

Jak nie ulegać mitom na temat uzależnienia od pracy?

Perspektywa psychologii klinicznej jest niezaprzeczalnie potrzebna, aby adekwatnie definiować, operacjonalizować i mierzyć uzależnienie od pracy, a także wyznaczyć normy i kryteria odróżniania osób uzależnionych od pracy od pracowników poświęcających jej dużo czasu.

W artykule przedstawiono stanowisko, iż konsekwentne stosowanie perspektywy psychologii klinicznej pozwala odnieść się do różnych mitów dotyczących uzależnienia od pracy. Mity te m.in. wymienia międzynarodowy zespół badaczy Griffiths, Demetrovics i Atroszko w swoim szeroko komentowanym artykule pt. *10 mitów na temat uzależnienia od pracy?* opublikowanym w czasopiśmie „Journal of Behavioral Addiction” w 2018 roku. Opisano w nim różne nieuprawnione i zakorzenione w literaturze psychologicznej, i nie tylko, poglądy na temat uzależnienia od pracy. Stosowanie perspektywy psychologii klinicznej umożliwia postępowanie się adekwatną definicją i pomiarem uzależnienia od pracy, kieruje w stronę stosowania właściwej terminologii, kładzie nacisk na jego szkodliwość. Zwraca również uwagę na możliwość współwystępowania różnych uzależnień i przybliża mechanizm powstawania uzależnienia od pracy. To, że uzależnienie od pracy można dookreślać na podstawie liczby godzin poświęconych pracy, jest jednym z głównych mitów na jego temat (Griffiths, Demetrovics, Atroszko, 2018). Zadania nie ułatwia istnienie wielu definicji tego zjawiska (Malinowska, 2017). Co więcej, niektórzy autorzy pomimo tego, że na poziomie ogólnym odwołują się do kategorii uzależnienie, to w specyficznym jego opisie nie podają charakterystyk uzależnienia ani ich też nie mierzą. Przykładem może być dość często wykorzystywana w badaniach naukowych definicja Schaufeli’ego, Tarisa i Bakker’a (2008, s. 204); uzależnienie od pracy jest w niej określane jako tendencja do nadmiernego wykonywania pracy w kompulsywny sposób. W przytoczonej definicji uwzględniono ograniczoną liczbę wskaźników, mowa bowiem tylko o dwóch (!). Co więcej, pominięto wiele istotnych klinicznych kryteriów uzależnienia, jak np. tolerancję i objawy odstawienia. Nie ma również mowy o tym, jak długo objawy powinny być obecne, a kliniczne klasyfikacje odwołują się do 12 miesięcy jako minimalnego okresu dla orzekania o uzależnieniu od pracy. Ponadto, jak w swojej propozycji kryteriów uzależnień behawioralnych

podkreśla to Griffiths (2005), należy uwzględnić również inne aspekty. Na przykładzie dwóch osób pracujących po 14 godzin ukazuje, że analiza kryteriów uzależnień powinna być rozpatrywana w kontekście sytuacji życiowej, motywacji, szkodliwości sposobu wykonywania pracy u osoby, u której podejrzewamy uzależnienie. W tabeli 1 zaprezentowano porównanie dwóch mężczyzn wraz z analizą, czy i w jaki sposób przejawiają się u nich kryteria uzależnienia od pracy.

Naukowcy zajmujący się tą tematyką tworzą liczne narzędzia do pomiaru uzależnienia od pracy, których podstawą są bardzo różne koncepcje niemające ugruntowania w klinicznym rozumieniu uzależnienia. Ta różnorodność, choć niewątpliwie sprzyja rozgorzałym dyskusjom, rodzi problemy dla adekwatnego pomiaru zjawiska i skutkuje ograniczeniem możliwości integracji i syntezy wyników badań. Dla zilustrowania tych trudności można wskazać, że uzależnienie od pracy, mierzone na podstawie kryteriów uzależnień, wykazuje negatywny związek z subiektywną oceną stanu zdrowia, zaś gdy wykorzystywane są skale ujmujące je jako tendencję behawioralną, to związek ten okazuje się nieistotny (Chodkiewicz i Hauk, 2012). Ta różnorodność koncepcji i narzędzi nie sprzyja działaniom na gruncie praktycznym. W sytuacji gdy brakuje jasności, co dokładnie mierzyć i jak, trafne i rzetelne prowadzenie diagnostyki uzależnienia od pracy napotyka na poważne bariery. Zatem należy zacząć od tego, czym jest uzależnienie od pracy, odwołując się przy tym do kryteriów klinicznych, dokładnie je zoperacjonalizować i mierzyć za pomocą narzędzi, które ujmują wyróżnione w operacjonalizacji wskaźniki.

Griffiths, Demetrovics i Atroszko (2018) twierdzą, że mitem jest, iż uzależnienie od pracy można zamiennie określać terminem pracoholizm. Niewątpliwie, w wielu uznanych publikacjach naukowych terminy te używane są jako synonimy. Autorzy *10 mitów na temat uzależnienia od pracy* postulują jednak, aby dla podkreślenia istoty i szkodliwości zjawiska postępować się wyłącznie terminem

Tabela 1. Porównanie przypadków 2 osób pod względem kryteriów uzależnienia od pracy.

	Przypadek 1: Leon	Przypadek 2: Michał
Sytuacja życiowa	25-letni samotny mężczyzna, aktualnie nieposiadający partnerki i dzieci.	43-letni żonaty mężczyzna posiadający troje dzieci (w tym jedno z poprzedniego związku).
Kryteria uzależnienia od pracy		
Wyrazistość (wykonywanie pracy staje się najważniejszą aktywnością dla osoby).	Pracuje po 14 godzin dziennie, jest ona najważniejsza w jego życiu.	Pracuje około 14 godzin dziennie.
Tolerancja (osoba potrzebuje coraz więcej czasu poświęconego uzależniającemu zachowaniu, aby uzyskać początkowy efekt zadowolenia).	Brak dowodów. Pracuje w taki sposób od roku, od momentu, kiedy rozpoczął swoją pierwszą pracę.	Od ponad 2 lat jego czas pracy wydłużał się, pracował od 6-8 godzin dziennie do 14 godzin w ciągu ostatnich 12 m-cy.
Zmiany nastroju (wykonywanie pracy poprawia nastrój).	„Nakręca się” w pracy, praca jest najbardziej gratyfikującym doświadczeniem w jego życiu. Kocha swoją pracę, ma wysoką samoocenę, doświadcza jedynie pozytywnych skutków swojego sposobu wykonywania pracy.	Po pewnym czasie stwierdza, że nienawidzi swojej pracy, jednak pozwala mu ona zapomnieć o problemach, których doświadcza w życiu osobistym. Ma niską samoocenę i jest w ciągłym pędzie, co uniemożliwia znalezienie czasu na autorefleksję.
Objawy odstawienia (nieprzyjemne stany emocjonalne lub fizjologiczne, które pojawiają się, gdy osoba zaprzestaje wykonywania pracy).	Brak dowodów.	Ma huśtawki nastroju, stany depresyjne, czuje lęk i irytację, gdy nie pracuje.
Konflikt (pojawia się na skutek wykonywania pracy, w obszarze kontaktów interpersonalnych i może dotyczyć rodziny, współpracowników).	Brak dowodów.	Prawie wcale nie spędza czasu z rodziną. Żona zagroziła mu rozwodem, widuje dzieci jedynie w weekendy z uwagi na to, że w trakcie tygodnia pracy przychodzi wtedy, kiedy już śpią. Pomimo groźby żony nie jest w stanie powstrzymać się przed swoim sposobem wykonywania pracy.
Nawroty/tzw. mechanizm błędnego koła (powracanie do dotychczasowego sposobu wykonywania pracy po tymczasowym odstawieniu).	Brak dowodów.	Podczas wakacji z rodziną jego pierwsze myśli dotyczą zawsze pracy. Zabiera ze sobą komórkę służbową i laptop. W sytuacji, gdy przez pewien czas nie rozmawia ze współpracownikami lub klientami, ma wewnętrzny przymus, aby być dostępnym online lub sprawdzić pocztę głosową.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Griffiths, Demetrovics i Atroszko (2018).

uzależnienie od pracy. Pracoholizm jest bowiem ujmowany z bardzo różnych perspektyw teoretycznych, a w terminologii popularnonaukowej używa się go do określania bardzo różnych form nadmiernej pracy, niekiedy nawet do zaangażowania w pracę (zob. Malinowska, 2014a, 2018). Perspektywa kliniczna również w tym przypadku okazuje się pomocna, co można zilustrować na przykładzie terminu alkoholizm, który podlegał rozmaitym modyfikacjom w kolejnych edycjach Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM). Momentem zwrotnym było odrzucenie w DSM-III terminu alkoholizm i wprowadzenie rozróżnienia między nadużywaniem alkoholu i uzależnieniem od alkoholu (American Psychiatric Association [APA], 1980) (Babor, 1992, Nathan, 1991, Schuckit, 1994). Dzięki stworzeniu pierwszej kategorii (czyli nadużywanie alkoholu) ujęto te przypadki, w których obecne były negatywne skutki picia dla zdrowia, pomimo braku występowania objawów uzależnienia, np. tolerancji i wycofania. W opublikowanej w maju 2013 roku piątej wersji Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych (DSM-5) (APA, 2013) połączono te dwie wymienione kategorie w jedną, występującą pod nazwą zaburzenia używania alkoholu (ang., *alcohol use disorder*, AUD) z trzema stopniami nasilenia. Stopień nasilenia zaburzenia używania alkoholu określa się ze względu na liczbę spełnionych kryteriów. O stopniu łagodnym orzeka się, gdy spełnione są 2 lub 3 kryteria, o umiarkowanym, gdy 4 lub 5, a ciężki stwierdza się w przypadku, gdy spełnionych jest powyżej 6 kryteriów. Wydaje się, że również w przypadku uzależnienia od pracy niezbędne jest uspojnienie nazewnictwa i poszukiwanie stopni jego nasilenia, co z dużą pewnością pozwoliłoby usystematyzować różnorodność typów pracoholików (Malinowska i Tokarz, 2014b).

Perspektywa kliniczna wydaje się również nieodzowna, by obalić mity mówiący o tym, że pracoholizm jest nadmiernie patologizowaną formą zachowania i nie będzie włączony jako zaburzenie psychiczne do klasyfikacji zaburzeń psychicznych (Griffiths, Demetrovics, Atroszko, 2018). Trzeba zauważyć, że pomimo wielu różnych pozytywnych funkcji, coraz większa złożoność pracy, pozbawienie jej mechanicznego charakteru oraz stały dostęp do pracy dzięki internetowi i przenośnym urządzeniom sprawiają, iż ma ona wciągający, uzależniający charakter. Zdaniem Habrata (2000, s. 493), debata nad granicami między normą a patologią zachowań, noszących cechy uzależnienia, jest w obecnych czasach niezbędna. Również w odniesieniu do wykonywania pracy należy odróżniać normę od patologii. Jeśli uwzględni się fakt, że „zdrowe zachowanie dodaje coś do życia, a uzależnienie coś z niego zabiera” (Griffiths, 2005, s. 98), to istotne jest to, czy wykonywanie pracy jest adaptacyjne i sprzyja rozwojowi, czy dezadaptacyjne, utrudniające człowiekowi jego funkcjonowanie. Trzeba zaznaczyć, że klasyfikacje zaburzeń psychicznych kładą współcześnie nacisk nie tylko na odmiennosć zaburzeń od normy,

ale również na ich szkodliwość, tj. bezpośrednie szkody zdrowotne spowodowane zachowaniami, które można uznać za patologiczne (Habrata, 2018). Na przykład włączony do DSM-5 (APA, 2013) patologiczny hazard posiada udokumentowany bezpośredni negatywny wpływ na hazardystę/tkę, czego przejawem może być utrata znaczących relacji lub perspektyw zawodowych. Badania nad uzależnieniem od pracy również wskazują na wiele negatywnych skutków, których doświadczają osoby uzależnione (Clark, Michel, Zhdanova, Pui, Baltes, 2016). Konieczne są kolejne badania, które dostarczyłyby mocnych dowodów na „klinicznie znaczący dystres lub upośledzenie w obszarach społecznych, zawodowych lub innych obszarach funkcjonowania” (APA, 2013, s. 21).

Perspektywa psychologii klinicznej wskazuje również na konieczność uwzględniania w diagnostyce współwystępowania uzależnień. Dla przykładu, grupa francuskich badaczy (Durand-Moreau, Le Deun, Lodde, Dewitte, 2018) zidentyfikowała na podstawie klinicznych obserwacji, że osoby uzależnione od pracy mają również problemy z paleniem papierosów, konsumpcją alkoholu oraz zaburzeniami odżywiania. Jak sugerują wspomniani badacze, w przypadku podejrzenia u osoby uzależnienia od pracy, właściwe jest również prowadzenie diagnozy pod kątem innych uzależnień substancjalnych i behawioralnych.

W perspektywie klinicznej analizowany jest również mechanizm uzależnienia polegający na trudnościach z regulacją emocji. Z badań prowadzonych na japońskich pracownikach (Shimazu, Schaufeli, Taris, 2010) wynika, że osoby uzależnione od pracy jako sposób radzenia sobie ze stresem stosują emocjonalne rozładowanie, w tym np. obwinianie innych osób za sytuację, w której się znajdują. Na gruncie polskim Wojdyło (2013) stwierdza, że w diagnozie uzależnienia od pracy powinno uwzględniać się nie tylko to, jakich emocji wobec pracy ktoś doświadcza, ale przede wszystkim, czemu one służą. Wspomniana autorka zwraca m.in. uwagę, że funkcją pracy może być doświadczanie ulgi w wyniku redukcji emocji negatywnych i symptomów odstawienia. Mechanizm uzależnień charakteryzuje Jerzy Mellibruda (1997; Mellibruda, Sobolewska, 2006), opisując trzy fazy progresywnej natury uzależnienia i rolę pracy w regulacji emocji. Mellibruda stwierdza, iż w początkowej fazie rozwoju uzależnienia osoba doświadcza dzięki pracy przyjemnych doświadczeń psychicznych i redukuje za jej pomocą stany nieprzyjemne, takie jak lęk, poczucie winy, smutek. W kolejnej fazie skojarzenie przyjemnych stanów psychicznych z byciem zaangażowanym w aktywność zawodową jest tak silne, że osoba rezygnuje z alternatywnych form aktywności, takich jak życie towarzyskie, odpoczynek, hobby. W konsekwencji u osoby następuje spadek umiejętności i zasobów, które umożliwiają radzenie sobie ze stresem. Ostatni etap to wejście we właściwy proces uzależnienia od pracy z bardzo silnym przymusem wykonywania pracy, którego nie jest się w stanie opanować i traci się kontrolę

nad swoim zachowaniem. W tej końcowej fazie osoba radzi sobie z napięciem psychicznym i problemami w jeden sposób – uciekając w pracę. Występuje wówczas mechanizm błędnego koła. Próby ograniczenia czasu pracy wywołują nieprzyjemne stany emocjonalne, z którymi – paradoksalnie – osoba radzi sobie, wpadając w wir pracy.

Podsumowując, konsekwentne stosowanie perspektywy psychologii klinicznej jest nieodzowne do definiowania i pomiaru uzależnienia od pracy. Kieruje również w stronę stosowania właściwej terminologii, podkreśla konieczność uwzględniania kontekstu i szkodliwości wykonywania pracy. Jak pokazują badania prowadzone w kontekście klinicznym, istnieje konieczność diagnozy pod kątem innych uzależnień z uwagi na możliwość ich współwystępowania. Perspektywa kliniczna przybliży także mechanizm powstawania uzależnienia od pracy.

Bibliografia:

- American Psychiatric Association [APA], *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (3th ed.)*, American Psychiatric Association: Washington, DC 1980.
- American Psychiatric Association [APA], *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (5th ed.)*, American Psychiatric Association: Arlington, VA 2013.
- Babor, T. F., *Substance-related problems in the context of international classificatory systems*, (w:) M. Lader, G. Edwards, D. C. Drummond (red.), *The Nature of Alcohol and Drug Related Problems*, Oxford University Press: New York 1992.
- Chodkiewicz, J., Hauk, M., *The relationship between workaholism defined as an addiction and a behavioral tendency and work-family conflict*, „Medycyna Pracy” nr 63(2), 2012.
- Clark, M. A., Michel, J. S., Zhdanova, L., Pui, S. Y., Baltes, B. B., *All work and no play? A meta-analytic examination of the correlates and outcomes of workaholism*, „Journal of Management” nr 42(7), 2016.
- Durand-Moreau, Q., Le Deun, C., Lodde, B., Dewitte, J.-D., *The framework of clinical occupational medicine to provide new insight for workaholism*, „Industrial Health” nr 17, maj 2018.
- Griffiths, M. D., *A “components” model of addiction within a biopsychosocial framework*, „Journal of Substance Use” nr 10, 2005.
- Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., Atroszko, P. A., *Ten myths about work addiction*, „Journal of Behavioral Addiction” nr 7, 2018.
- Habrat, B. (red.), *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*, Instytut Psychiatrii i Neurologii: Warszawa 2018.
- Habrat, B., *Uzależnieniowa wizja świata*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” nr 9, 2000.
- Malinowska, D., *Kiedy praca szkodzi? Wskazówki dla terapeutów pracujących z osobami nadmiernie angażującymi się w pracę*, Fundacja ETOH: Warszawa 2017.
- Malinowska, D., *Pracoholizm. Zjawisko wielowymiarowe*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego: Kraków 2014a.
- Malinowska, D., Tokarz, A., *Psychologiczna charakterystyka osób pracujących nadmiernie. Różne postaci zaangażowania w pracę*, „Studia Humanistyczne AGH” nr 13(1), 2014b.
- Mellibruda, J., *Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” nr 3(28), 1997.

Mellibruda, J., Sobolewska, Z., *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*. Instytut Psychologii Zdrowia Polskie Towarzystwo Psychologiczne: Warszawa 2006.

Nathan, P. E., *Substance use disorders in the DSM-IV*, „Journal of Abnormal Psychology”, 100(3), 1991.

Schaufeli, W. B., Taris, T. W., Bakker, A. B., *It takes two to tango: Workaholism is working excessively and working compulsively*. (w:) R. J. Burke, C. L. Cooper (red.), *The long work hours culture: Causes, consequences and choices*, Emerald: Bingley 2008.

Schuckit, M. A., *DSM-IV: was it worth all the fuss?*, „Alcohol and Alcoholism” nr 2, 1994.

Diana Malinowska

dr nauk hum., Pracownia Psychologii Emocji i Motywacji
Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński