód ruchu", zaburzenia funkcjonwania społecznego), zmian nastroju, tolernacji, objawów abstynencyjnych, konfliktów, nawrotów.

Jeszcze rzadziej stosuje się Exercise Dependence Questionnaire (Ogden i wsp. 1997) i Obligatory Exercise Questionnaire (Passman i Thompson 1988).

Epidemiologia

Ocena rozpowszechnienia nałogowego uprawiania ćwiczeń fizycznych jest trudna. Wynika to m.in. z braku powszechnie akceptowanych kryteriów

diagnostycznych, narzędzi do badań przesiewowych i diagnostycznych, oraz kulturowo uwarunkowanego zróżnicowania tego zjawiska.

Większość badań dotyczyła nie tyle populacji ogólnej, co środowisk uprawiających regularnie ćwiczenia fizyczne. Z wyżej wymienionych powodów uzyskano wyniki o dużej rozpiętości: od **23%** (Symons-Downs i wsp. 2004, Griffith i wsp. 2005) do **20-30%** (Zmijewski i Howard 2003, Anderson i wsp. 1997, Slay i wsp. 1998, Thorton i Scott 1995, Lejoyeux i wsp. 2012)) systematycznie ćwiczących lub klientów sklepów sportowych. Inni oceniają rozpowszechnienie tego zjawiska na ok. **5%** (Allegre i wsp. 2006, Szabo i Griffith 2007). Wykazano również, że u studentów uczelni sportowych ryzyko wynosi ok. **7%**, a u ćwiczących w klubach fitness ok. 4%.

Downs i wsp. (2004) na populacji studentów przed dyplomem stwierdzili, że w grupie ryzyka wystąpienia nałogowego uprawiania ćwiczeń jest mniej niż **5%** badanych, ale duża jest grupa osób z objawami - ale nieuzależnionymi (**62,5%**), a nieuzależnionych jest tylko 30-34%.

Profilaktyka i leczenie

Aktualnie nie ma standardów profilaktyki nałogowego uprawiani ćwiczeń. Adams i Kirby (1998a i b) uważają, że osoby profesjonalnie zajmujące się ćwiczeniami, choć posiadają wiedzę na temat ew. somatycznych zagrożeń związanych z uprawianiem ćwiczeń fizycznych, powinny posiadać lepszą wiedzę na temat potencjalnych zagrożeń powstania nałogu. Postulują, aby informować i edukować ćwiczących w zakresie nieprawidłowego ilościowo i częstotliwościowo treningu, który oprócz szkód somatycznych lub nieoczekiwanych efektów sportowych i estetycznych może prowadzić do powstania nałogu i jego skutków. Autorzy ci jednak nie powołują się na konkretne publikacje lub praktyki, lecz odsyłają do teorii i

praktyk stosowanych w innych zaburzeniach, w tym uzależnieniu od substancji i niektórych nałogach behawioralnych, a także w stanach niechorobowych, w których pożądana jest zmiana zachowania.

W żadnej z prac nie znaleziono informacji o szczególnej ostrożności w aplikowaniu ćwiczeń fizycznych osobom uzależnionym od substancji oraz z innymi nałogami behawioralnymi, w których aktywność fizyczna wspomagała proces terapeutyczny, a którzy są potencjalnymi kandydatami do uzależnienia krzyżowego na skutek specyficznej terapii substytucyjnej, gdzie substytutem byłyby endogenne substancje morfinopodobne. Wprost przeciwnie: uważa się, że aktywność fizyczna może być skutecznym środkiem poprawiającym rokowanie u osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych i z depresją (Bernard i wsp. 2012). Niewykluczone, że możemy tu mieć do czynienia ze swoistą substytucją i mechanizmami krzyżowego uzależniania się.

Adams (2009) rekomenduje dwa rodzaje terapii skutecznie stosowanych w uzależnieniach od substancji oraz w niektórych nałogach behawioralnych: dialog motywujący i terapię behawioralno-poznawczą, jednak zastrzega, że brak publikacji na temat ich użyteczności w nałogowym uprawianiu ćwiczeń fizycznych. Niemniej proponuje algorytm diagnostyczno-terapeutyczny (Adams 2009).

Jedną z nielicznych prac o terapii terapeutycznych jest publikacja Stetson i wsp. (2005). Autorzy wykazali w niej użyteczność modelu zapobiegania nawrotom Marlatta.

Piśmiennictwo

1. Adams J (2009) Understanding exercise dependence. Journal of Contemporary Psychotherapy, 39: 231-240
2. Adams J, Kirkby RJ (2002) Excessive exercise as an addiction: A review. Addiction Research and Theory, 10: 413-437
3. Allegre B, Souville M, Therme P, Griffiths M (2006) Definitions and measures of exercise dependence. Addiction Research and Theory, 14: 631-646
4. Allegre B, Therme P (2007) Etude confirmative de l'echelle de dependance a la activite physique Exercise Dependence Scale-Revised pour une population francophone. L'Encephale, 34: 490-495
5. Anderson SJ, Basson CJ, Geils C (1997) Personality style and mood states associated with a negative addiction to running. Sports Medicine, 27: 6-11
6. Angeloppoulos TJ, Denys BG, Weikart C, Dasilva SG, Michael TJ, Robertson RJ (1995) Endogenous opioids may modulate catecholamine secretion during intensity exercise. European Journal of Applied Physiology, 70: 195-199
7. Anshel MH (1991) A psycho-behavioral analysis of addicted versus non-addicted male and female exercisers. Journal of Sport Behavior, 14: 145-158
8. Baekeland F (1970) Exercise deprivation: Sleep and psychological reactions. Archives of General Psychiatry, 22: 365-369
9. Bamber D, Cockerill JM, Carrol D (2000) The pathological status of exercise dependence. British Journal of Sports Medicine, 34: 125-132
10. Bamber D, Cockerill JM, Rodgers S, Carrol D (2000) "It's execise or nothing": a qualitative analysis of exercise dependence. British Journal of Sports Medicine, 34: 423-430
11. Bamber D, Cockerill JM, Rodgers S, Carrol D (2012) Diagnostic criteria for exercise dependence in women. British Journal of Sport Medicine, 37: 393-400

12. Berlin AA, Kop WJ, Deuster P (2006) Depressive mood and fatigue after exercise withdrawal: the potential role of decreased fitness. Psychosomatic Medicine, 68: 224-230

13. Bernard P, Ninot G, Guillaume S, Fond G, Courtet P, Picot MC, Quantin X (2012) Physical activity as a protective factor in relapse following smoking cessation in participants with a depressive disorder. American Journal on Addictions, 21: 348-355

14. Biddle S, Mutrie N (1991) Psychology of physical activity and exercise. A health related perspectives. London: Springer-Verlag

15. Blaydon MRJ, Lindner KJ (2002) Eating disorders and exercise dependence in Thriatletes. Eating Disorders. The Journal of Tratment and Prevention, 10: 49-60

16. Blumenthal JA, O'Toole LC, Chang JL (1984) Is running an analogue of anorexia nervosa? JAMA, 252: 520-523

17. Carmak MA, Martens R (1979) Measuring commitmend to running: A survey of runners attitudes and mental states. Journal of Sport Psychology, 1: 25-42

18. Chapmann CL, Decastro JM (1990) Running addiction – Measurement and associated psychological characteristics. Journal of Sports Medicine and Physical Fitness, 30: 283-290

19. Cox RH (1994) Sport psychology. Concepts and applications. Illinois: Brown

20. Cox RH, Orford J (2004) A qualitative study of the meaning of exercise for people who could be labeled as addicted to exercise: Can 'addiction' be applied to high frequency exercising? Addiction Research and Theory, 12: 167-188

21. Davies C, Brewer H, Ratusny D (1993) Behavioral frequency and psychological commitend: Necessary concepts in the study of excessive exercises. Journal of Behavioral Medicine, 16: 611-628

22. Davis C (2000) Exercise abuse. International Journal of Sports Psychology, 31: 278-289

23. Davis C, Katzman DK, Kaptein S, Kirsh C, Brewer H, Kalmbach K, Olmsted MP, Woodside DB, Kaplan AS (1997) The prevalence of hyperactivity in eating disorders: Etiological implications. Comprehensive Psychiatry, 38: 3211-3226

24. De Castro JM, Duncan G (1985) Operantly conditioned running: Effects on brain catecholamine concentrations and receptor densities in the rat. Pharmacology Biochemistry and Behavior, 23: 495-500

25. De Coverley Veale DMW (1987) Exercise dependence. British Journal of Addictions, 82: 735-740

26. De Coverley Veale D (1995) Does primary exercise dependence really exist? W: Annett J, Cripps BH, Steinerg H (red.): Exercise addiction. Motivation and participation in sport and exercise. Leicester: The British Psychological Society, 1-5

27. Downs DS, Hausenblas HA, Nigg CR (2004) Factorial validity and psychometric examination of the Exercise Dependence Scale r revised. Measurement in Physical Education and Exercise Science, 8: 183-201

28. Elbourne KE, Chen J (2007) The continuum model of obligatory exercise: A preliminary investigation. Journal of Psychosomatic Research, 62: 73-80

29. Glass JM, Lyden AK, Petzke F, Stein P, Whalen G, Ambrose K, Chrousos G, Clauw DJ (2004) The effect of brief exercise cessation on pain, fatigue, and mood symptom development in healthy, fit individuals. Journal of Psychosomatic Research, 57: 391-398

30. Glasser W (1973) Positive Addiction. New York: Harper and Row

31. Griffiths MD (1996) Behavioral addiction: An issue for everybody? Journal of Workplace Learning, 8: 19-25

32. Griffiths MD, Szabo A, Terry A (2005) The Exercise Addiction Inventory: A quick and easy screening tool for health practitioners. British Journal of Sport Medicine, 39: e30.

33. Guszkowska M (2012) Uzależnienie od ćwiczeń fizycznych - objawy i mechanizmy. Psychiatria Polska, 46: 845-856

34. Hailey BJ, Bailey LA (1982) Negative addiction in runners: a Quatitative approach. Journal of Sport Behavior, 5: 150-154

35. Hamer M, Karageorghis CI (2007) Psychobiological mechanisms of exercise dependence. Sports Medicine, 37: 477-484

36. Hausenblas HA, Downs SD (2002) How much is too much? The development and validation of the Exercise Dependence Scale. Psychology and Health, 17: 387-404

37. Hausenblas HA, Gauvin L, Downs SD, Duley AR (2008) Effects of abstinence from habitual involvement in regular exercise on feeling states: An ecological momentary assessment study. British Journal of Health Psychology, 13: 237-255

38. Hubbard ST, Gray JJ, Parker S (1998) Differences among women who exercise for „food related" and „non-food related" reasons. European Eating Disorders Review, 6: 255-265

39. Johnsguard K (1985) The motivation of the long distance runner. Journal of Sports Medicine, 25: 135-139

40. Keski-Rahkonen A (2001) Exercise dependence - a myth or real issue. European Eating Disorders Review, 9: 279-283

41. King AC (2012) Role of exercise counseling in health promotion. Lancet, 80-81

42. Lejoyeux M, Guillot C, Chalvin F, Petit A, Lequen V (2012) Exercise dependence among customers from a Parisian sport shop. Journal of Behavioral Addictions, 1: 28-34

43. Lichtenstein MB, Christiansen E, Bilenberg N, Stoving RK (2012) Validation of the Exercise Addiction Inventory in a Danish sport context. Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports. doi:10.1111/j.1600-0838.2012.01515.x

44. Little JC (1969) The athlete's neurosis: A deprivation crisis. Acta Psychiatrica Scandinavica, 45: 187-197

45. Little JC (1979) Neurotic illness in fitness fanatics. Psychiatric Annals, 9: 49-51

46. Meyer C, Taranis L, Goodwin H, Haycraft E (2011) Compulsive exercise and eating disorders. European Eating Disorders Review, 19: 174-189

47. Mędraś M, Bidzińska B (2004) Uzależnienie od wysiłku fizycznego. W: Mędraś M (red.): Medycyna Sportowa. Warszawa, Medsportpress, 119-121

48. Modolo VB, Antunes HKM, de Gimenez PRB, Santiago MLDM, Tufik S, de Mello MT (2011) Negative addiction to exercise: are there differences betwee genders? Clinics, 66: 255-260

49. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C, Beumont PJV (2004) Relationships between exercise behaviour, eating-disordered behaviour and quality of life in a community sample of women: When is exercise „excessive"? European Eating Disorders Review, 12: 265-272

50. Mondin GW, Morgan WP, Piering PN, Stegner AJ, Stotesbery CL, Trine MR, Wu MY (1996) Psychological consequences of exercise deprivation in habitual exercisers. Medical Sciences in Sports Exercises, 28: 1199-1203

51. Morgan WP (1979) Negative addiction in runners. Physical Sports Medicine, 7: 57-70

52. Morris M, Steinberg H, Sykes EA, Salmon P (1990) Effects of temporary withdrawal from regular running. Journal of Psychosomatic Research, 34: 493–500

53. Murray AL, McKenzie K, Newman E, Brown E (2012) Exercise identity as a risk factor for exercise dependence. British Journal of Health Psychology, DOI:10.1111/j.2044-8287.2012.0209 l.x

54. Ogden J, Veale D, Summers Z (1997) The development and validation of the Exercise Dependence Questionnaire. Addiction Research, 5: 343-356

55. Owens RG, Slade PD (1987) Running and anorexia nervosa: An empirical study. International Journal of Eating Disorders, 6: 771-775

56. Pasman L, Thompson JK (1988) Body-image and eating disturbances in obligatory runners, obligatory weightlifters, and sedentary individuals. International Journal of Eating Disorders, 7: 759-769

57. Pierce EF, Eastman NW, Tripathi HL, Olson KG, Dewey WL (1993) Beta-endorphin response to endurance exercise: relationship to exercise dependence. Perceptual Motor Skills, 77: 767-770

58. Rendi M, Szabo A, Szabó T (2007) Exercise and Internet addiction: Communalities and difference between two problematic behaviours. International Journal of Mental Health and Addiction, 5: 219-232

59. Robbins JM, Josephs P (1985) Experiencing exercise withdrawal: possible consequences of therapeutic and mastery running. Journal of Sport Psychology, 7: 23-29

60. Rosa DA, de Mello MT, Negrao AB, de Souza-Formigoni ML (2004) Mood changes after maximal exercise testing in subjects with symptoms of exercise dependence. Perceptual Motor Skills, 99: 341-353

61. Rudy EB, Estok PJ (1989) Measurement and significance of negative addiction in runners. Western Jurnal of Nursing Research, 5: 325-336

62. Sachs ML, Pargman D (1979) Running addiction: a depth interview examination. Journal of Sports Behavior, 2: 143-155

63. Sachs ML, Pargman D (1997) Running addiction. W: Sachs ML, Buffone GW. (red.): Running as therapy: An integrated approach. New Jersey: Jason Aronson, 231-254

64. Siff MC. Running addiction. http://www.aol.com%26sim;Mcsiff.6/11/98.

65. Slay HA, Hayaki J, Napolitano MA, Brownell KD (1998) Motivation for running and eating attitudes in obligatory versus non-obligatory runners. International Journal of Eating Disorders, 23: 267-275

66. Smith MA, Yancey DL (2003) Sensitivity to the effects of opioids in rats with free access to exercise wheels: μ-opioid tolerance and physical dependence. Psychopharmacology, 168: 426-434

67. Sothmann MS, Ismail AH (1985) Factor analytic derivation of the MHPG/NM ratio: Implications for studying the link between physical fitness and depression. Biological Psychiatry, 20: 579-583

68. Steinberg H, Sykes EA, LeBoutillier N (1996) Exercise addiction: Indirect measures of „endorphins”? W: Annett J, Cripps B, Steinberg H (red.): Exercise addiction: Motivation for participation in sport and exercise. Leicester, The British Psychological Society, 6-14.

69. Stetson BA, Beacham AO, Frommelt SJ, Boutelle KN, Cole JD, Ziegler CH, Looney SW (2005) Exercise slips in high-risk situations and activity patterns in long-term exercisers: an application of the relapse prevention model. Annals of Behavioral Medicine, 30: 25-35

70. Symons Downs D, Hausenblas HA, Nigg CR (2004) Factorial validity and psychometric examination of the Exercise Dependence Scale: revised. Measurement in Physical Education and Exercise Sciences, 8: 183-201

71. Szabo A, Griffiths MD (1987) Exercise addiction in British sport science students. International Journal of Mental Health Addiction, 5: 25-28.

72. Terry A, Szabo A, Griffith M (2004) The Exercise Addiction Inventory: A new brief screening tool. Addiction Research and Theory, 12: 489-499

73. Thaxton L (1982) Physiological and psychological effects of short-term exercise addiction on habitual runners. Journal of Sports Psychology, 4: 73-80

74. Thompson JK, Blanton P (1987) Energy conservation and exercise dependence: A sympathetic arousal hypothesis. Medical Sciences in Sport and Exercise, 19: 91-99

75. Thompson JK, Pasman L (1991) The Obligatory Exercise Questionnaire. Behavior Therapists, 14: 137-142

76. Thornton EW, Scott SE (1995) Motivation in the committed runner: Correlations between self-report scales and behaviour. Health Promotion International, 10: 177-184

77. Tomkins SA (1968) A modified model of smoking behavior. W: Borgatta EF, Evans RR (red.): Smoking, health and behavior. Chicago, Aldine, 165-186

78. Yates A, Leehey K, Shisslack CM (1983) Running - an analogue of anorexia. New England Journal of Medicine, 308: 251-255

79. Weight LM, Noakes TD (1987) Is running an analog of anorexia? A survey of the incidence of eating disorders in female distance runners. Medical Science and Sport Exercise, 19: 213-217

80. Zmijewski CF, Howard MO (2003) Exercise dependence and attitudes toward eating among young adults. Eating Behavior, 4: 181-195.

„Pracoholizm”

„Pracoholizm”

Synonimy i eponimy: uzależnienie od pracy (Wojdyłło 2013a, Wojdyło 2013b), pracoholizm, uzależnienie od pracoholizmu (Galińska 2011), nadmierne zaangażowanie w pracę (Griffith i Karanika-Murray 2012), obsesja pracy (Wojdyło 2004).

Wstęp

Tzw. pracoholizm jest jednym z najbardziej kontrowersyjnych zagadnień w obrębie tzw. „nałogów behawioralnych”. Wynika to m.in. z niezwykle istotnego kontekstu, jakim jest kulturowy stosunek do pracy (Aziz i wsp. 2010, Shimazu i wsp. 2010). Większość kultur akceptuje lub wręcz gloryfikuje pracowitość (kultura mieszczańska, kapitalizm), inne podkreślają racjonalność podziału czasu na pracę, rozrywkę i wypoczynek ze snem; są również takie, które traktują ją jako zło konieczne lub konsekwencje grzechu pierworodnego.

Termin *„workaholism”* został po raz pierwszy wprowadzony przez amerykańskiego pastora Wayne Oatesa w 1968 r. W czasie kuracji odwykowej bazującej na modelu AA stwierdził znaczne podobieństwo między alkoholizmem a nadmierną dobrowolną pracą i w autobiograficznej książce opisał ten fenomen i nazwał go pracoholizmem (Oates 1969, Oates 1971). Mimo wielu dyskusji o naturze tego zjawiska, termin zaproponowany przez Oatesa utrzymał się i praktycznie nie ma zamienników. Jest on używany zarówno przez naukowców, jak i wszedł do codziennego języka.

Zainteresowanie pracoholizmem zwiększyło się i stało się podstawą nadania nadmiernej pracy znamienia patologii m.in. dzięki kazuistycznym przypadkom osób, których zgon wiązano z dobrowolnym przepracowaniem, a które były nagłaśniane

przez ruchy kontestujące antyludzkie, rozbijające więzi rodzinne i prowadzące do szkód zdrowotnych cechy współczesnego kapitalizmu. Zauważono również pewne podobieństwa między nadmiernym, kompulsywnym pracowaniem a uzależnieniem od alkoholu, czego efektem było nadanie tej kategorii nazwy „pracoholizmu" (ang.: *workaholism*) (Mentzel 1979).

Koncepcje „pracoholizmu"

Pojęcie pracoholizmu jest postrzegane intuicyjnie, czego wyrazem jest częste obiegowe używanie tego terminu. Badacze zjawiska pracoholizmu często podkreślają, że termin nie doczekał się należytego opracowania naukowego zarówno pod względem powszechnie akceptowanej definicji, kryteriów diagnostycznych, teorii wyjaśniających jego powstanie, a nawet rozwiązania tak podstawowej kwestii, jaką jest jednoznaczne dowiedzenie, czy pracoholizm jest patologią (w sensie medycznym, psychologicznym lub społecznym), czy też krańcowym wariantem np. osobowości albo wpływów kulturowych (Burke 2001, McMillan i wsp. 2003, Peiperl i Jones 2001). Wynikiem tego jest najczęstsze podejście ateoretyczne.

Koncepcje pracoholizmu najczęściej mieszczą się w trzech kategoriach:

1. Podejście medyczne uznające pracoholizm jako zaburzenie lub chorobę, albo wyjaśniające pracoholizm w kategoriach mechanizmów medycznych (np. mechanizmy nałogów lub zachowań kompulsywnych) .
2. Podejście psychologiczne, socjologiczne i kulturowe opisujące zjawisko w kategoriach mechanizmów stosowanych w tych dziedzinach nauki.
3. Podejście ateoretyczne, opisujące zjawisko, jego uwarunkowania i skutki, językiem bez jednoznacznego odwoływania się do teorii.

Podejście medyczne

Autor terminu: „pracoholizm" traktował go jak zachowanie nałogowe (ang.: *addiction*) i zdefiniował jako „nałóg pracy, kompulsję lub niekontrolowaną potrzebę pracy bez przerwy" (Oates 1969, Oates 1971). Źródło jego poglądów tkwiło w doświadczeniach Ruchu Anonimowych Alkoholików, który zarówno wyjaśniał mechanizmy nałogów w specyficznym języku, jak i stworzył specyficzny program pomocy dla nałogowo pijących alkohol. Przełożenie specyficznego języka AA na język akademicki (tzw. model minnesocki) przyczyniło się do medykalizacji zjawiska i traktowania alkoholizmu (a później i innych nałogów) jako zaburzenia (ang.: *disorder*) lub choroby (ang.: *disease*), a co za tym idzie do włączenia programów wywodzących się z modelu minnesockiego do medycznych programów terapeutycznych.

W ujęciu medycznym pracoholizm najczęściej jest interpretowany w kategoriach nałogu (ang.: *addiction*), w Polsce błędnie tłumaczonym jako uzależnienie (Atroszko 2010, Chodkiewicz i Hauk 2012, Wojdyło 2003, Wojdyło i Lewandowska-Walter 2009). Zwolennicy takiego podejścia często podkreślają podobieństwo obrazu psychopatologicznego pracoholizmu do uzależnień od substancji psychoaktywnych. Należy jednak zaznaczyć, że część objawów patofizjologicznych w uzależnieniach od substancji jest odmienna niż w pracoholiźmie. Np. z definicji objawów abstynencyjnych wynika, że musza być one specyficzne dla danej substancji, tymczasem zwolennicy addyktyzacji pracoholizmu zwracają uwagę na objawy niespecyficzne, które mogą wynikać z procesów psychofizjologicznych (np. lęk, niepokój, bezsenność jako reakcja na deprywację). Także inny istotny objaw uzależnienia: tolerancja - nie jest konieczny do postawienia

rozpoznania nałogowego pracowania (Burke i Matthiesen 2004, Ersoy-Kart 2005, Poelmans i Buelens 2004): wielu pracoholików pracuje równie długo co ich koledzy niepracoholicy (Wojdyło 2003).

Inni badacze zwracają największą uwagę na składową obsesyjno-kompulsywną pracoholizmu. W tym ujęciu pracoholizm mógłby być interpretowany jako zaburzenie z grupy natręctw.

Trzeba też zaznaczyć, że dwa największe systemy diagnostyczne WHO (ICD) i APA (DSM) nie włączyły pracoholizmu do wykazu jednostek chorobowych, choć krańcowo nasilone pracoholizmu przypadki można klasyfikować np. w kategoriach: „inne zaburzenia kompulsywne".

Brak jest badań neurobiologicznych, które poszukiwałyby podobieństw zaburzeń funkcji i/lub struktury o.u.n., które spotykane są uzależnieniach lub zaburzeniach obsesyjno-kompulsywnych.

Podejście psychologiczne, socjologiczne i kulturowe

Szczególną rolę odgrywają tu badania osobowości pracoholików.

Wykazano że w tej grupie przeważają osoby z cechami osobowości perfekcjonistycznej (Porter 1996, Porter 1996, Porter 2001, Scott i wsp. 1997, Spence i Robbins 1992). Nie do końca jest wyjaśnione, czy perfekcjonizm predysponuje do pracoholizmu, czy jest jego składową. U osób z dużą składową perfekcjonizmu dochodzi do potrzeby zwiększonej kontroli, sztywności poglądów i zachowań, niechęci do dzielenia się obowiązkami i odpowiedzialnością, podatnością na frustrację, reagowaniem irytacją oraz innymi negatywnymi emocjami (za: Atroszko 2010).

Z punktu widzenia psychologicznego wiodącymi objawami pracoholizmu mają być: intensywna ciężka praca oraz oczuwanie przymusu pracy o charakterze obsesyjno-kompulsyjnym lub addyktywnym.

Szczególną rolę przypisuje się mechanizmom motywacyjnym. Mają one mieć moc różnicującą na pracoholików uzależnionych lub właściwych i pracoholików entuzjastycznych, którzy odnoszą sukcesy w pracy i zazwyczaj nie ponoszą z tego powody szkód (Spence i Robins 1992, Golińska 2008a, Golińska 2008b, Golińska 2011a, Golińska 2011b, van Beek i wsp. 2011).

Inni stoją na stanowisku, że rozpoznanie oparte wyłącznie na intensywnej ciężkiej pracy i odczuwaniu jej przymusu niepotrzebnie rozszerza pojęcie pracoholizmu, który potem trzeba dzielić na patologiczny i niepatologiczny (Wojdyło 2013a, Wojdyło 2013b). Autorka ta staje na stanowisku, że mechanizmy obsesyjno-kompulsyjne nie wystarczają do wyjaśnienia uzależnieniowej natury pracoholizmu. Wg niej, proces diagnostyczny powinien także uwzględniać element hedonistyczny typowy dla uzależnień oraz wyjaśniać funkcję obsesyjno-kompulsyjnego stylu pracy oraz dążenia do nierealistycznych, neurotycznych standardów perfekcji. W procesie diagnostycznym od samych przeżywanych emocji pracoholika ważniejsze jest określenie funkcji tych emocji. W tym ujęciu, należy potwierdzić nie tyle czerpanie satysfakcji z pracy, co wartość kompensacyjną dla poczucia własnej wartości.

Podejście ateoretyczne

Znaczna część badaczy wstrzymuje się od interpretacji pracoholizmu w jakichkolwiek nie do końca wyjaśnionych kategoriach teoretycznych. Przynajmniej przejściowo, zajmują się pracoholizmem rozumianym jako ogólny termin określający znaczną ilość czasu poświęcanego na pracę (Porter 1996, Porter 2001). Termin ten

bywa czasami uszczegółowiany. Czasami dodatkową cezurą jest takie zaangażowanie w pracę, które powoduje szkody dla pracoholika, jego rodziny lub - paradoksalnie - w pracy. W tym ujęciu pracoholizm jest opisywany jako zespół objawów i cech opisywanych językiem z różnych koncepcji i bez ścisłego wpasowania w te koncepcje (Aziz i Zickar 2006).

Narzędzia diagnostyczne i pomiarowe

Stosowane współcześnie narzędzia diagnostyczne oraz oceniające pracoholizm są zazwyczaj pochodną przyjęcia jednej z jego koncepcji. Większość z tych narzędzi nie została zwalidyzowana psychometrycznie (Burko i wsp. 2002, Albrecht i wsp. 2007).

Narzędzie diagnostyczne stworzone przez Mentzela (Mentzel 1979) opiera się na Jellinkowskiej koncepcji alkoholizmu jako choroby, gdzie słowo „alkohol" zostało podmienione słowem „praca". Narzędzie to jest listą „objawów", które mogą być spowodowane spontaniczną nadmierną pracą.

Work Attitude Questionnnaire (WAQ) to narzędzie stworzone przez Doty'ego i Betza (Doty i Betz 1981). Składa się ono z dwóch skal: zaangażowania w pracę oraz podejście prozdrowotne lub szkodzące zdrowiu. Wyniki z obu skal się sumuje, a uzyskane wyniki pomagają odrożnić osoby zaangażowane w pracę bez szkód oraz pracujących w sposób przynoszący szkody.

W połowie lat 90. opracowano Work Addiction Risk Test (WART) (Robinson i post 1994, Robinson i Phillips 1995, Robinson 1996), który w zamiarze autorów miał służyć zarówno do pomiaru pracoholizmu, jak i oceny ryzyka pracoholizmu. WART został prztłum,aczony na język polski i użyty do badań (Bartczak i Ogińska Bulik 2012).

Workaholism Battery (WorkBAT) i jego poprawioną wersję (WorkBAT-R) opracowali Spence i Robbins (1992) oraz McMillan i wsp. (2002). Jest to narzędzie składające się z 3 podskal: 1) zaangażowanie w pracę, 2) „ciąg do pracy" (ang.: *drive*), 3) zadowolenie z pracy. Stosowano go m.in. w Turcji (Ersoy-Kart 2005), na Taiwanie (Huang i wsp. 2010).

Schedule for Non-adaptive Personality Workahlism Scale (SNAP-Work) opiera się na obserwacjach związku między osobowością anankastyczną a pracoholizmem (Clark 1993).

Natomiast Mudrak i Naughton (Mudrak i Naughton 2001) stworzyli narzędzie bazujące na obserwacjach „tendencji do angażowania się w niewymagane czynności w pracy" i opisujące oraz mierzące to zjawisko. Zawierają one itemy dotyczące np. spędzania czasu na lepsze wykonywanie pracy, wtrącanie się do pracy innych, spędzanie czasu i energii na przejęcie odpowiedzialności za innych. Narzędzie to służy to pomiaru jedynie tendencji behawioralnej, a nie samego „uzależnienia od pracy". Walidyzowano go tylko pod względem wybranych parametrów psychometrycznych m.in. z powodu przyjęcia możliwości jego adaptacji do różnych sytuacji zawodowych. Koncepcję i samą skalę stosowano również w badanich polskich (Chodkiewicz i Hauk 2012, Dudek i wsp. 2011).

Work Addiction Scale (WAS) powstała z wcześniejszej wersji Bergen Work Addiction Scale (BWAS). Wykazano jej dobre parametry psychometryczne (Andreassen i wsp. 2012).

W Polsce opracowano Skalę do Zaabsorbowania Pracą (Golińska 2005).

Innym narzędziem opracowanym w Polsce jest Work Craving Scale – WCS, nawiązujące do przedstawionej powyżej przez Autorkę koncepcji Work craving (Wojdyło i Buczny 2010, Wojdyło 2013) o dobrych parametrach psychometrycznych.

Rozpowszechnienie

Wartość badań nad rozpowszechnieniem pracoholizmu jest ograniczona m.in. ze względu na brak powszechnie akceptowanych kryteriów diagnostycznych i narzędzi do ich pomiaru.

Badania na populacjach reprezentatywnych są rzadkie.

Zbadano kilkunastotysięczną grupę pracowników i stwierdzono wyższe wartości w skali pracoholizmu u rolników, budowniczych, pracowników komunikacji, konsultantów, pracowników firm komercyjnych i giełdy oraz kierowników i wysokowyspecjalizowanych profesjonalistów natomiast najmniejsze wyniki osiągnęli pracownicy administracji publicznej, serwisów przemysłowych oraz pielęgniarki, pracownicy socjalni i paramedycy (Tariz i wsp. 2012).

Więcej badań dotyczy wybranych populacji. Np. w badaniach Bartczak i Ogińskiej-Kulik (2012) na populacji polskich pracowników akademickich za pomocą Work Addiction Risk Test (Robinson 1999) stwierdzono, że 2/3 z nich wykazuje średnie lub duże ryzyko wystąpienia pracoholizmu. Wydaje się, że można to interpretować dwojako: bądź problem w tej grupie zawodowej jest istotny, bądź narzędzia dają wyniki fałszywie pozytywne.

Profilaktyka

Poziom indywidualny

Brak jest naukowych publikacji dotyczących profilaktyki pracoholizmu. Natomiast wiele prac dotyczy identyfikacji cech i problemów, które mogą być

przydatne zarówno identyfikowaniu osób ze zwiększonym ryzykiem pracoholizmu jak i sytuacji, które do niego prowadzą. Przykładem mogą być np. poglądy Killinger (1991), która uważa, że jednym z bardziej istotnych czynników wpływających na zwiększoną częstość pracoholizmu wśród lekarzy jest system szkolenia na uczelniach medycznych, który nazywa „treningiem pracoholizmu". System ten jest potem rozwijany w pracy zawodowej. Identyfikacja czynników w środowisku pracy może prowadzić do minimalizowania ich roli.

Istnieje szereg prac popularno-naukowych i informacyjnych, których celem jest edukacja w zakresie przeciwdziałania pracoholizmowi.

Poziom legislacyjny

Współczesne społeczeństwa intuicyjnie dostrzegają związek między nadmierną pracą a szkodami zdrowotnymi, negatywnym wpływem na życie rodzinne i społeczne, a czasem i mniejszą wydajnością pracy. Potwierdzają to liczne badania na temat związków miedzy pracoholizmem a szkodami, głównie zdrowotnymi (Andreassen i wsp. 2010, Bartczak i Ogińska-Bulik 2012, Burke 2000, Chambrlin i Zhang 2009, Kets de Veies 2005, Lechky 1991, Ng i wsp. 2007, Schaufeli i wsp. 2007, Scott i wsp. 1997, Shimazu i wsp. 2010, Van Vijhe i wsp. 2011, Vodanovich i wsp. 2007) i funkcjonowaniem społecznym (Chodkiewicz i Hauk 2012, Porter 1996, Robinson 2001) oraz wydajnością pracy (De Libano i wsp. 2012, Porter 1996). Narasta również potrzeba większej ilości czasu m.in. na konsumowanie dóbr. Owocuje to generalną tendencją do żądań skracania czasu pracy, zmniejszania stresu (np. ustawy antymobbingowe), ograniczeń czasu pracy w nadgodzinach, obowiązkowego wykorzystywania urlopów itp. Ograniczenia te dotyczą również tych, którzy chcieliby dobrowolnie pracować dłużej, w tym pracoholików, choć jest to raczej

skutek uboczny niż zamierzone działanie profilaktyczne nacelowane na tę grupę osób. Odmiennie sprawy się mają w Japonii, gdzie w 1969r. odnotowano pierwszy przypadek zgonu z powodu dobrowolnego przepracowania. Przypadki nagłych zgonów osób poprzednio niechorujących, a zmarłych na skutek zawału serca lub udaru mózgu w związku ze stresem w pracy nazwano *karoshi* i od 1987r. japońskie Ministerstwo Pracy zobowiązano do rejestracji takich przypadków. W związku ze zwiększająca się liczbą przypadków *karoshi* wprowadzono liczne ograniczenia czasu pracy. Przypadki *karoshi* i przykład zmian legislacyjnych w Japonii stały się sztandarowym argumentem środowisk pracowniczych na zmniejszanie czasu pracy i zmniejszanie stresu z nią związanego. Nie badano, czy zmiany te wpłynęły prozdrowotnie na pracoholików lub osoby z ryzykiem popadnięcia w pracoholizm, czy też przesunęły ta grupę osób w kierunku prowadzenia własnego biznesu lub wykonywania wolnych zawodów (np. lekarze lub pracownicy naukowi), gdzie kontrolowanie nadmiernej pracy jest iluzoryczne.

Leczenie

Brak jest prac naukowych dotyczących leczenia pracoholizmu. Przeważają prace opisujące terapię pracoholików i - w części - ich rodzin (Killinger 1991). Znaczna liczba pracoholików (szczególnie w USA) leczy się w Ruchu Anonimowych Pracoholików. Brak jednak naukowych publikacji na ten temat.

Wstępnie opisano założenia terapii pracoholików (Golińska 2012).

Ogólnikowo mówi się o potrzebie zorganizowania pomocy dla lekarzy-pracoholików (Donaldson 1994, Hey 1994, MacDonald i McCloy 1994).

Piśmiennictwo

1. Albrecht U, Kirschner NE, Grusser SM (2007) Diagnostic instruments for behavioural addiction: an overview. GMS Psycho-Social-Medicine. 4: 1-11
2. Andreassen CS, Griffiths MD, Hetland J, Pallesen S. (2012) Development of a work addiction scale. Scandinavian Journal Psychology, 53: 265-272
3. Andreassen CS, Hetland J, Molde H, Pallesen S (2011) “Workaholism” and potential outcomes in well-being and health in a cross-occupational sample. Stress and Health, 27: 209-214
4. Atroszko P (2010) Uzależnienie od pracy – wynik “słabej woli’ czy potrzebie doskonałości? Studia Psychologica UKSW, 10: 179-201
5. Aziz S, CarrleT, Adkins CT, Walker A.G, Wuensch KL (2010) Workaholism and work-life imbalance: Does cultural origin influence the relationship? International Journal of Psychology, 45: 72-79
6. Aziz S, Zickar MJ (2006) A cluster analysis investigation of workaholism as a syndrome. Journal of Occupational Health Psychology, 11: 52-62
7. Bartczak M, Ogińska-Bulik N (2012) Workaholism and mental health among Polish academic workers. International Journal of Occupational Safety Ergonomics, 18: 3-13
8. Bovornusvakool W, Vodanovich S, Ariyabuddhiphongs K., Nigamake ST (2012) Examining the antecedents and consequences of workaholism. The Psychologist-Manager Journal, 15: 56-70
9. Burke RJ (2000) Workaholism in organizations: psychological and physical well-being consequences. Stress Medicine, 16: 11-16
10. Burke RJ (2000) Workaholism in organizations: the role of personal beliefs and fears. Anxiety, Stress and Coping, 13: 53-64
11. Burke RJ (2000) Workaholism and divorce. Psychological Reports, 86: 219-220
12. Burke RJ (2001) Workaholism in organizations. International Journal of Stress Management, 8: 65-68
13. Burke RJ (2001) Spence and Robbins’ measures of workaholism components: test-retest stability. Psychological Reports. 88: 882-888

14. Burke RJ (2004) Workaholism, self-esteem, and motives for money. Psychological Reports, 94: 457-463
15. Burke RJ, Koksal H (2002) Workaholism among a sample of Turkish managers and professionals: an exploratory study. Psychological Reports, 91:60-68.
16. Burke RJ, Matthiesen SB (2004) Workaholism among Norwegian journalists: Antesedens and consequences. Stress and Health, 20: 301-308
17. Burke RJ, Richardson AM, Martinussen M (2002) Psychometric properties of Spence and Robins' measures of on workaholism component. Psychological Reports, 91:1098-1104
18. Chamberlin CM, Zhang N (2009) Workaholism, health and self-acceptance. Journal of Conseling & Development, 87: 159-169
19. Clark C (1993) Manual for the schedule for nonadaptive and adaptive personality. Minneapolis, Universiy of Minnesota Press.
20. Chodkiewicz J, Hauk M (2012) Relacje między pracoholizmem ujmowanym jako uzależnienie i jako tendencja behawioralna a konfliktem praca – rodzina. Medycyna Pracy, 63: 199-209
21. Del Libano M, Llorerns S, Salanova M, Schaufeli W (2010) Validity of a Brief Workaholism Scale. Psicothema, 22: 143-150
22. Del Libano M, Llorens S, Salanova M, Schaufeli WB (2012) About the dark and bright sides of self-efficacy: Workaholism and work engagement. The Spanish Journal of Psychology, 15: 688-701
23. Donaldson IJ (1994) British Medical Journal, 309: 557-558
24. Doty MS, Betz NE (1981) Manual for the Work Attitude Questionnaire. Columbus, Marathon Consulting and Press.
25. Dudek B (2008) Pracoholizm – szkodliwy skutek nadmiernego zaangażowania w pracę. Medycyna Pracy, 59: 247-254
26. Dudek B (red.): Psychologiczne, społeczne i zdrowotne skutki pracoholizmu.. Łódź Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
27. Dudek B, Hauk M (2010) Krótka skala do mierzenia stresu w pracy (KSSP). Medycyna Pracy, 61: 479-487

28. Dudek B, Hauk M, Merecz D (2011) Ocena pracoholizmu jako behawioralnej tendencji. Medycyna Pracy, 62: 127-132
29. Elowe J (2010) Boulomanie: entre illusion et addiction. L'Encephale, 36: 285-293
30. Ersoy-Kart M (2005) Reliability and validity of the Workaholism Battery (Work-BAT): Turkish form. Social Behavior and Personality, 33: 609-618
31. Golińska L (2005) Skala do badania zaabsorbiowania pracą. Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica, 9: 17-29
32. Golińska L (2006) Pracoholizm małżonka i rodzica w percepcji i odczuciach współpartnera i dzieci. Nowiny Psychologiczne, nr 1: 47-54
33. Golińska L (2008a) Osobowościowe mechanizmy pracoholizmu. W : Golińska L, Dudek B (red.): Rodzina i praca z perspektywy wyzwań i zagrożeń, Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
34. Golińska L (2008b) Pracoholizm: Uzależnienie czy pasja. Warszawa, Difin
35. Golińska L (2011) Pracoholik uzależniony i pracoholik entuzjastyczny – podobieństwa i różnice. W: Golińska L, Bielawska-Batorowicz E (red.): Rodzina i praca w warunkach kryzysu. Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
36. Golińska L (2011) W poszukiwaniu optymalnej aktywacji. Reaktywność a nastrój, poczucie zdrowia i preferowane formy spędzania urlopu. W: Marszał-Wiśniewska M, Strelau J (red.): Wwikłany temerament. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar. 251-278
37. Golińska L (2011) Pracoholik a pracoholik entuzjastyczny – dwa światy? Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
38. Golińska L (2012) Pracoholizm, stress a zdrowie. W Dudek B.: (red.): Psychologiczne, społeczne i zdrowotne skutki pracoholizmu.. Łódź Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 47-72
39. Golińska L (2012) Psychoterapia pracoholików – uwagi wstępne. W Dudek B.: (red.): Psychologiczne, społeczne i zdrowotne skutki pracoholizmu. Łódź Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 139-148

40. Griffith MD, Karanika-Murray M (2012) Contextualising over-engagement in work: Towards a more global understanding of workaholism as an addiction. Journal of Brhavioral Addiction, 1: 87-95
41. Hey S (1994) Workoholics harm families also. British Medical Journal, 1994, 309: 1235-1235
42. Huang J-C, Hu C, Wu T-C (2010) Psychometric properties of the Chinese version of the Workaholism Battery. Journal Psychology, 144: 163-183
43. Karila L, Liot K, Reynaud M (2010) Le travail: une addiction potentielle? Revue du Medicine Liege, 65: 71-77
44. Kets de Vries MFR (2009) The dangers of feeling like a fake. Harvard Business Review, 108-117
45. Kilinger B (1991) Workaholics: The Respectable Addicts. London, Simon and Schuster
46. Kochanska G, Friesenborg AE, Lange LA, Martel AM (2004) Parent's personality and infants temperament as contributors to their emerging relationship. Journal of Personality and Social Psychology, 86: 744-759
47. Korn ER, Pratt GJ (1986) "Workaholism" often sign of success. Hospital Manager, 16: 1-3
48. Kubota K, Shimazu A, Kawakami N, Takahasho M (2012) Workaholism and sleep quality among Japanese employees: A prospective cohort study. International Journal of Behavioral Medicine, DOI 10.107/s12529=012-9286-6
49. Kubota K, Shimazu A, Kawakami N, Takahashi M, Nakata A, Schaufeli WB (2010) Association between workaholism and sleep problems among hospital nurses. Industrial Health, 48: 864-871
50. Kubota K, Shimazu A, Kawakami N, Takahashi M, Nakata A, Schaufeli WB (2012) The empirical distinctiveness of work engagement and workaholism among hospital nurses in Japan: The effect on sleep quality and job performance. Ciencia & Trabajo. 14: wyd. spec. 31-35
51. Lechky O (1991) There should be more to life than medicine, author warns workaholic MDs. Canadian Medical Association Journal,147: 857-861
52. MacDonald EB, Mc Cloy EC (1994) Existing services need to be coordinated. British Medical Journal, 309: 1235-1235

53. McMillan LHW, Brady EC, O'Driscoll MP, Marsh NV (2002) A multifaceted validation of Spencer and Robbins (1992) Workaholism Battery. Journal of Occupational Organic Psychology, 75: 357-368
54. McMillan LHW, O'Driscoll MP, Burke RJ (2003) Workaholism: A review of theory, research and new directions. W: Cooper CL, Robertson IT (red.:) International Review of Industrial and Organizational Psychology, New York, Wiley, 167-190
55. McMillan LHW, O'Driscoll MP, Marsh NV, Brady EC (2001) Understanding workaholism: Data synthesis, theoretical critique, and future design strategies. International Journal of Stress Management, 8: 69-74
56. Mentzel G (1979) Die Arbeitssucht. Zeitschrift für Psychosomatik und Medzinische Psychoanalyse, 25: 115-127
57. Mentzel G (1979) Űber die Arbeitssucht. Zeitschrift für Psychosomatik und Medzinische Psychoanalyse, 25: 115-127
58. Molino M, Ghislieri C, Colombo L (2012) Working excessively: Theoretical and methodological considerations. Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia, Psychologia, 34: supl. A, 5-10
59. Montero-Matin J, Garcia-Campayo J (2010) A newer and broader definition of burnout: validation of the "Burnout clinical subtype questionnaire (BCSQ)-36)". BMC Public Health, 10, 302-310
60. Mudrack PE, Naughton TJ (2001) The assessment of workaholism as behawioral tendencies: Scale development and preliminary empirical testing. International Journal of Stress Management. 8: 93-111
61. Naughton T (1987) A conceptual view of workaholism and implications for career counseling and research. The Career Development Quarterly, 35: 180-187
62. Ng TWH, Sorensen KL, Feldman DC (2007) Dimensions, antecedents and consequences of workaholism: a conceptual integration and extension. Journal of Organizational Behavior, 28: 111-136
63. Oates WE (1968) On Being a "Workaholic" (A Serious Jest), Pastoral Psychology, 19: 16-20

64. Oates W (1971) Confession of an Workaholic: The Facts about Work Addiction. New York. World.
65. Peiperl M, Jones B (2001) Workaholic and overworkers: Productivity r pathology? Group and Organization Management, 26: 369-393
66. Poelmans SAY, Bulens M (2004) Enriching the Spence and Robbins' typology of workaholism. Demographic, motivational and organizational correlates. Journal of Organizational Change Management, 17: 440-458
67. Porter G (1996) Organizational impact of workaholism: Suggestions for researching the negative outcomes of excessive work. Journal of Occupational Health Psychology, 1: 70-84
68. Porter G (2001) Workaholic tendencies and the high potential for stress among-co-workers. International Journal of Stress Management. 8: 147-164
69. Reed SA (1990) Specific strategies: intervention for identified problem behaviors. Nurse Managers Bookshelf, 2: 65-76
70. Robinson BE (1999) The Work Addiction Risk Test: Development of tentative measure of workaholism. Perceptual and Motor Skills, 887: 199-210
71. Robinson BE (2000) A typology of workaholics with implications for counselors. Journal of Addictions & Offender Counseling, 21: 34-48
72. Robinson BE (2001) Workaholism and family functioning: a profile of familial relationships psychological outcomes and research considerations. Contemporary Family Therapy, 23: 123-135
73. Robinson BE, Post P (1994) Validity of the Work Addiction Risk Test. Perceptual and Motor Skills, 78: 337-338
74. Schaufeli WB, Taris TW, van Rhenen W (2008) Workaholism, burnout and engagement: three of a kind or three different kinds of employee well-being? Applied Psychology: An International Review, 57: 173-203
75. Scott KS, Moore KS, Miceli MP (1997) An exploration of the meaning and consequences of workaholism. Human Relations, 50: 287-314
76. Shimazu A, Schaufeli WB, Kubota K, Kawakami N (2012) Do workaholism and work engagement predict employee well-being and performance in opposite directions? Industrial Health, 50: 316-321

77. Shimazu A, Schaufeli WB, Miyanaka D, Iwata N (2010) Why Japanese workers show low work engagement: A nitem response theory analysis of the Utrecht Work Engagement scale. BioPsychoSocial Medicine, 4: 17
78. Shimazu A, Schaufeli WB, Taris TW (2010) How does workaholism affect worker health and performance? The mediating role of coping. International Journal of Behavioral Medicine, 17: 154-160
79. Spence JT, Robbins AS (1992) Workaholism: definition, measurement, and preliminary results. Journal of Personality Assessment, 58: 160-178
80. Taris TW, Van Beek I, Schaufeli WB (2012) Demographic and occupational correlates of workaholism. Psychological Reports, 110: 547-554.
81. Vallerand RJ, Paquet Y, Philippe FL, Charaest J (2010) On the role of passion for work in burnout: a process model. Journal of Personality, 78: 289-312
82. Van Beek L, Taris TW, Schaufeli WB, Brenningkmejier (2013) The motivationalmeke-up of heavy work investment. Journal of Managerial Psychology,
83. Van Wijhe CI, Peeters MCW, Schaufeli WB (2011) To stop or not to stop, that's the question: about persistence and mood of workaholics and work engaged employees. International Journal of Behavioral Medicine,18: 361-372
84. Van Wijhe CI, Peeters MCW, Schaufeli WB (2012) irrational beliefs at work and their implications for workaholism. Journal of Occupational Rehabilitation, DOI 10.1007/a10926-012-9416-7
85. Vodanovich SJ, Piotrowski C, Wallach JC (2007) The relationship between workaholism and heath: A report so negative findings. Organization Development Journal, 25: 70-75
86. Woods CM, Oltmanns TF (2008) Detection of aberrant responding on a personality scale in a military sample: an application of evaluating person fit with two-level logistic regression. Psychological Assessment, 20: 159-168
87. Wojdyło K (2003) Charakterystyka problemu uzależnienia od pracy w świetle dotychczasowych badań. Nowiny Psychologiczne, nr 3: 35-50
88. Wojdyło K (2004) Pracoholizm – rozważania nad osobowościowymi wyznacznikami obsesji pracy. Nowiny Psychologiczne, nr 2: 55-75

89. Wojdyło K (2006) Osobowość pracoholiczna – właściwości i mechanizmy regulacyjne w świetle badań własnych. Nowiny Psychologiczne, nr 2: 23-36
90. Wojdyło K (2007) Koncepcja osobowościowych wyznaczników pracoholizmu. Weryfikacja hipotez o korelacyjnym modelu. Studia Psychologiczne, 45: 53-67
91. Wojdyło K (2010a) Funkcjonowanie pracoholików w sytuacji zadaniowej. Przegląd Psychologiczny, 53: 75-98
92. Wojdyło K (2010b) Pracoholizm. Perspektywa poznawcza. Warszawa, Difin ,
93. Woydyło K (2013) Work craving – teoria uzależnienia od pracy (2013) Nauka, nr 3: 87-97
94. Wojdyło K, Buczny J (2010) Work Craving Scale (WCS): A new workholism measurement method. Referat na XL Congress of European Association for Behavioral and Cognitive Therapy, Milano, Italy
95. Wojdyło K, Bauman N, Buczny J, Owens G, Kuhl J (2013) Work craving: a conceptualization and measurement. Basic and Applied Social Psychology,35: 547-568
96. Wojdyło K, Lewandowska-Walter A (2009) Kontrola działania u osób uzależnionych od pracy. Przegląd Psychologiczny, 4/52, 453-471

WNIOSKI I REKOMENDACJE

Wnioski i rekomendacje

1. Zjawiska nazywane nałogami lub uzależnieniami behawioralnymi jawią się jako heterogenna grupa zaburzeń o zróżnicowanej etiologii, patogenezie, obrazie klinicznym, przebiegu, reagowaniu na terapie i różnych skutkach.
2. Pozycja nozologiczna większości tych zaburzeń jest nieustalona i trwają kontrowersje co do ich natury. Dominują zwłaszcza koncepcje nałogowych zachowań oraz przypisywanie im cech zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych z ew. umieszczaniem ich w podgrupie zaburzeń upośledzenia kontroli impulsów. Dotychczas tylko w odniesieniu do patologicznego hazardu uznano, że zgromadzono wystarczająco dużo dowodów, by umieścić go w kategorii zaburzeń nałogowych. Pozycja nozologiczna pozostałych nałogów behawioralnych lub natręctw behawioralnych jest tymczasowa i niejasna.
3. Opisywanie tych samych zjawisk za pomocą konkurencyjnych aparatów pojęciowych zazwyczaj nie jest kolizyjne.
4. Brak powszechnie akceptowanych koncepcji skutkuje m.in. mnogością kryteriów diagnostycznych i narzędzi badawczych, co utrudnia lub wręcz uniemożliwia porównywanie badań i dokonywanie metaanaliz.
5. W większości przypadków parametry psychometryczne proponowanych kryteriów diagnostycznych i narzędzi diagnostycznych są sztucznie zawyżane poprzez obracanie się wewnątrz tych samych koncepcji i braku „złotych standardów”. Zjawiskiem powszechnym jest nieakceptowalnie duży odsetek rozpoznań fałszywie pozytywnych. Jest to interpretowane jako przejaw słabości obecnych koncepcji, nadmierna medykalizacja (rozumiana nie tylko jako skutkująca terapią biologiczną, ale i psychoterapią oraz innymi metodami

stosowanymi w leczeniu chorób i zaburzeń), oraz możliwość nadużyć (kreowanie potrzeb „leczenia” rzekomych patologii). Podnosi się również, że może to skutkować etykietowaniem mianem zaburzenia osób, które zaburzone nie są. Dochodzi też do deprecjacji pojęć: uzależnienia, nałogu i tzw. „-izmów”, które potocznie używa się w sposób żartobliwy.

6. Przyjmując nie kategoryczną, ale wymiarową koncepcję tych zjawisk, większość krańcowych postaci intuicyjnie jest postrzegana jako patologia i nie budzi to większych kontrowersji. Natomiast spory budzi postawienie punktu (-ów) odcięcia miedzy normą a patologią bądź zjawiskami pośrednimi (np. stan ryzyka rozwinięcia się patologii).
7. Znaczna część teoretyków i praktyków za punkt odcięcia zachowań dewiacyjnych uznaje ich szkodliwość dla osoby przejawiającej lub otoczenia. Problem jednak w tym, że liczne prace wykazujące szkodliwość nałogów behawioralnych zazwyczaj są tendencyjne. W szczególności dotyczy powikłań somatycznych. Znaczne szkody w postaci zwiększonej umieralności, samobójstw, hospitalizacji psychiatrycznych czy ogólnomedycznych są nieporównywalnie rzadsze (z wyjątkiem patologicznego hazardu) niż w przypadku uzależnień od substancji, a prawdopodobnie niewiele częstsze niż w populacji generalnej. Inne powikłania medyczne nałogów sprawiają wrażenie „naciąganych” (np. bóle barków i krzyża u nałogowych użytkowników Internetu). Badania nad szkodliwością nałogów behawioralnych w sferze psychicznej rozbijają się trudności metodologiczne (brak badań prospektywnych, niejasne kryteria diagnostyczne, słabo wystandaryzowane narzędzia). Większość tego typu badań porównuje pod względem tych parametrów grupy z nałogami

behawioralnymi z grupami bez nałogów. Uzyskane w ten sposób różnice można jedynie spekulatywnie interpretować jako przyczynę (np. temperamentalne cechy osobowości), skutek lub najczęściej korelat. Podobnie niejasne i niejednoznaczne są związki przyczynowo-skutkowe między nałogami behawioralnymi a zaburzeniami funkcjonowania w różnych rolach społecznych.

8. Większość badań nad czynnikami ryzyka kończy się postulatem wykorzystania ich w profilaktyce. Jednak tylko bardzo nieliczna część badań nad czynnikami, które mogą sprzyjać powstawaniu nałogów behawioralnych, znalazła przełożenie na konkretne programy profilaktyczne. Postuluje się, żeby problematykę ryzyka powstania nałogów behawioralnych włączyć do wielocelowych programów promocji zdrowia. Nieliczne programy profilaktyczne rzadko są ewaluowane pod kątem skuteczności, a jeszcze rzadziej publikowane są wyniki tych ewaluacji. Postuluje się zwiększenie rzetelnej wiedzy profesjonalistów (pedagodzy, lekarze, psycholodzy) o nałogach behawioralnych i wyposażenie ich w proste narzędzia przesiewowe dla wstępnej diagnozy. Znaczącą rolę przypisuje się wzmocnieniu roli rodziny, która powinna wyposażać dziecko w hierarchię wartości i umiejętności rozsądnego korzystania ze zjawisk potencjalnie addyktywnych. Programy zmniejszające „podaż” praktycznie ograniczone są do hazardu, który jest obwarowywany licznymi ograniczeniami skutkującymi zmniejszeniem dostępności.
9. Terapie osób z nałogami behawioralnymi w praktyce sprowadzają się do dwóch metod opartych o koncepcje addyktywne (programy wywodzące się z ruchów samopomocowych i model Minnesota) i o koncepcje behawioralno-poznawcze stosowane w leczeniu natręctw. Z wyjątkiem patologicznego hazardu, gdzie

liczba prawidłowych metodologicznie badań umożliwiła metaanalizę i rekomendacje dla klinicystów, badania nad efektywnością programów psychoterapeutycznych są nieliczne, nieporównywalne, stawiające sobie zróżnicowane cele terapii. Trudno też o ocenę ich przydatności: znamienności statystyczne nie są równoznaczne z istotnością kliniczną. Farmakoterapia ma na razie znaczenie drugorzędne i ograniczone do nielicznych przypadków (np. naltrekson i nalmefen w zmniejszaniu motywacji do hazardu, leki typowe dla terapii innych zaburzeń w przypadku, gdy nałogi behawioralne są wtórne do tych zaburzeń. Inne metody terapii nie wyszły poza fazy eksperymentalne.

10. Polscy uczeni w małym stopniu uczestniczą w międzynarodowym rynku badań nad nałogami behawioralnymi. Wskazane byłoby zainteresowanie ich tą tematyką poprzez bardziej aktywne oferowanie im grantów badawczych, umożliwienie wyjazdów na międzynarodowe konferencje i szkolenia.
11. Polscy klinicyści w większości pracują w ograniczonym i jednostronnym modelu wywodzącym się z terapii uzależnień. Należałoby im umożliwić dostęp do szkoleń o bardziej zróżnicowanym podejściu klinicznym i implementujących najnowsze osiągnięcia terapeutyczne.