

# **Uzależnienia behawioralne w praktyce lekarskiej**

**Agata Jasińska**

**Anna Klimkiewicz**

**Kuba Sękowski**

**Marcin Wojnar**

**Warszawa 2013**

© Copyright by Stowarzyszenie Młody Lekarz, Warszawa 2013

ISBN 978-83-937949-0-4

Druk i oprawa: Ergo BTL, ul. Naddnieprzańska 7  
04-205 Warszawa

Publikacja przygotowana przez Stowarzyszenie Młody Lekarz,  
współfinansowana ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych będących  
w dyspozycji Ministra Zdrowia

Egzemplarz przeznaczony do bezpłatnej dystrybucji

[www.mlodylekarz.pl](http://www.mlodylekarz.pl)  
[www.kbpn.gov.pl](http://www.kbpn.gov.pl)

## Spis treści

<b>Od autorów .....</b>	<b>5</b>
<b>I. Uzależnienia behawioralne w perspektywie medycznej (A.Klimkiewicz, M.Wojnar) .....</b>	<b>6</b>
1. Wprowadzenie do problematyki uzależnień behawioralnych.....	6
1.1 Problemy diagnostyczne.....	9
1.2 Polskie badania epidemiologiczne.....	10
1.3 Neurobiologia uzależnień behawioralnych .....	11
1.4 Czynniki genetyczne.....	12
1.5 Współwystępowanie uzależnień behawioralnych i uzależnień od substancji psychoaktywnych.....	13
1.6 Współwystępowanie uzależnień behawioralnych z innymi zaburzeniami psychicznymi .....	14
1.7 Leczenie uzależnień behawioralnych .....	15
2. Hazard patologiczny (problemowy).....	17
3. Uzależnienie od Internetu.....	23
4. Uzależnienie od pracy .....	27
5. Uzależnienie od zakupów – kompulsywne kupowanie.....	31
<b>II. Uzależnienia behawioralne a prawo (A.Jasińska, K.Sękowski).....</b>	<b>35</b>
1. Związek uzależnień behawioralnych i prawa.....	35
1.1. Prawna definicja uzależnień behawioralnych: .....	36
2. Uprawnienia osób z uzależnieniami behawioralnymi do świadczeń opieki zdrowotnej i trybu udzielania tych świadczeń (płaszczyzna prawno-medyczna). .....	39
2.1. Dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych .....	39
2.1.1. Organizacja opieki zdrowotnej nad osobami z uzależnieniami behawioralnymi .....	41
2.1.2. Zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych.....	43
2.2. Zgoda na leczenie a wola podjęcia terapii.....	46
3. Szczególne aspekty cywilno-prawne dotyczące uzależnień behawioralnych.....	50
3.1. Możliwość uchylenia się od cywilno-prawnych skutków własnych działań .....	50
3.1.1. Wady oświadczenia woli i ich konsekwencje. ....	51
3.1.2. Wyzysk .....	54
3.2. Zobowiązania naturalne.....	54
3.3. Ubezważnowolnienie osoby z uzależnieniem behawioralnym .....	55
3.3.1. Zdolność prawna i zdolność do czynności prawnych.....	56
3.3.2. Brak i ograniczona zdolność do czynności prawnych.....	57
3.3.3. Uzależnienia behawioralne a przesłanki ubezwłasnowolnienia .....	57
4. Szczególne aspekty karno-prawne dotyczące uzależnień behawioralnych.....	60

4.1. Uzależnienia behawioralne a poczytalność .....	61
4.1.1. Przesłanki stwierdzenia niepoczytalności .....	61
4.1.2. Stwierdzenie uzależnień behawioralnych w toku postępowania karnego (przygotowawczego i sądowego) .....	62
4.2. Reakcja karna na czyn osoby z uzależnieniem behawioralnym.....	64
4.2.1. Konsekwencje niepoczytalności dla odpowiedzialności karnej (możliwość stosowania środków zabezpieczających).....	64
4.2.2. Konsekwencje przy poczytalności ograniczonej (środki karne i kara w warunkach terapeutycznych) .....	65
4.2.3. Odpowiedzialność osoby poczytalnej (środki karne).....	66
Piśmiennictwo .....	68

## **Od autorów**

Wydanie niniejszego opracowania wynika z rosnącej potrzeby zapewnienia profesjonalnej opieki i skutecznego leczenia nowej, stale powiększającej się grupie osób uzależnionych. Zaburzenia związane z uzależnieniem od niektórych zachowań, tym bowiem są uzależnienia behawioralne, zakłócają funkcjonowanie dotkniętych nimi osób, a także mogą wpływać na przebieg innych chorób – zarówno psychicznych, jak i somatycznych. Tym samym stanowią one istotne wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Umiejętność właściwej identyfikacji, a czasem chociażby wysunięcia podejrzenia istnienia trudności w kontrolowaniu określonych zachowań, pozwala na odpowiednio wczesną interwencję i skierowanie pacjenta do leczenia, umożliwiając znaczną redukcję szkód zdrowotnych i społecznych związanych z omawianym problemem zdrowotnym.

Warunkiem zapewnienia skutecznej pomocy osobie dotkniętej uzależnieniem behawioralnym oraz osobom z jej otoczenia jest znajomość organizacji systemu ochrony zdrowia, zakresu i sposobu finansowania przysługujących tym osobom świadczeń opieki zdrowotnej, jak również konsekwencji, jakie obowiązujące regulacje prawne wiążą z wystąpieniem zaburzeń określanych jako uzależnienia behawioralne.

## **I. Uzależnienia behawioralne w perspektywie medycznej**

### **1. Wprowadzenie do problematyki uzależnień behawioralnych**

Tradycyjnie o uzależnieniu mówi się w kontekście substancji psychoaktywnych. Okazuje się jednak, że niektóre zachowania niezwiązane z intoksykacją substancjami chemicznymi również mogą rozwinąć się w zespół uzależnienia. Taka sytuacja dotyczy z reguły działań, które pozwalają na osiągnięcie natychmiastowej gratyfikacji [1]. Niektóre zachowania bowiem, obok tych związanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, powodują krótkotrwałe, przyjemne i dające satysfakcję odczucia. Zachowania prowadzące do uzależnień behawioralnych często poprzedza uczucie napięcia lub pobudzenia oraz przyjemność, poczucie ulgi lub bycia nagradzonym w czasie realizowania aktywności. W związku z wyraźnym stymulowaniem układu nagrody, zachowania te mogą się utrwalac - pomimo wiedzy o ich negatywnych skutkach i potencjalnej utracie kontroli, która stanowi rdzenny objaw każdego uzależnienia. Zaobserwowane podobieństwo w tym zakresie do zależności od substancji psychoaktywnych dało początek koncepcji istnienia innych uzależnień, które nazwano behawioralnymi. Wynika to z obecności objawów analogicznych do tych występujących w uzależnieniach od substancji jednak skoncentrowanych na innych czynnikach niż intoksykacja. Zasadniczą cechą uzależnień behawioralnych jest brak możliwości oparcia się impulsom lub pożądaniu, popędowi lub pokusie wykonywania czynów, które są szkodliwe dla samych uzależnionych lub osób z ich otoczenia. Istotą problemowego hazardu, utożsamianego przez wielu autorów z hazardem patologicznym (taką zasadę przyjęto również w niniejszym opracowaniu), są jego negatywne konsekwencje dla grającego. W przypadku substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, o używaniu problemowym mówi się w przypadku, gdy pojawiają się szkody związane z ich przyjmowaniem lub model używania (często lub w dużych ilościach) ze znacznym prawdopodobieństwem doprowadzi do uzależnienia. Problemowe używanie nie musi jednakże spełniać kryteriów uzależnienia.

Podobnie jak w przypadku uzależnień od substancji, uzależnienia behawioralne związane są nieodłącznie z problemami finansowymi i rodzinnymi. Osoby z zaburzeniami behawioralnymi wielokrotnie popełniają niedozwolone czyny jak kradzieże, defraudacje i fałszerstwa po to, by móc sfinansować przedmiot uzależnienia lub zmierzyć się z jego

konsekwencjami [2]. Każde uzależnienie behawioralne charakteryzuje się powtarzalnością określonych zachowań, zaangażowanie w które ostatecznie zakłóca funkcjonowanie w innych dziedzinach. Także w tym kontekście, zaburzenia behawioralne przypominają zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Uzależnienia behawioralne i uzależnienia od substancji są więc fenomenologicznie podobne. Wiele osób z uzależnieniami behawioralnymi wskazuje na stan naglącej potrzeby lub pragnienia podjęcia określonego zachowania, podobnie jak osoby uzależnione od substancji mają przymus jej zażycia. Dodatkowo, zachowania te, gdy stają się faktem, zmniejszają lęk, powodują dobry nastrój, niemal euforię – podobną do tej obserwowanej po użyciu narkotyku. Okazują się, że szeroko pojmowane problemy emocjonalne mogą przyczynić się do używania substancji psychoaktywnych oraz rozwoju uzależnień behawioralnych [3]. Wiele osób uzależnionych od hazardu, zakupów, kleptomanii czy kompulsywnych zachowań seksualnych wskazuje na swoiste wyczerpywanie się pozytywnych efektów wynikających z powtarzania tych zachowań, co skutkuje potrzebą zwiększenia ich intensywności dla osiągnięcia tego samego poziomu gratyfikacji. Jest to jasna analogia do rozwoju tolerancji u przyjmujących substancje psychoaktywne [4-6]. Wiele osób z uzależnieniami behawioralnymi wskazuje ponadto na pojawiające się stany dysforyczne, jakie towarzyszą próbom powstrzymania się lub braku możliwości realizacji patologicznych zachowań. Podobnie dzieje się w przypadku głodu narkotykowego. W przeciwieństwie jednak do głodu substancji psychoaktywnej, niezaspokojona potrzeba określonego zachowania nie powoduje poważnych stanów psychologicznych ani zagrażających życiu powikłań somatycznych.

Widać więc wiele podobieństw między uzależnieniami behawioralnymi a zespołami zależności od substancji psychoaktywnych. Jak się okazuje, przebieg, objawy, wpływ czynników genetycznych, rozwój tolerancji, mechanizmy neurobiologiczne, współchorobowość, odpowiedź na leczenie są w obydwu typach uzależnień bardzo podobne. Podstawą uzależnienia behawioralnego jest niemożność oparcia się potrzebie działania, które przynosi negatywne konsekwencje osobie uzależnionej oraz jej otoczeniu. Charakterystyczne jest również widoczne pogorszenie funkcjonowania osób uzależnionych behawioralnie w innych aspektach życia.

Trudność w przeciwstawieniu się impulsom powoduje, iż dochodzi do wzrostu napięcia i niepokoju, którego rozładowaniem jest działanie, będące przedmiotem uzależnienia. Realizacja w działaniu powoduje w tym przypadku natychmiastową gratyfikację przynoszącą

jednocześnie ulgę. Widać tu częściowe podobieństwo do zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (*Obsesive Compulsive Disorder*, OCD; dawniej „nerwicy natręctw”), przy czym działanie w przypadku uzależnień behawioralnych jest, w przeciwieństwie do OCD, *egosyntoniczne*. Oznacza to, iż przynajmniej w początkowych etapach uzależnienia behawioralnego pacjenci mają poczucie celowości swoich czynów i uważają je za zasadne i pożądane, wynikające z ich własnego wyboru. W zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym natomiast, cierpiąca z jego powodu osoba ma poczucie sprzeciwu, obcości a czasem nawet nedorzeczności swoich działań, których nie chce podejmować. Swoje zachowania ocenia jako absurdalne próbując im się przeciwstawić. Z biegiem czasu jednak stosunek osoby uzależnionej do rozładowywania napięcia poprzez działanie i realizację potrzeby będącej obiektem uzależnienia behawioralnego zmienia się, stając się przyczyną narastającego poczucia winy i wyrzutów sumienia. Niekontrolowane zakupy, intensywne prace zawodowe, kontakty seksualne, gry hazardowe itp. zamiast przynosić satysfakcję i opierać się na wzmocnieniu pozytywnym, stają się sposobem unikania rozdrażnienia i dyskomfortu, czyli objawów abstynencyjnych.

Podłożem patofizjologicznym uzależnień behawioralnych są zaburzenia w funkcjonowaniu układu nagrody. Powtarzanie nagradzających zachowań z czasem staje się coraz mniej skuteczne, wobec czego niezbędne staje się zwiększanie ich intensywności [4-6]. Jest to jedna z przyczyn narastającej szkodliwości oraz coraz bardziej ryzykownych działań; kwoty przegrywane na zakładach czy wydawane w trakcie robienia zakupów stają się coraz większe, partnerzy seksualni coraz bardziej przypadkowi a kontakty ryzykowne, czas i energia przeznaczane na pracę rosną. Podobnie jak u osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, niejednokrotnie podłożem uzależnień behawioralnych są trudności osobiste i finansowe. Czasem zakłady pieniężne czy poświęcenie się pracy stanowią próbę rozwiązania tych problemów [2].

Najlepiej przebadanym i opisanym spośród uzależnień behawioralnych jest hazard patologiczny, stanowiący ich modelowy przykład. Wiele obserwacji dokonanych na grupie patologicznych hazardzistów pozostaje punktem odniesienia do zrozumienia innych zaburzeń tego typu. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na szereg istotnych podobieństw pomiędzy patologicznym hazardem a uzależnieniami od substancji, włączając fenomenologię, epidemiologię, cechy osobowościowe i genetyczne, procesy neurobiologiczne, długość i rodzaj leczenia [1, 7-10].



Osoby rozwijające uzależnienia behawioralne mają wyższy poziom impulsywności i skłonność do podejmowania ryzykownych zachowań [11-14]; częściej również występują u nich dysocjalne zaburzenia osobowości [15]. Ten aspekt cech osobowości różni zasadniczo osoby z uzależnieniem behawioralnym od osób z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym, które charakteryzują się dużą ostrożnością i niskim poziomem impulsywności [13, 16]. Uzależnienia behawioralne pojawiają się istotnie częściej u pacjentów z depresją, zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym, zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym oraz zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) [11, 17].

Zaobserwowano znaczną współchorobowość zaburzeń związanych z patologicznym hazardem oraz uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Najczęściej współistniejącym ze wskazanym powyżej uzależnieniem jest uzależnienie od alkoholu [15]. Kanadyjskie opracowanie wskazuje, iż występowanie hazardu patologicznego niemal czterokrotnie zwiększa ryzyko uzależnienia od alkoholu [18]. Z kolei uzależnienie od jakiegokolwiek substancji psychoaktywnej zwiększa ryzyko rozwoju hazardu patologicznego prawie trzykrotnie [19]. Uzależnienie od Internetu podwaja natomiast ryzyko szkodliwego picia alkoholu. Częste współistnienie uzależnień behawioralnych i uzależnień od substancji psychoaktywnych pozostaje istotnym argumentem popierającym hipotezę częściowo wspólnej patogenezy tych zaburzeń.

### **1.1 Problemy diagnostyczne**

Koncepcja uzależnień behawioralnych ma znaczną wartość naukową i kliniczną, jakkolwiek wciąż pozostaje kontrowersyjna. Próby ich klasyfikowania opierały się dotychczas na teoriach zaburzonej kontroli impulsów, bądź włączały je do spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. O ile obowiązująca w Polsce klasyfikacja ICD-10 wymienia patologiczny hazard wśród zespołów behawioralnych w zaburzeniach osobowości i zachowania osób dorosłych, o tyle nie przypisano tam osobnych pozycji diagnostycznych zaburzeniom związanym z kompulsywnym kupowaniem, uzależnieniem od Internetu czy uzależnieniem od pracy. Klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w swojej piątej rewizji – DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual*) włącza hazard patologiczny w podrozdział uzależnień, zamiast jak do tej pory (w DSM-4) – zaburzeń kontroli impulsów. Patologiczny hazard został w niej uznany za uzależnienie behawioralne. Prace prowadzone nad DSM-5 nasiliły dyskusje nad istnieniem tego typu uzależnień i ich związkiem z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych. Wskazywano wówczas na

objawy analogiczne do uzależnienia od substancji, jednocześnie kładąc nacisk na określone zachowania, które prowadzą do krótkotrwałego dobrego samopoczucia i są podtrzymywane pomimo szkodliwych konsekwencji [1].

Kryteria diagnostyczne pozwalające na rozpoznanie u pacjenta uzależnienia behawioralnego, innego niż hazard patologiczny, nie zostały jednoznacznie określone na podstawie walidowanych narzędzi. Jest to jedna z przyczyn, dla których pozostałe uzależnienia behawioralne nie znalazły odrębnego miejsca w klasyfikacjach chorób i zaburzeń psychicznych. Brak jest więc wyczerpujących danych pozwalających na jednoznaczne zdefiniowanie pozostałych zaburzeń z tego kręgu. Kryteria, jakimi posługujemy się obecnie pozostają częściowo tożsame z tymi, które znajdują zastosowanie w diagnozowaniu uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Należą do nich:

1. Pragnienie bądź poczucie przymusu realizacji działania, którego dotyczy uzależnienie,
2. Upośledzenie kontroli nad zachowaniem związanym z uzależnieniem,
3. Negatywne konsekwencje społeczne, rodzinne, finansowe lub zdrowotne,
4. Poświęcanie znacznej ilości czasu na podejmowanie działań związanych z uzależnieniem,
5. Próby przeciwstawiania się i zaniechania owych działań,
6. Wzrastające nasilenie zachowań będących przedmiotem uzależnienia jako analogia do rozwoju tolerancji w uzależnieniu od substancji psychoaktywnych,
7. Dyskomfort wynikający z zaniechania zachowań, od których pacjent jest uzależniony jako postać zespołu abstynencyjnego.

Wśród podobieństw pomiędzy uzależnieniami behawioralnymi oraz uzależnieniami od substancji psychoaktywnych podkreśla się ich przewlekły przebieg.

## **1.2 Polskie badania epidemiologiczne**

W latach 2011-2012 zostało przeprowadzone przez Fundację Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) badanie, którego celem była ocena rozpowszechnienia w społeczeństwie polskim uzależnień behawioralnych [20]. Wykazano w nim, iż w naszym kraju żyje ponad 50.000 osób uzależnionych od gier hazardowych, a 200.000 jest zagrożonych uzależnieniem. Ryzyko rozwoju hazardu patologicznego jest najwyższe w grupie graczy przed 34 rokiem życia. Z uzyskanych danych wynika również, że niemal co czwarty Polak, który ukończył piętnasty rok życia, w ciągu 12 miesięcy przed badaniem grał o pieniądze. Najpopularniejszą

formą uzależnienia od gier hazardowych są automaty o niskich wygranych oraz zakłady w kasynach [20].

Z Internetu korzysta według szacunków CBOS około 60% Polaków. Okazuje się, że osoby od niego uzależnione stanowią 0,3% z nich. Za zagrożonych uzależnieniem od Internetu uważa się 2,5% użytkowników, przy czym u nastolatków jest to już co dziesiąta osoba. Dotyczy to przede wszystkim ludzi młodych, w życiu których komputer i Internet są obecne od zawsze, będąc naturalnym źródłem wiedzy, informacji, rozrywki czy medium relacji z innymi osobami. Większość z nich to dzieci i młodzież przed 25 rokiem życia [20].

Odsetek osób uzależnionych od zakupów CBOS oszacowało na około 3,5% obywateli, co daje ogromną liczbę - niemal miliona kompulsywnie kupujących. Problem ten dotyczy szacunkowo 5,0% kobiet i 1,9% mężczyzn. Najliczniejszą grupę wśród uzależnionych od zakupów stanowią młode kobiety, przed 34 rokiem życia [20].

Jak się okazuje, najbardziej rozpowszechnionym spośród przebadanych uzależnieniem behawioralnym jest uzależnienie od pracy, którego objawy stwierdzono u co dziesiątego Polaka w wieku produkcyjnym. Najczęściej oddanie się pracy przyjmuje szkodliwy wymiar u osób, które kierują własną firmą bądź zajmują inne kierownicze stanowiska. Tu również dominują kobiety [20].

### **1.3 Neurobiologia uzależnień behawioralnych**

Z każdym rokiem rośnie liczba badań poświęconych wyjaśnieniu patogenezy uzależnień behawioralnych na poziomie neurobiologicznym. W dotychczasowych badaniach koncentrowano się na ocenie dysfunkcji w układzie serotonergicznym, dopaminergicznym, noradrenergicznym i opioidowym. Największe znaczenie przypisano serotoninie jako neuroprzekaźnikowi zaangażowanemu w kontrolę zachowań oraz dopaminie będącej aminą katecholową odgrywającą kluczową rolę w procesach nauki, motywacji i nagrody [21, 22]. Okazuje się, że obniżony poziom metabolitu serotoniny w płynie mózgowo-rdzeniowym obserwowany u osób z uzależnieniem od hazardu, jest również związany z podwyższonym poziomem impulsywności i skłonnością do poszukiwania nowości i podejmowania ryzyka [23]. Badania dowiodły, iż zaburzenia funkcjonowania układu serotoninowego wiążą się ze wzrostem ryzyka uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz uzależnień behawioralnych [24].

Obszary pola brzusznej nakrywki, jądra półleżącego i kory czołowej są mózgowymi ośrodkami o kluczowej roli w generowaniu działań związanych z uzależnieniami behawioralnymi i głodem substancji psychoaktywnych oraz odczuwaniem nagrody z nimi związanej [25]. Postuluje się, że zaburzenia przekazywania szlaków dopaminergicznych łączących pole brzuszne nakrywki z jądrem półleżącym i korą czołową odpowiadają za dążenie do przyjęcia substancji psychoaktywnej lub działania będącego przedmiotem uzależnienia behawioralnego [25, 26]. Dochodzi tam do uwolnienia dopaminy, co prowadzi do stymulacji układu nagrody [25, 27]. Ciekawą obserwacją popierającą tę teorię było spostrzeżenie, iż pacjenci z chorobą Parkinsona leczeni agonistami receptorów dopaminowych częściej rozwijają uzależnienia behawioralne. Co znamienne, ryzyko to było zależne i proporcjonalne do dawki przyjmowanego leku działającego agonistycznie wobec receptorów dopaminowych [28]. W związku z powyższym, podjęto próby oceny skuteczności antagonistów receptorów dopaminowych w ograniczaniu zachowań związanych z patologicznym hazardem. Co zaskakujące, u pacjentów przyjmujących antagonistów receptorów D2 i D3 dochodziło do nasilenia objawów uzależnienia, co rozwiało tym samym nadzieję na skuteczność takiego leczenia [29-31].

#### **1.4 Czynniki genetyczne**

Dziedziczna skłonność do występowania uzależnień od substancji psychoaktywnych została udowodniona w licznych badaniach. Stosunkowo niewiele uwagi poświęcono natomiast uwarunkowaniom rodzinnym uzależnień behawioralnych. Z dostępnych w literaturze danych wynika, iż wśród krewnych pierwszego stopnia osób uzależnionych od hazardu i zakupów, istotnie częściej obserwowano uzależnienie od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych [32, 33]. Również badania prowadzone na grupie bliźniąt monozygotycznych sugerują częściowo wspólną patogenezę uzależnienia od substancji psychoaktywnych [34]. Badania genetyczne, bardzo nieliczne jak do tej pory w tej grupie uzależnień, wiążą skłonność do rozwoju uzależnień behawioralnych z wariantami genów receptorów dopaminowych D2 w ośrodkowym układzie nerwowym [35]. Wykazano również związek podtypów transporterów serotoniny z uzależnieniem od Internetu [36]. Powyższe analizy potwierdzają pogląd, iż uzależnienia behawioralne mogą być genetycznie powiązane z zaburzeniami wynikającymi z używania substancji psychoaktywnych.

## 1.5 Współwystępowanie uzależnień behawioralnych i uzależnień od substancji psychoaktywnych

Obecność uzależnienia od substancji psychoaktywnych stanowi istotny czynnik ryzyka rozwoju uzależnień behawioralnych. Nikotynizm jest związany z wyższym nasileniem objawów patologicznego hazardu [37], a rozpowszechnienie palenia papierosów wśród uzależnionych graczy pozostaje bardzo wysokie i obejmuje nawet 80% [38]. Interesującą obserwację poczyniono we Francji, gdzie wprowadziwszy całkowity zakaz palenia papierosów, nie stwierdzono ograniczenia liczby graczy. Sukcesem tego kroku był jednak fakt, iż osoby grające zmniejszyły ilość czasu spędzonego na graniu na rzecz palenia papierosów poza miejscem gry [39].

Okazuje się także, iż odsetek hazardzistów wśród osób uzależnionych od alkoholu znacznie przekracza ten obserwowany w populacji ogólnej. Badanie przeprowadzone we Francji wykazało, iż wśród pacjentów leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu kryteria patologicznego hazardu spełnia 6,5%. Co warte podkreślenia, utrzymywanie abstynencji od alkoholu nie miało pozytywnego wpływu i nie ograniczało zachowań hazardowych [40]. Problemowych hazardzistów, którzy piją alkohol problemowo charakteryzuje cięższy przebieg uzależnienia i więcej psychospołecznych problemów wynikających z hazardu niż graczy nie używających alkoholu nadmiernie [41]. Badania nad rozpowszechnieniem patologicznego hazardu u osób uzależnionych od opioidów będących w programach terapii substytucyjnej wykazały, iż odsetek ten sięga niemal 18% [42], podczas gdy w całej populacji użytkowników opioidów wynosił on 4,8% [43]. Uzależnienie od substancji psychoaktywnych z jednej strony zwiększa ryzyko rozwoju uzależnień behawioralnych, z drugiej natomiast pogarsza ich przebieg zmniejszając skuteczność leczenia. Okazuje się również, iż najwyższa współchorobowość uzależnienia od hazardu i substancji psychoaktywnych występuje w przypadku uzależnienia od kannabinoli (THC) – obejmuje 24% hazardzistów wśród używających THC. Pacjenci uzależnieni od kokainy spełniają kryteria hazardu patologicznego w znacznie mniejszym, choć istotnie przewyższającym ryzyko populacyjne, odsetku –11,5% [43]. Najmniej ryzykownym w tym aspekcie okazuje się uzależnienie od opioidów, co można tłumaczyć dość szybką deterioracją ekonomiczną osób uzależnionych, a także wpływem tych substancji na zachowanie – tłumiącym i ograniczającym aktywność. Intoksykacja opioidami prowadzi raczej do zahamowania psychoruchowego, w przeciwieństwie do pobudzającego działania substancji psychostymulujących – kokainy,

amfetaminy i jej pochodnych czy też dopalaczy. W kolejnych badaniach potwierdzono pozytywną korelację pomiędzy używaniem tytoniu, alkoholu i marihuany a problematycznym hazardem [44]. Problematyczne granie na komputerze występowało spośród powyższych tylko z używaniem marihuany [44].

## 1.6 Współwystępowanie uzależnień behawioralnych z innymi zaburzeniami psychicznymi

W licznych badaniach stwierdzono wysoką współchorobowość hazardu patologicznego z zaburzeniami osobowości [45]. Szczególnie często obserwowanym typem jest tzw. osobowość z pogranicza czyli *borderline* [45]. Kolejne, charakterystyczne dla populacji uzależnionych od hazardu zaburzenia to: osobowość histrioniczna i narcystyczna [46]. W badaniach niemieckich obserwowano również częste występowanie osobowości anankastycznej, unikającej i zależnej [38].

Zaburzenia hiperkinetyczne z deficytem uwagi (ADHD) stanowią kolejny czynnik związany ze zwiększonym ryzykiem rozwoju uzależnienia od hazardu [47]. Stanowią one również niekorzystny czynnik prognostyczny. Przebieg uzależnienia u pacjentów z tym rozpoznaniem jest bardziej burzliwy i szybciej prowadzi do pojawienia się negatywnych konsekwencji grania [47].

Skłonność do uzależnienia od hazardu, jak się okazuje, może mieć również podłoże jatrogenne. Stosowanie leków wzmagających przekąźnictwo dopaminergiczne może, wedle licznych badań, nasilać zachowania impulsywne i sprzyjać zaburzeniom kontroli impulsów, niemal trzykrotnie zwiększając ryzyko ich rozwoju [31, 48, 49]. Stąd kompulsyjne zakupy stanowią często obserwowany problem w grupie chorych, u których stosuje się leki o działaniu dopaminergicznym [50]. Trudności w kontrolowaniu zachowań impulsywnych stwierdzano u ponad 13% pacjentów leczonych z powodu choroby Parkinsona; 5% z nich spełniało kryteria patologicznego hazardu [51]. Jak wspomniano wyżej, ryzyko rozwoju zaburzeń kontroli impulsów rośnie wraz ze zwiększaniem dawki leku o działaniu dopaminergicznym [50].

Wysoka impulsywność jest charakterystycznym elementem osobowości związanym ze wszystkimi zachowaniami cechującymi uzależnienia [44]. Cechy, które okazują się być natomiast najsilniej związane z problematycznym graniem na komputerze to: drażliwość i agresja, lęk społeczny oraz niskie poczucie własnej wartości, a także objawy ADHD [44].

Problemowi hazardziści wydają się być bardziej zbliżeni pod względem psychologicznym i osobowościowym do użytkowników substancji psychoaktywnych niż problemowi gracze komputerowi. Stąd włączenie hazardu do tej samej kategorii w DSM-5 co używanie substancji wydaje się jak najbardziej zasadne.

Pomimo licznych badań, wciąż nie jest jasne dlaczego niektóre osoby są podatne na pewne zachowania, jak np. w uzależnieniu od hazardu, podczas gdy inne łatwiej uzależniają się od substancji np. tytoniu czy alkoholu [52]. Zrozumienie tego zjawiska może pomóc w wyjaśnieniu współwystępowania różnych uzależnień. Współwystępowanie uzależnienia od hazardu z uzależnieniem od substancji, tytoniu, alkoholu, marihuany czy innych narkotyków, jest widoczne już wśród młodzieży [53-57]. Biorąc pod uwagę, iż hazard współwystępuje ze szkodliwym używaniem substancji, można wysunąć hipotezę, iż problemy te występują u osób o pewnych wspólnych cechach osobowości. Obserwując rozwój uzależnień od substancji wśród młodzieży zaobserwowano, iż problemowi użytkownicy substancji wykazują skłonność do poszukiwania wrażeń [58-60], prezentują objawy nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi [61-63], mają wysoki poziom impulsywności [53], agresywne i depresyjne usposobienie [64], a także niskie poczucie własnej wartości [64] i wysoki poziom ekstrawersji [65, 66]. Powyższe obserwacje powtarzają się w niezależnych badaniach [67]. W historii dorosłych problemowych graczy również często pojawia się ADHD, w szczególności wśród tych, którzy posiadają wysoki poziom impulsywności i lęku [68]. Młodzież grająca patologicznie została w kolejnych badaniach scharakteryzowana jako posiadająca niskie kompetencje społeczne, niskie poczucie własnej wartości, wysoki poziom impulsywności, lęku i fobii społecznej [69]. Osoby te cechowało również poczucie osamotnienia, skłonność do depresji oraz niski poziom satysfakcji życiowej [54].

### **1.7 Leczenie uzależnień behawioralnych**

Sposoby leczenia uzależnień behawioralnych są podobne do metod terapii stosowanych u pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Wykazano bowiem, iż dobre wyniki uzyskuje się w psychoterapii metodą pozytywnego wzmocnienia, terapii poznawczo-behawioralnej, a także stosując program dwunastu kroków [70-72]. Główny nacisk w tego typu oddziaływaniach terapeutycznych położony jest na zapobieganie nawrotom poprzez identyfikację sytuacji sprzyjających zachowaniom będącym przedmiotem uzależnienia behawioralnego. Pacjentów motywuje się do zmiany trybu życia celem unikania ryzykownych sytuacji, które mogą prowadzić do działań impulsywnych i nawrotu objawów.

Brak jest jak do tej pory metod farmakologicznych, których skuteczność byłaby udowodniona i zalecana w leczeniu tego typu uzależnień. Badania nad stosowaniem naltreksonu – leku będącego antagonistą receptorów opioidowych, stosowanego w leczeniu uzależnienia od alkoholu lub opioidów – przyniosły obiecujące wyniki u pacjentów uzależnionych od hazardu, zakupów i Internetu [73-78]. Również topiramatu, stosowany w leczeniu padaczki, okazał się skuteczny w leczeniu uzależnienia od hazardu i zakupów [79].

Ciekawą alternatywą dla tradycyjnie stosowanych u pacjentów uzależnionych metod leczenia jest propozycja stosowania leków wpływających na przekaźnictwo glutaminergiczne. Obiecujące wyniki w leczeniu hazardu patologicznego przyniosły próby zastosowania:

1. Akamprozatu, którego mechanizm działania wynika w głównej mierze z jego działania antagonistycznego wobec receptorów NMDA [80],
2. N-acetylocysteiny zwiększającej zewnątrzkomórkowe stężenie glutaminianu [81],
3. Memantyny, będącej antagonistą receptora NMDA [82],
4. Modafinilu działającego pobudzająco na receptory  $\alpha$ , hamującego uwalnianie GABA oraz wychwyty zwrotnego dopaminy [83],
5. Topiramatu, wspomnianego wyżej, który pośrednio poprzez wpływ na sodowe i wapniowe kanały jonowe hamuje uwalnianie glutaminianu [73].

W Polsce z każdym rokiem przybywa placówek leczniczych, w których osoby z uzależnieniami behawioralnymi mogą podjąć leczenie. Ich wykaz zawarty jest w „Informatorze o placówkach udzielających pomocy w zakresie uzależnień od hazardu i innych uzależnień behawioralnych” wydanym w 2013 r. ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Wykaz ww. placówek jest dostępny również na stronie internetowej <http://www.uzaleznieniabehawioralne.pl>.



## 2. Hazard patologiczny (problemowy)

Określenie *hazard* oznacza w języku polskim: „gry lub zakłady pieniężne z nieodłącznym elementem losowości”, „ryzykowne przedsięwzięcie” oraz „ryzyko”. W języku angielskim polskiemu hazardowi odpowiada „*gambling*”, podczas gdy angielskie „*hazard*” oznacza „niebezpieczeństwo”. Intuicyjnie hazardem określamy gry, w których można wygrać pewne wartości materialne, i co znamienne, o tym, kto wygra decyduje jedynie przypadek losowy. Żadne umiejętności i wysiłki, jeśli pozostają zgodne z zasadami gry, nie zwiększają szansy na zwycięstwo.

Pierwsze skłonności do hazardu pojawiają się już w dzieciństwie, przy czym u chłopców ma to miejsce wcześniej niż u dziewczynek - odzwierciedlając tym samym wzór typowy dla uzależnień od substancji. Również w dorosłości zaburzenie to występuje częściej u mężczyzn. Kobiety zaczynają grać w późniejszym wieku, ale obserwuje się u nich tak zwany efekt teleskopowy - mianowicie czas rozwoju uzależnienia jest znacznie krótszy [84]. Być może fakt, że kobiety w późniejszym wieku angażują się w zachowania mogące przerodzić się w uzależnienia behawioralne jest jedną z przyczyn tego, iż wyższy wskaźnik tych zaburzeń obserwuje się u mężczyzn.

Nie każde uczestnictwo w grach losowych nosi znamiona hazardu problemowego. Istnieje rzesza osób grających społecznie, sporadycznie, jedynie dla rozrywki. Co istotne, w przeciwieństwie do problemowych graczy, wliczając one w koszty rozrywki ryzyko przegranej [39]. Pragnienie zwycięstwa patologicznych hazardzistów sprawia, że pozostałe aspekty życia mają dla nich mniejsze znaczenie i nierzadko zostają podporządkowane grze [39]. Hazard patologiczny w obowiązującej w Polsce klasyfikacji ICD-10 wymieniony jest wśród zaburzeń behawioralnych jako F63.0. W jedenastej, tworzonej obecnie rewizji tej Klasyfikacji (ICD-11), ma on być umieszczony w kategorii uzależnień behawioralnych [39]. Z dostępnych analiz wynika, iż liczba osób uzależnionych od gier hazardowych, zgłaszających się do leczenia w Europie rośnie każdego roku.

Badania przeprowadzone w Niemczech szacują liczbę uzależnionych na 103.000 do 290.000, co stanowi 0.2% do 0.6% populacji tego kraju (w Polsce, jak wspomniano wyżej jest to około 50.000 osób). Mimo, iż w latach 2000-2010 liczba leczonych z tego powodu wzrosła trzykrotnie, odsetek osób pozostających w terapii w stosunku do potrzeb pozostaje niewystarczający. Owe badania populacyjne są kolejnymi, potwierdzającymi wysoką współchorobowość hazardu patologicznego i innych zaburzeń psychicznych. Badania

niemieckie mówią bowiem nawet o 90% hazardzistów cierpiących z powodu współistniejących zaburzeń psychicznych. Większość patologicznych hazardzistów stanowią mężczyźni (ok. 80%). Oni również częściej zgłaszają się do leczenia. Mimo, iż 20% hazardzistów stanowią kobiety, w programach leczenia jest ich znacznie mniej - jedynie 10% [85].

Podstawą rozpoznania patologicznego hazardu jest stwierdzenie u pacjenta powtarzających się okresów intensywnego zaangażowania w gry hazardowe. Co znamienne, zaangażowanie to dominuje nad pozostałymi aspektami jego życia, powodując liczne szkody społeczne, ekonomiczne, rodzinne, prawne i inne. Według opracowania *The National Gambling Impact Study Commission* (1999), co piąty patologiczny hazardzista trafiał do aresztu lub do więzienia ponad trzykrotnie w życiu [39]. Zwraca się również uwagę na fakt, iż hazard, podobnie jak używanie substancji psychoaktywnych, staje się sposobem odreagowania i radzenia sobie ze stresem.

Obecne w ICD-10 kryteria diagnostyczne patologicznego hazardu obejmują:

1. Powtarzające się co najmniej dwukrotnie w ciągu ostatnich 12 miesięcy gry hazardowe,
2. Gry hazardowe zaburzają w istotny sposób funkcjonowanie pacjenta i są kontynuowane pomimo dyskomfortu,
3. Pacjent relacjonuje poczucie przymusu grania, który trudno jest mu kontrolować, i któremu nie jest w stanie się samodzielnie przeciwstawić,
4. Myślenie pacjenta jest zdominowane przez wyobrażenia dotyczące grania oraz towarzyszących graniu okoliczności.

Problemem pozostaje niska rozpoznawalność tego zaburzenia. Pacjenci zgłaszający się do leczenia z powodu innych zaburzeń psychicznych, stanowią grupę wysokiego ryzyka rozwoju uzależnienia od hazardu i kluczową populację dla potencjalnych działań profilaktycznych i badań przesiewowych w kierunku uzależnień behawioralnych. W Stanach Zjednoczonych stworzono w tym celu narzędzie do krótkiej oceny objawów hazardu patologicznego *Brief Biosocial Gambling Screen* (BBGS) [86]. Jeżeli pacjent udziela twierdzącej odpowiedzi na chociaż jedno z wymienionych niżej pytań, ryzyko istnienia uzależnienia od hazardu jest znaczne.

### **Brief Biosocial Gambling Screen (BBGS):**

1. Czy w ciągu ostatniego roku zdarzało Ci się odczuwać bezradność, irytację lub lęk, gdy próbowałeś ograniczyć lub całkowicie przerwać granie?
2. Czy w ciągu ostatniego roku starałeś się, aby Twoi bliscy – rodzina, przyjaciele nie dowiedzieli się o tym, jak dużo grasz?
3. Czy w ciągu ostatniego roku z powodu wydatków na granie musiałeś pożyczać pieniądze na codzienne potrzeby od rodziny, znajomych lub banku?

Woronowicz jako przydatny w diagnozowaniu hazardu patologicznego wymienia także test *NORC Diagnostic Screen for Gambling Problems – Self Administered* (NODS-SA). Podstawą jego stworzenia były kryteria wymienione w DSM-4.

**Test do samodzielnej oceny: NORC Diagnostic Screen for Gambling Problems** (za Woronowiczem) [39].

1. Czy kiedykolwiek zdarzył Ci się okres trwający 2 tygodnie lub dłużej, podczas którego dużo czasu zajmowało Ci myślenie o swoich doświadczeniach związanych z hazardem, planowanie grania lub zakładów bądź zastanawianie się nad tym, jak uzyskać pieniądze na hazard?
2. Czy kiedykolwiek zdarzały Ci się okresy, kiedy potrzebowałeś na granie coraz większych kwot pieniędzy lub wyższych niż poprzednio zakładów po to, aby uzyskać takie samo uczucie podniecenia?
3. Czy kiedykolwiek odczuwałeś niepokój lub rozdrażnienie wówczas, kiedy usiłowałeś przestać grać, kontrolować lub ograniczyć swoje granie?
4. Czy podejmowałeś, trzy lub więcej razy w swoim życiu, nieudane próby zaprzestania grania, kontrolowania swojej gry lub ograniczenia swojego grania?
5. Czy kiedykolwiek grałeś aby uciec od swoich osobistych problemów lub w celu złagodzenia nieprzyjemnych uczuć, takich jak poczucie winy, lęk, bezradność czy depresja?
6. Czy kiedykolwiek po przegraniu wracałeś następnego dnia żeby się odegrać?
7. Czy skłamałeś co najmniej trzy razy członkom rodziny, przyjacielom lub innym osobom na temat tego, jak grasz i ile pieniędzy przegrałeś?
8. Czy kiedykolwiek wykorzystywałeś pieniądze rodziny, przyjaciół bądź innych osób na hazardowe granie?

9. Czy Twoje hazardowe granie spowodowało kiedykolwiek poważne lub powtarzające się problemy w relacjach z członkami rodziny lub ze znajomymi albo też problemy w pracy lub w szkole?
10. Czy musiałeś kiedykolwiek prosić członków rodziny, przyjaciół, instytucje udzielające kredytu lub kogokolwiek innego o udzielenie kredytu lub o inną pomoc w celu ratowania się z rozpaczliwej sytuacji finansowej spowodowanej hazardowym graniem?

Każda odpowiedź twierdząca oznacza 1 punkt. Przekroczenie sumy 5 punktów świadczy o hazardzie patologicznym [39].

Warto podkreślić, iż podobnie jak każda populacja osób uzależnionych, również populacja patologicznych hazardzistów jest bardzo niejednorodna. Istotną rolę w tym zróżnicowaniu odgrywają czynniki intelektualne, emocjonalne i środowiskowe. Mają one duże znaczenie - z jednej strony dla samego rozwoju zaburzenia, z drugiej dla motywacji do leczenia. Blaszczyński i Nower zaproponowali trzy główne typy uzależnionych graczy [87]:

1. Pierwszą grupę stanowią hazardziści, których uzależnienie ma podłoże czysto behawioralne. Pacjenci tego typu nie prezentują obecności innych objawów psychopatologicznych. Oni również wykazują najwyższy stopień motywacji do podjęcia leczenia. Wykazano dużą skuteczność standardowych form terapii w tej grupie [87].
2. Do drugiego typu autorzy klasyfikacji zaliczyli pacjentów, u których wyjściowo istnieje wysoki poziom lęku lub objawów depresyjnych. Charakteryzują się oni także niewielkimi umiejętnościami w zakresie rozwiązywania problemów. Pacjenci z tej grupy mają duże trudności w kontrolowaniu swoich zachowań, a ich motywacja do terapii jest ograniczona. Leczenie jest w tym przypadku mniej skuteczne i wymaga uwzględnienia pozostałych, współistniejących objawów psychopatologicznych [87].
3. Ostatnią grupą, najbardziej wymagającą, a także najgorzej rokującą w leczeniu, są gracze z dużym poziomem impulsywności, o istotnej komponente dysocjalnej (antyspołecznej). Zaburzenie osobowości o typie dysocjalnym często współistnieje w tej grupie. Istotny odsetek stanowią tu również pacjenci z deficytami uwagi. Motywacja do podjęcia leczenia jest wśród tego typu pacjentów zwykle niewielka. Jeśli podejmują oni terapię, to poziom ich współpracy z lekarzem czy terapeutą jest również często niezadowalający. Efekty leczenia są zazwyczaj ograniczone, również

w wyniku przerywania terapii przez graczy o tej charakterystyce. W tej grupie również najczęściej zdarzają się próby samobójcze [87].

Istotne różnice w populacji uzależnionych od hazardu obserwuje się również w zależności od płci. Kobiety zgłaszające się do programów terapii dwukrotnie częściej niż mężczyźni doświadczają w dzieciństwie i okresie adolescencji traumatycznych doświadczeń i zaniedbania z strony opiekunów [88]. Niemal dziesięciokrotnie częściej były ofiarami wykorzystania seksualnego i dwukrotnie częściej przemocy fizycznej. Również doświadczenia okresu dorosłości zmiennie różnią populację hazardzistów w zależności od płci. Wśród pacjentów leczonych z rozpoznaniem patologicznego hazardu niemal co czwarta kobieta doświadczyła po okresie dojrzewania silnie stresujących sytuacji - gwałtu lub zagrożenia życia, podczas gdy podobne doświadczenia wymienia jedynie 7% leczonych mężczyzn. Kobiety piętnastokrotnie częściej niż mężczyźni są ofiarami przemocy ze strony partnera [38]. Ponadto mężczyźni uzależnieni od gier hazardowych są statystycznie o 10 lat młodszy niż kobiety z tym zaburzeniem. Większość mężczyzn leczonych z rozpoznaniem patologicznego hazardu ma 30–39 lat, podczas gdy większość leczonych kobiet zgłasza się do terapii w piątej dekadzie życia [38]. U większości pacjentów z rozpoznaniem patologicznego hazardu stwierdza się inne współistniejące zaburzenia [38]. Najczęstsze są tu zaburzenia psychiczne. Co interesujące, następne w kolejności częstości występowania są dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego oraz choroby metaboliczne, choroby tkanki łącznej oraz układu kostnego i choroby mięśni. Najrzadsze, w odróżnieniu od populacji ogólnej, są choroby układu krążenia i oddechowego. Współistnienie innych chorób, zarówno psychicznych jak i somatycznych, stwierdza się znacznie częściej u kobiet aniżeli mężczyzn.

Spośród ponad 80% pacjentów uzależnionych od hazardu, cierpiących jednocześnie z powodu innych zaburzeń psychicznych [38], najczęściej obserwowane są uzależnienie od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych a także zaburzenia lękowe i afektywne [38, 84]. Istotne jest zwrócenie uwagi na fakt, iż uzależnienie od alkoholu jest najpowszechniej występującą postacią uzależnień od substancji psychoaktywnych. Nie należy więc interpretować tak dużej współchorobowości jako argumentu o silnym wpływie uzależnienia od alkoholu na ryzyko uzależnienia od hazardu. W stosunku do innych typów zależności od substancji psychoaktywnych, alkohol zwiększa ryzyko hazardu w stopniu umiarkowanym – jedynie 4% pacjentów uzależnionych od alkoholu spełnia kryteria hazardu patologicznego [43]. Ustalono, że zaburzenia depresyjne występują u ponad połowy pacjentów leczonych

z powodu hazardu [38]. Faktem, na który warto jest zwrócić w tym kontekście uwagę jest obserwacja, iż 32% leczonych hazardzistów potwierdza obecność myśli samobójczych, a 17% z nich podejmuje choć raz w życiu próbę odebrania sobie życia [89].

To, które z zaburzeń wystąpiło u osoby uzależnionej jako pierwsze, bywa trudne do ustalenia. Niektórzy badacze uważają, że zaburzenia afektywne (depresyjne) stanowią następstwo uzależnienia od hazardu [90]. Istnieją jednak badania potwierdzające ich niezależne pojawianie się [91]. Kluczowe znaczenie mają tu uwarunkowania psychologiczne. Gracze klasyfikowani przez Blaszczyńskiego i Nowera jako typ drugi (lękowy i depresyjny) cierpią z powodu zaburzeń depresyjnych przed rozwojem uzależnienia od hazardu. Natomiast gracze wymieniani w pierwszym opisanym powyżej typie, częściej rozwijają zaburzenia depresyjne w następstwie uzależnienia od hazardu [87]. Zaburzenia lękowe, których najczęstszą postacią są napady paniki, pojawiają się z reguły jako pierwotne wobec hazardu patologicznego [92] zwiększając ryzyko rozwoju tego uzależnienia [87].

Traumatyczne doświadczenia stanowią istotny czynnik sprzyjający rozwojowi uzależnień, w tym ich typom behawioralnym. Szacuje się, iż około 15% uzależnionych od hazardu spełnia kryteria rozpoznania zespołu stresu pourazowego (PTSD) [38]. Trudne, silnie stresujące sytuacje, nie powodujące objawów PTSD, są udziałem znacznego odsetka graczy – ponad 60% z nich wymienia głęboki stres emocjonalny, 40% - uraz fizyczny, a u niemal co czwartego - traumatyzujące wydarzenie było związane ze sferą seksualności [93]. Podobne doświadczenia w populacji ogólnej potwierdza znacznie, nierzadko kilkukrotnie, mniejszy odsetek badanych [88]. W tym miejscu nasuwa się pytanie: czy doświadczenia, o których mowa ukształtowały te osoby w taki sposób, że stały się one bardziej podatne na rozwój uzależnienia behawioralnego jakim jest hazard? Czy też wyjściowe cechy osobowości stanowiły o większym zagrożeniu zarówno zaangażowania się w sytuacje ryzykowne i stresujące, jak i utraty kontroli nad grami hazardowymi? Niezależnie od odpowiedzi na to pytanie wiadomo, iż pacjenci cierpiący z powodu zaburzeń lękowych i afektywnych stanowią grupę zwiększonego ryzyka uzależnienia od hazardu, stąd wywiad pogłębiony o uzależnienia behawioralne jest u nich wysoce zalecany.

### 3. Uzależnienie od Internetu

Trudno wyobrazić sobie funkcjonowanie współczesnego człowieka bez komputera oraz Internetu. Rozwój przestrzeni teleinformatycznej, jej obecność w niemal wszystkich dziedzinach naszego życia oraz rosnąca nieustannie na całym świecie liczba użytkowników Internetu, oprócz niezaprzeczalnych zalet, mają również swoje negatywne aspekty. W ciągu ostatniej dekady zaczęły pojawiać się doniesienia o konsekwencjach nadmiernej ilości czasu spędzanego przed komputerem. Sprowokowało to refleksję nad potencjalną szkodliwością tego zjawiska. Zarówno praktycy jak i naukowcy pracują nad ustaleniem narzędzi diagnostycznych oraz zapewnieniem skutecznych metod terapii nadmiernego i dysfunkcjonalnego korzystania z Internetu. Zainteresowanie tym tematem zaowocowało dziesiątkami badań rzucających nieco światła na problem uzależnienia od Internetu i komputera oraz próbami odpowiedzi na pytanie, czy zjawisko to należy traktować jako patologiczne zachowanie, uzależnienie, odrębne zaburzenie czy też może objaw innych zaburzeń psychicznych. Próbuje się również ustalić, czy populacją najbardziej zagrożoną jest młodzież z wysokim poziomem lęku, czy też może osoby spędzające relatywnie dużo czasu grając na komputerze rozwijają zaburzenia lękowe?

Terapeuci i badacze stykają się z problemem braku odpowiednich narzędzi przesiewowych i diagnostycznych. Ani aktualnie obowiązująca klasyfikacja DSM-5 ani ICD 10, zawierające kryteria diagnostyczne, nie definiują uzależnienia od Internetu jako odrębnej kategorii. Wskazówki diagnostyczne opierają się o kryteria stosowane w przypadku uzależnień od substancji psychoaktywnych, a także patologicznego hazardu. Wielu naukowców stoi na stanowisku, iż uzależnienie od Internetu stanowi odrębną kategorię, równoważną z innymi uzależnieniami, z tym tylko wyjątkiem, że uzależnienie to nie jest związane z intoksykacją szkodliwą substancją. Jednocześnie, wielu autorów nie akceptuje włączenia nadmiernego korzystania z Internetu do kategorii zaburzeń związanych z uzależnieniami, jak również nie zgadza się z istnieniem podobieństw między omawianym zjawiskiem a uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Internet jest, w opinii tych autorów, „środowiskiem” i instrumentem precypitującym problemy takie jak samotność, lęk, depresja, niska samoocena, trudności w pracy, w relacjach rodzinnych czy też niepełnosprawność. Internet, osobom z już istniejącymi problemami, pomaga znaleźć funkcjonalny lub dysfunkcjonalny sposób na radzenie sobie z nimi.

Opracowano kilka testów służących do oceny zagrożenia uzależnieniem od Internetu. Najcenniejszy wydaje się przytoczony poniżej, autorstwa Kimberly S. Young [94]. Test jest skutecznym narzędziem, opartym na identyfikacji typowych problemów wynikających z nadmiernego korzystania z sieci i służącym ocenie nasilenia uzależnienia. Dzieli badanych na trzy kategorie opisane poniżej.

### **Internet Addiction Test (IAT) by Dr. Kimberly Young**

Każde stwierdzenie należy ocenić następująco:

0 – Nigdy; 1 – Rzadko; 2 – Czasem; 3 – Często; 4 – Bardzo często; 5 – Zawsze

1. Jak często orientujesz się, że pozostawałeś on-line dłużej niż zamierzałeś?
2. Jak często zaniedbujesz obowiązki domowe żeby spędzić więcej czasu w Internecie?
3. Jak często przedkładasz rozrywkę w Internecie nad osobiste kontakty ze swoim partnerem?
4. Jak często nawiązujesz relacje z osobami poznanymi w sieci?
5. Jak często Twoi bliscy narzekają, że spędzasz nadmierną ilość czasu w Internecie?
6. Jak często zdarzało się, że Twoje oceny w szkole pogorszyły się z powodu używania Internetu?
7. Jak często zdarzało Ci się sprawdzić e-mail przed zrobieniem czegoś, co powinieneś był zrobić najpierw?
8. Jak często zdarzało się, że Twoja praca lub wydajność pogorszyły się z powodu używania Internetu?
9. Jak często zdarzało Ci się przyjmować postawę obronną, gdy ktoś pytał co robisz w sieci lub próbowałeś utrzymać to w tajemnicy?
10. Jak często zdarza Ci się szukać pocieszenia i ukojenia w Internecie gdy nachodzą Cię przykre myśli?
11. Jak często zdarza Ci się rozmyślać, kiedy znowu będziesz korzystać z Internetu?
12. Jak często nachodzą Cię obawy, że życie bez Internetu byłoby puste i smutne?
13. Jak często wpadasz w gniew lub krzyczysz, gdy ktoś przeszkadza Ci podczas korzystania z Internetu?
14. Jak często zdarza Ci się niedosypiać z powodu korzystania z Internetu?
15. Jak często absorbuje Cię myślenie o Internecie w chwilach, gdy z niego nie korzystasz?



16. Jak często zdarza Ci się myśleć „jeszcze tylko kilka minut” gdy korzystasz z Internetu?
17. Jak często zdarza Ci się bezskutecznie próbować ograniczyć czas spędzany w Internecie?
18. Jak często próbujesz ukrywać to, ile w rzeczywistości czasu spędzasz w Internecie?
19. Jak często zdarza Ci się przedkładać czas spędzany w Internecie nad spotkania z innymi ludźmi?
20. Jak często zdarza Ci się poczucie przygnębienia, nerwowości lub drażliwości gdy nie korzystasz z Internetu, a uczucia te ustępują gdy ponownie to robisz?

Po podliczeniu punktów zgodnie z powyższą instrukcją, klasyfikacja wygląda następująco:

1. 20-49 punktów to przeciętny użytkownik Internetu. Być może czasem zbyt dużo czasu spędza on-line, jednak ma kontrolę nad swoim zachowaniem.
2. 50-79 punktów to osoba, która doświadcza negatywnych konsekwencji z powodu nadmiernego korzystania z Internetu. Należy ocenić wpływ tego zachowania na inne aspekty życia.
3. 80-100 punktów świadczy o poważnym problemie wynikającym z nadmiernego korzystania z Internetu. Należy wskazać negatywny wpływ zachowania na inne aspekty życia oraz zidentyfikować wynikające z uzależnienia od Internetu problemy.

Dość istotne rozbieżności w zakresie rozpoznawania uzależnień behawioralnych przynoszą trudności w porównywaniu oraz ekstrapolacji wyników badań. Nie sposób nie uwzględnić także różnic w dostępności do komputerów i Internetu w różnych częściach świata w analizie rozpowszechnienia tego typu uzależnienia. Na przykład we Włoszech odsetek uzależnionych szacuje się na 0,8% populacji, podczas gdy w Hong Kongu w sposób szkodliwy z komputera korzysta co czwarta osoba. W Polsce uzależnionych jest kilkadziesiąt tysięcy osób (0,3% użytkowników), w większości mężczyzn, przy czym największy problem dotyczy nastolatków [20]. Zaobserwowano również, że osoby uzależnione częściej korzystają z Internetu przy pomocy smartfonów, dostępnych niemal w każdej chwili. Zamieszkiwanie na terenach wiejskich również jest istotnym czynnikiem ryzyka [20]. Stosunkowo nowym przejawem uzależnienia od Internetu jest potrzeba ciągłego uaktualniania informacji na swój temat w portalach społecznościowych – głównie na Facebooku oraz nieustanne śledzenie tam informacji na temat innych osób. Relacje wirtualne zastępują te rzeczywiste. Anegdotycznym przykładem szkodliwości tego modelu jest przypadek mężczyzny, który dowiedział się, że

będzie miał dziecko z profilu swojej żony na Facebooku. Niestety przed nim informację tę „polubiło” kilkudziesięcioro ich znajomych.

Największe znaczenie, spośród cech definiujących uzależnienie od komputera i Internetu, przypisano, podobnie jak w innych uzależnieniach, przymusowemu i trudnemu do zaniechania charakterowi zachowań [95].

Jedynie niewielki odsetek uzależnionych od Internetu zgłasza się do leczenia. Istotnym problemem w terapii jest fakt, że utrzymanie całkowitej abstynencji, tak jak jest to zalecane w innych rodzajach uzależnień, jest oczekiwaniem nierealnym. Funkcjonowanie bez komputera i Internetu jest bowiem współcześnie niemożliwe, co w swoim podręczniku podkreśla Young [96]. Niezwykle istotne jest również leczenie współistniejących zaburzeń psychicznych, które w istotnym stopniu mogą nasilać objawy uzależnienia i znacznie utrudniać jego leczenie [96].

#### 4. Uzależnienie od pracy

W ostatnich latach coraz więcej osób sygnalizuje problemy z umiejętnością odpoczynania. Czują one bowiem wewnętrzny przymus wykonywania dodatkowych zadań, pomimo wykonania całości zaplanowanej wcześniej pracy. Realizacja tych dodatkowych zadań wprowadza w dobry nastrój i daje poczucie satysfakcji. Ten niekontrolowany, powtarzający się schemat zaczyna objawiać się jako zachowanie kompulsywne. Powyższy opis stanowi typową charakterystykę osoby uzależnionej od pracy. Pierwsze opisy tzw. pracoholizmu pojawiły się w latach 70-tych XX wieku. Kolejną cechą pracoholików jest potrzeba wykonywania czynności, których się od tych osób oczekuje; jednocześnie często towarzyszy im przerażenie wynikające z obawy, że nie będą w stanie wykonać powierzonych im zadań.

Osobom z problemem uzależnienia od pracy towarzyszy poczucie rozgoryczenia, ponieważ konieczność wykonania zadań, których się podjęły uniemożliwia im inne zajęcia, zabawę i wypoczynek. Jednocześnie, poczucie wartości pracoholików jest uzależnione przede wszystkim od tego, jak inni oceniają ich pracę. Osoby te cechuje skrajne myślenie na temat ich samych: są albo najinteligentniejsi i najzdolniejsi lub najbardziej bezwartościowi. Typowa dla osób uzależnionych od pracy jest obsesyjna chęć zrozumienia wszystkiego w ich życiu, włączając w to każdą emocję. W obawie przed utratą kontroli, osoby te nie pozwalają sobie na doświadczanie emocji, których nie rozumieją. Oceniając siebie przez pryzmat osiągnięć, osoby uzależnione żyją w iluzji uczestniczenia w czymś wyjątkowym [97].

Uzależnienie od pracy definiuje się również, między innymi, jako zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, które przejawia się:

1. narzucaniem sobie zbyt dużych wymagań,
2. niezdolnością do uregulowania nawyków związanych z pracą,
3. brakiem umiaru w pracy,
4. wykluczeniem innych aktywności życiowych [98].

Osiągnięcie równowagi między pracą a życiem osobistym jest dużym wyzwaniem współczesności. Utrudnieniem jest fakt, iż często granica między pracą a życiem prywatnym właściwie zanika. Widzenie w pracy tylko korzyści czyni człowieka pracoholikiem. Coraz więcej osób próbuje przy pomocy pracy zmniejszyć nasilenie negatywnych emocji,

zapomnieć o osobistych problemach, zwiększyć poczucie własnej wartości, zyskać komfort i bezpieczeństwo [98].

Spędzanie wielu godzin w pracy w celu zaspokojenia potrzeb finansowych nie czyni jeszcze pracoholikiem. Osobami uzależnionymi od pracy kieruje wewnętrzna potrzeba. Praca zaspokaja ich „głód psychiczny”. „Pracuję więc jestem” – ilustruje rozumowanie pracoholików. Praca definiuje tożsamość tych osób, nadaje znaczenie ich życiu, pomaga zyskać aprobatę i akceptację. Praca staje się jedynym sposobem udowodnienia swojej wartości, zmniejszając jednocześnie dyskomfort wynikający z niespełnionych potrzeb. Pracoholicy wierzą, że mogą zyskać szacunek innych, jeśli tylko będą ciężko pracować [98]. Perfekcjonizm i obowiązkowość są ważnymi czynnikami sprzyjającymi uzależnieniu od pracy [20].

Bryan E. Robinson w swoim podręczniku dotyczącym problematyki pracoholizmu („*Chained to the desk*”), zaproponował krótki test służący do samodzielnej oceny nawyków dotyczących pracy [98]. Aby dowiedzieć się, jak duże jest ryzyko uzależnienia, należy wskazać, czy wymienione tam stwierdzenia są:

1. Całkowicie nieprawdziwe (1 pkt.)
2. Czasem prawdziwe (2 pkt.)
3. Często prawdziwe (3 pkt.)
4. Zawsze prawdziwe (4 pkt.).

#### **Kwestionariusz ryzyka uzależnienia od pracy - *Work Addiction Risk Test***

**(za Robinson [98])**

1. Większość rzeczy wolę raczej zrobić sam niż poprosić kogoś o pomoc,
2. Niecierpliwie się, gdy muszę czekać na kogoś innego lub gdy coś trwa zbyt długo,
3. Ciągłe jestem w pośpiechu i odbywam nieustanny wyścig z czasem,
4. Jestem poirytowany, gdy jestem w środku jakiegoś zadania a ktoś przerywa mi pracę,
5. Jestem nieustannie zajęty i zajmuję się jednocześnie wieloma sprawami,
6. Jestem osobą, która robi dwie lub trzy rzeczy jednocześnie, np. jedząc obiad piszę notatki lub rozmawiam przez telefon,
7. Podejmuję więcej zobowiązań niż w rzeczywistości jestem w stanie wykonać,
8. Mam poczucie winy, gdy aktualnie nie pracuję nad czymś,
9. Konkretny wynik mojej pracy są dla mnie szczególnie ważny,

10. Bardziej interesuje mnie wynik końcowy mojej pracy niż proces jej wykonania,
11. Praca nigdy nie postępuje tak szybko i jej rezultaty nie są tak natychmiastowe jakbym tego chciał,
12. Tracę panowanie nad sobą gdy praca nie idzie po mojej myśli lub w sposób, który mi nie odpowiada,
13. Powtarzam te same pytania, nie zdając sobie sprawy, że już uzyskałem na nie odpowiedź,
14. Dużo czasu poświęcam na planowanie i myślenie o przyszłych wydarzeniach nie odnajdując się „tu i teraz”,
15. Jestem osobą, która kontynuuje pracę pomimo, iż moi współpracownicy już ją zakończyli,
16. Złości mnie, gdy inni nie spełniają moich standardów doskonałości,
17. Denerwuję się, gdy nie mam kontroli nad sytuacją,
18. Wywieram na samego siebie presję terminami, które sobie narzucam,
19. Trudno mi się zrelaksować, gdy nie jestem w pracy,
20. Więcej czasu poświęcam pracy niż spotkaniom z przyjaciółmi, realizowaniu zainteresowań czy wypoczywając,
21. Zaczynam pracę nad jakimś zadaniem zanim wszystkie jego etapy zostaną ustalone, aby zyskać przewagę,
22. Denerwuję się, gdy popełniam choćby najmniejszy błąd,
23. Swojej pracy poświęcam więcej czasu, uwagi i energii niż moim relacjom z rodziną i przyjaciółmi,
24. Zapominam, ignoruję lub dewaluuję uroczystości: urodziny, rocznice, zjazdy rodzinne czy święta,
25. Podejmuję ważne decyzje zanim poznam wszystkie istotne fakty i zdążę je przemyśleć.

Za każde stwierdzenie przyznaje się od 1 do 4 punktów, według powyższego klucza. Minimalna liczba uzyskanych punktów to 25, maksymalna – 100. Im więcej punktów, tym bardziej prawdopodobne jest uzależnienie od pracy. Robinson, na podstawie uzyskanego sumarycznego wyniku proponuje trzy poziomy zaangażowania w pracę:

1. Pierwszy stanowią osoby, które uzyskały od 67 do 100 punktów. Są one obciążone bardzo wysokim ryzykiem uzależnienia od pracy. Udzielane przez tę grupę

odpowiedzi sugerują duże zagrożenie wypaleniem zawodowym, świadczą również o wysokim prawdopodobieństwie istnienia negatywnych konsekwencji zaangażowania badanego w pracę w jego rodzinie.

2. Drugi stanowią osoby, które uzyskały od 57 do 66 punktów. Zaangażowanie w pracę jest prawdopodobnie nadmierne, jednak na tym etapie dokonanie pozytywnych zmian jest w zasięgu ich możliwości. Dzięki wsparciu osób bliskich, modyfikacja modelu realizowania się w pracy zawodowej może zapobiec jego negatywnym skutkom dla życia osobistego.
3. Trzeci stanowią osoby, które uzyskały od 25 do 56 punktów. Są uważane za posiadające właściwe i „zdrowe” podejście do pracy zawodowej. Ryzyko rozwoju uzależnienia od pracy pozostaje znikome. Nie obserwuje się w tej grupie negatywnych konsekwencji rodzinnych czy osobistych wynikających z zaangażowania w pracę.

## 5. Uzależnienie od zakupów – kompulsywne kupowanie

Zaburzenie kompulsywnego kupowania (ang. *Compulsive buying disorder* - CBD) w literaturze naukowej zostało po raz pierwszy opisane na początku XX wieku przez Bleulera, dla którego CBD był przykładem reaktywnego impulsu lub impulsywnego szaleństwa. Zaburzenie to Bleuer umieścił obok kleptomanii i piromanii. W tym samym okresie Kraepelin opisywał „zakupomaniaków”, u których kompulsywne robienie zakupów prowadziło do bezrozumnego zwiększania zadłużenia przy równoczesnym stałym odsuwaniu płatności [99].

Z wyjątkiem behawiorystów konsumenckich oraz psychoanalityków, CBD nie cieszył się szczególnym zainteresowaniem środowiska medycznego w XX wieku, które odżyło ok. 1990 r. po publikacjach przypadków klinicznych przez trzy niezależne grupy badawcze [99].

Do chwili obecnej trwają dyskusje dotyczące właściwej klasyfikacji tego zaburzenia. Niektórzy badacze łączą CBD z uzależnieniami, inni podkreślają jego związek z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi lub włączają zakupoholizm do zaburzeń nastroju. CBD nie zostało włączone do klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5, natomiast pojawiło się w DSM-3, jako przykład „zaburzenia impulsów inaczej nie zdefiniowanego”. Kryteria naukowe podkreślają behawioralny i poznawczy aspekt CBD.

Wiadomo, że osoby uzależnione od zakupów kupują zbyt dużo i zbyt często. Szacuje się, że robią to kilkakrotnie częściej niż osoby bez takich zaburzeń i co znamienne, wydają więcej pieniędzy niż posiadają [20]. W Polsce najczęściej kupowanymi przez uzależnione kobiety przedmiotami są: odzież, obuwie i artykuły dla dzieci. Mężczyźni kupują zwykle książki i artykuły kolekcjonerskie. Osoby mające problem z kupowaniem znacznie częściej pożyczają pieniądze, aby sfinansować swój zakup, który ostatecznie często okazuje się zbędny. Tego typu pożyczki zdarzają się uzależnionym kobietom niemal czterokrotnie częściej niż osobom, które kontrolują swoje zachowania w tym zakresie [20]. Mężczyźni pożyczają pieniądze znacznie bardziej ryzykownie niż kobiety, biorąc wysokooprocentowane pożyczki „chwilówki”, bądź pożyczając nieformalnie od znajomych [20].

Koran w badaniu amerykańskim ocenił rozpowszechnienie CBD na 5,8% respondentów [100]. W innych badaniach rozpowszechnienie CBD wynosiło od 12 do 16% [99] i nie ma dowodów wskazujących, że w ciągu ostatnich kilku dekad istotnie wzrosło. Wyniki

dostępnych badań wskazują, że 80 do 95% osób z CBD to kobiety [99]. W badaniach polskich również stanowią one większość - ok. 75% [20]. Doniesienia o różnicach w zależności od płci mogą być zniekształcone: kobiety łatwo przyznają, że zakupy sprawiają im przyjemność, podczas gdy mężczyźni raczej przyznają się do „zbierania”. Nieco inny jest u kobiet i mężczyzn model kupowania. Chodzi tu o zjawisko tzw. *windows shopping*, polegające na obcowaniu z towarami, ocenianiu ich i oglądaniu, które nie ma na celu dokonania zakupu. Kobiety robią to znacznie częściej niż mężczyźni; zaobserwowano, że samo przechadzanie się po sklepach stanowi już dla nich ogromną przyjemność. Mężczyźni natomiast znacznie częściej niż kobiety poszukują artykułów i śledzą aukcje i oferty internetowe [20].

Większość badaczy wskazuje, że 20 rok życia to najczęstszy wiek pojawienia się objawów obsesyjnego kupowania, choć np. McElroy twierdzi, że wynosi on 30 lat [101]. Może to wynikać z faktu, że zachorowanie pokrywa się z czasem opuszczania domu rodzinnego, możliwością zakładania kont i zaciągania kredytów. W Polsce, udział w populacji omawianych uzależnionych osób w wieku 18-24 lat i 25-34 lat jest wśród kobiet identyczny. Wśród mężczyzn dominuje ta młodsza kategoria – 18-24 lata [20]. Największy odsetek uzależnionych od zakupów w Polsce, zarówno kobiet i mężczyzn stanowią osoby ze średnim wykształceniem [20]. Rozbieżności zaobserwowano w grupie z wykształceniem wyższym, gdzie kobiety zdecydowanie dominują nad mężczyznami [20].

Dobra sytuacja finansowa według wyników polskich badań sprzyja problemom z kupowaniem [20]. Choć kompulsyjne kupowanie nie doczekało się miejsca w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych, a co za tym idzie jednoznacznych kryteriów rozpoznania, istnieją kwestionariusze oceny nasilenia tego zaburzenia, które okazały się być bardzo przydatnymi instrumentami.

### **Skala Kompulsyjnego Kupowania Richmond (Richmond Compulsive Buying Scale [102])**

Każde stwierdzenie oceniane jest w skali od 1 do 6 punktów w zależności od jego rosnącego nasilenia.

1. W mojej szafie znajdują się nieotwarte opakowania i ubrania z metkami,
2. Inni ludzie mogą uważać mnie za zakupoholika,
3. Duża część mojego życia koncentruje się na kupowaniu rzeczy,



4. Uważam się za osobę kupującą impulsywnie,
5. Kupuję rzeczy, których nie potrzebuję,
6. Kupuję rzeczy, których nie zamierzałem kupić.

Uzyskanie wyniku przekraczającego 25 punktów świadczy o obecności problemu z impulsywnym kupowaniem.

W opracowaniu dotyczącym epidemiologii uzależnień behawioralnych następujące objawy patologicznego kupowania były najczęściej wymieniane przez polskich respondentów:

1. Poczucie przymusu wydawania pieniędzy,
2. Euforia podczas zakupów,
3. Wydawanie nadmiernych kwot pokrywanych pożyczkami,
4. Racjonalizacja i uzasadnianie zakupów,
5. Poczucie winy po zakupach,
6. Problemy w relacjach międzyludzkich,
7. Ukrywanie zakupów,
8. Złość na osoby werbalizujące problem,
9. Samotne zakupy,
10. Kradzieże upragnionych przedmiotów.

Istnieją dowody, że problem kompulsywnych zakupów występuje w rodzinach, w których pojawiają się zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe, a także szkodliwe używanie substancji psychoaktywnych. W badaniu McElroy, spośród 18 osób z CBD, 17 miało członka rodziny z dużą depresją a 11 miało w rodzinie osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych; częste były także zaburzenia lękowe [101]. W opracowaniu CBOS nt. uzależnień behawioralnych wymienia się następujące cechy osobowościowe sprzyjające rozwojowi uzależnienia od zakupów: nieumiejętność radzenia sobie z odrzuceniem i samotnością, obniżoną samoocenę, potrzebę uznania, postawę nastawioną na rywalizację, zazdrość, materializm [20].

Brak jest jednoznacznych wytycznych dotyczących leczenia uzależnienia od zakupów. Dobre wyniki uzyskiwano podczas stosowania leków przeciwdepresyjnych oraz psychoterapii o orientacji poznawczo-behawioralnej [99]. Aboujaoude i wsp. zaobserwował, że osoby

z CBD mogą odpowiadać na leczenie citalopramem. Badani pozostawali w remisji w przez rok obserwacji, co daje nadzieję na skuteczną pomoc tej grupie pacjentów [103].

## II. Uzależnienia behawioralne a prawo

### 1. Związek uzależnień behawioralnych i prawa

Problematyka związku zaburzeń psychicznych, w tym uzależnień behawioralnych i prawa ma charakter interdyscyplinarny i wielokierunkowy. Jest zatem przedmiotem zainteresowania nie tylko medycyny ale także psychologii, socjologii czy też prawa, które to dziedziny nauki rozpatrują uzależnienia behawioralne z właściwej sobie perspektywy. Normy prawne, zarówno normy skodyfikowane (ujęte w przepisach aktów prawnych), normy objęte klauzulami generalnymi (odwołujące się do np. do dobra wspólnego czy zasad współżycia społecznego<sup>1</sup>), jak również normy nieskodyfikowane (np. zwyczaj), stanowią podstawę moralno-etycznych ocen ludzkich zachowań. Definiują one zachowania społecznie akceptowane i te, które nie mogą liczyć na aprobatę otoczenia. Tym samym wyznaczają one pewne wzorce, którymi posługujemy się oceniając różne sytuacje oraz zachowania własne i innych ludzi. Wzorce te nie mają przy tym charakteru stałego – podlegają zmianom w czasie – i uniwersalnego – w różnych miejscach ludzie posługują się odmiennymi systemami wartości i wynikającymi z nich wzorcami ocen. Czynione na podstawie szeroko rozumianych norm prawnych oceny pozwalają zatem na odróżnienie sytuacji i zachowań określanych jako prawidłowe od patologii – sytuacji i zachowań nieprawidłowych, takich jak np. uzależnienia behawioralne.

W konkretnych warunkach (miejscu i czasie), szeroko rozumiane normy prawne wskazują na określone konsekwencje wystąpienia poszczególnych zachowań patologicznych. Uznanie określonej sytuacji lub zachowania ludzkiego za nieakceptowane wiązać się może zatem nie tylko z negatywną oceną społeczną ale z konkretnymi skutkami w wielu dziedzinach prawa.

Powyższe oznacza, iż w odniesieniu do problematyki uzależnień behawioralnych, konsekwencje wystąpienia tych zaburzeń obejmować mogą zmianę sytuacji prawnej dotkniętych nimi osób, jak również osób trzecich.

W niniejszym rozdziale zostały przedstawione wybrane zagadnienia dotyczące konsekwencji, jakie mogą się wiązać z uzależnieniami behawioralnymi w różnych obszarach życia, a tym samym w różnych gałęziach prawa. Z uwagi na charakter niniejszej publikacji,

---

<sup>1</sup> Art. 5. ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93, z późn. zm.)

adresowanej do lekarzy i innych pracowników sektora ochrony zdrowia, dla uczynienia jej możliwie przejrzystą i przydatną, w odrębnych trzech częściach tego rozdziału zarysowane zostały podstawowe aspekty prawne uzależnień behawioralnych obejmujące kwestie: uprawnień osób ze zdiagnozowanymi uzależnieniami behawioralnymi do świadczeń opieki zdrowotnej i trybu udzielania tych świadczeń oraz innych form pomocy; prawa cywilnego – ze szczególnym uwzględnieniem wpływu uzależnień behawioralnych na ważność i skuteczność czynności prawnych oraz prawa karnego – ze szczególnym uwzględnieniem kwestii niepoczytalności i środków reakcji karno-prawnej stosowanych wobec sprawców ze zdiagnozowanymi uzależnieniami behawioralnymi.

### **1.1. Prawna definicja uzależnień behawioralnych:**

Omówienie możliwych skutków związanych z uzależnieniami behawioralnymi na wskazanych powyżej trzech płaszczyznach (prawno-medycznej, karnej i cywilnej<sup>2</sup>) należy jednak poprzedzić próbą zdefiniowania pojęcia „uzależnienia behawioralne” w sensie prawnym. Analiza występowania terminu „uzależnienia behawioralne” w polskich aktach prawnych (aktualnie obowiązujących, jak i historycznych) prowadzi do wniosku, iż pojęcie to nie ma swojej prawnej definicji. W chwili obecnej terminem tym nie posługuje się żaden akt prawa powszechnie obowiązującego<sup>3</sup>. Nieliczne akty prawne posługują się natomiast określeniami „zaburzenia osobowości” lub „zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych”, a zatem terminami odnoszącymi się do jednostki klasyfikacyjnej aktualnej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) – F60-F69, w ramach której proponuje się umieszczać zaburzenia określane jako uzależnienia behawioralne. Tymi aktami prawnymi są 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia:

1. z dnia 23 grudnia 2005 r. w sprawie wykazu stanów chorobowych i zaburzeń funkcjonowania psychologicznego wykluczających możliwość wydania pozwolenia na broń i rejestracji broni (Dz. U. z 2006 r. Nr 2, poz. 14);

---

<sup>2</sup> Zaproponowany w niniejszym rozdziale podział na płaszczyzny karną, cywilną i prawno-medyczną stanowi oczywiście jedynie typologię możliwych związków uzależnień behawioralnych i prawa. Poszczególne kategorie tego podziału mogą się nakładać, jak również nie wyczerpują całości opisywanego zagadnienia.

<sup>3</sup> Zgodnie z art. 87 Konstytucji RP z 1997 r., źródłami prawa powszechnie obowiązującego w Polsce są: Konstytucja, ustawy, ratyfikowane umowy międzynarodowe i rozporządzenia, jak również akty prawa miejscowego. Ta ostatnia kategoria, z uwagi na duże rozczłonkowanie oraz stosunkowo małą doniosłość zawartych w nich regulacji, nie była przedmiotem analizy.

2. z dnia 29 września 2011 r. w sprawie badań psychiatrycznych i psychologicznych osób wykonujących czynności mające istotne znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej w jednostce organizacyjnej wykonującej działalność związaną z narażeniem, polegającą na rozruchu, eksploatacji lub likwidacji elektrowni jądrowej (Dz. U. Nr 220, poz. 1310);
3. z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. Nr 140, poz. 1146 z późn zm.)<sup>4</sup>.

Wskazane powyżej akty prawne nie zawierają definicji omawianych terminów. Z jednej strony zabieg taki świadczy o woli prawodawcy przypisania tym terminom znaczenia, jakie mają one w języku medycznym, a zatem odwołania do jednostek chorobowych ujętych w kodach od F60 do F69 wg. ICD-10<sup>5</sup>. Z drugiej jednak strony, wobec możliwych wątpliwości co do miejsca uzależnień behawioralnych w ICD-10, brak jednoznacznego odwołania do tej kategorii może powodować wątpliwości dotyczące zakresu praw lub ich ograniczeń<sup>6</sup> wynikających z tych aktów dla osób z uzależnieniami behawioralnymi. Niejednoznaczność regulacji o charakterze reglamentacyjnym oznacza, iż to od decyzji o klasyfikacji zaburzeń, określanych jako uzależnienia behawioralne, zależy zarówno zakres przysługujących świadczeń zdrowotnych, jak i ograniczenia w sferze praw i wolności.

W tym kontekście warto zwrócić uwagę na fakt, iż do pojęcia uzależnień behawioralnych odnosi się również ustawa z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz. U. Nr 201, poz. 1540, z późn. zm.). W art. 88 ust. 4 ustawy mowa jest o „uzależnieniach niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych”. Choć nie wprost, określenie to jednoznacznie odnosi się do zjawiska uzależnień behawioralnych. Przemawia za tym stwierdzenie, że „uzależnienia niestanowiące uzależnienia od substancji psychoaktywnych”

---

<sup>4</sup> Z dniem 1 stycznia 2014 r. niniejsze rozporządzenie utraci moc, a w życie wejdzie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. Nr poz. 1386). Z uwagi na tożsamość brzmienia przepisów „starego” i „nowego” rozporządzenia informacje i uwagi zawarte w niniejszej publikacji pozostają aktualne również w odniesieniu do stanu prawnego po dniu 1 stycznia 2014 r.

<sup>5</sup> Za takim rozumieniem tych terminów przemawia również fakt umieszczenia w rozporządzeniu dotyczącym świadczeń gwarantowanych korespondujących kodów ICD-10, a w odniesieniu do dwóch pozostałych rozporządzeń stwierdzenia zawarte w ich uzasadnieniach.

<sup>6</sup> W przypadku uznania uzależnień behawioralnych za podjednostkę w grupie zaburzeń osobowości i zachowania dorosłych osoby na nie cierpiące nie powinny m.in. uzyskać pozwolenia na broń, jak również nie powinny pracować w elektrowni atomowej.

obejmują uzależnienie od hazardu<sup>7</sup>. Można jedynie przypuszczać, iż ustawodawca zdecydował się na użycie określenia opisowego właśnie z uwagi na niejednoznaczność terminu uzależnienia behawioralne. Należy przy tym zauważyć, iż użyte w ustawie o grach hazardowych określenie służy wskazaniu obszaru problemowego, objętego oddziaływaniem szczególnego narzędzia polityki zdrowotnej państwa, jakim jest Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania należy stwierdzić, iż w obowiązujących aktach prawnych brak jest jednoznacznej definicji pojęcia uzależnienia behawioralne. Jednakże postanowienia ustawy o grach hazardowych pozwalają na przyjęcie, iż przynajmniej na gruncie prawa, za uzależnienia behawioralne należy uznać te, które nie stanowią uzależnienia od substancji psychoaktywnych, a których przykładem jest uzależnienie od hazardu.

Wskazane powyżej akty prawne, zarówno rozporządzenia, jak i ustawa o grach hazardowych, zostały wydane/uchwalone stosunkowo niedawno. Zawarcie w nich regulacji odwołujących się, choć nie wprost, do problematyki uzależnień behawioralnych świadczyć może o rosnącym znaczeniu tego zagadnienia. Powolne wyodrębnianie regulacji prawnych odnoszących się do tego problemu zdrowotnego nie oznacza bynajmniej, iż przed wydaniem/uchwaleniem wskazanych powyżej rozporządzeń i ustawy kwestia uzależnień behawioralnych i ich konsekwencji pozostawała poza zakresem regulacji prawnych. Przeciwnie, jak zostało wskazane na wstępie tego rozdziału, normy prawne stanowią nie tylko podstawę oceny różnych sytuacji i zachowań (w celu odróżnienia tego co akceptowane od tego co niewłaściwe), ale mogą również wskazywać na określone konsekwencje wystąpienia poszczególnych nieprawidłowości. W dalszej części niniejszego rozdziału wskazane zostanie, iż do problematyki uzależnień behawioralnych odnosi się wiele postanowień różnych aktów prawnych – następuje to jednak przez użycie bardziej ogólnych terminów, jak „zaburzenia psychiczne” lub „inne (niż choroba psychiczna lub upośledzenie umysłowe) zakłócenia czynności psychicznych”.

---

<sup>7</sup> Według klasyfikacji ICD-10, patologiczny hazard (F63.0) zaliczany jest do zaburzeń osobowości i zachowania dorosłych (F60-F69), a bardziej szczegółowo do zaburzeń nawyków i popędów (impulsów) (F63).

## **2. Uprawnienia osób z uzależnieniami behawioralnymi do świadczeń opieki zdrowotnej i trybu udzielania tych świadczeń (płaszczyzna prawno-medyczna)**

Pomimo, że brak jest w Polsce pełnej informacji o skali występowania uzależnień behawioralnych, to statystyki Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej również NFZ), rutynowo zbierane dane statystyczne lecznictwa psychiatrycznego, jak również wyniki badań epidemiologicznych dostarczają podstaw do analiz zagrożenia epidemiologicznego i oceny skali tego problemu. Warto przypomnieć, że jak wynika z badań ankietowych przeprowadzonych w latach 2011-2012, blisko czwarta część mieszkańców Polski w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie grała na pieniądze, 2,5% mieszkańców Polski jest zagrożonych uzależnieniem od Internetu, a nawet 10% ma rzeczywisty problem z uzależnieniem od pracy [20]. Trafne wydaje się zatem założenie, zgodnie z którym każdy lekarz ma szansę spotkać w swojej pracy pacjenta z uzależnieniem behawioralnym. Powinien on tym samym wiedzieć, w jaki sposób zorganizowana jest i w jaki sposób funkcjonuje system opieki zdrowotnej w zakresie leczenia uzależnień behawioralnych w Polsce.

Opieka psychiatryczna sprawowana nad osobami, u których zdiagnozowano uzależnienia behawioralne, stanowi część funkcjonującego w Polsce systemu ochrony zdrowia psychicznego. Z tego względu rzetelne przedstawienie problematyki tej grupy chorych wymaga przynajmniej zasygnalizowania ogólnego kontekstu funkcjonowania tego systemu.

### **2.1. Dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych**

Zasady i tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), akty wykonawcze do wskazanej ustawy oraz zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące szczegółowych warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach.

Zgodnie z przepisami przywołanej powyżej ustawy, osoby objęte powszechnym - obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, jak również osoby nieubezpieczone, które nie ukończyły 18. roku życia oraz kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu - zwane świadczeniobiorcami - mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, których celem jest

zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Warto przy tym zauważyć, iż ubezpieczonymi są nie tylko osoby pracujące lub pobierające świadczenia emerytalne albo rentowe, ale również bezrobotni zarejestrowani we właściwym Urzędzie Pracy oraz zgłoszeni przez nich członkowie ich rodzin.

Do korzystania ze świadczeń uprawnione są również osoby nieubezpieczone, które są obywatelami polskimi, zamieszkują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz spełniają określone kryterium dochodowe. W odniesieniu do tej grupy osób dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń zdrowotnych jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta. Decyzja może zostać wydana na wniosek pacjenta, z inicjatywy organu gminy lub na wniosek właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, a w przypadku stanu nagłego - na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczenia.

Na podstawie szczególnych regulacji zawartych w ustawach: z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2012 r. poz. 1356 z późn. zm.); z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr. 231, poz. 1375 z późn. zm.) oraz z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r. poz. 124 z późn. zm.) wskazane w nich osoby uprawnione są do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej niezależnie od statusu ubezpieczeniowego. I tak:

1. osoby uzależnione od alkoholu uprawnione są do bezpłatnych świadczeń w zakresie leczenia odwykowego (art. 21 ust. 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi);
2. osoby chore psychicznie (z zaburzeniami psychotycznymi) i upośledzone umysłowo uprawnione są do bezpłatnych świadczeń w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz, gdy osoby te przebywają w szpitalu psychiatrycznym, produktów leczniczych, wyrobów medycznych, wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, wyposażenia wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz aktywnych wyrobów medycznych do implantacji, i środków pomocniczych (art. 10 ust. 1 i 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego);



3. osobom uzależnionym od środków odurzających, substancji psychotropowych przysługują natomiast bezpłatne świadczenia z zakresu leczenia uzależnienia oraz rehabilitacji i reintegracji społecznej (art. 26 ust. 5 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii).

Wskazane powyżej szczególne uprawnienia do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych nie będą jednak dotyczyły osób ze zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi w postaci uzależnień behawioralnych, gdyż cierpiących na nie osób nie sposób uznać za chore psychicznie, upośledzone umysłowo lub uzależnione od wskazanych w przepisach: alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych.

### **2.1.1. Organizacja opieki zdrowotnej nad osobami z uzależnieniami behawioralnymi**

Opieka zdrowotna nad osobami z szeroko rozumianymi zaburzeniami psychicznymi jest realizowana w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej i szpitalnej oraz opieki środowiskowej. Należy przy tym wyraźnie zaznaczyć, iż świadczenia gwarantowane finansowane ze środków publicznych są udzielane jedynie przez podmioty, które zawarły umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Wykazy podmiotów leczniczych posiadających umowy z NFZ z obszaru danego województwa są dostępne na stronach internetowych poszczególnych Oddziałów Wojewódzkich NFZ oraz w ich siedzibach. Świadczenia udzielane osobom ubezpieczonym finansowane są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia pochodzących ze składek ubezpieczonych. Fundusz finansuje również świadczenia udzielane osobom nieubezpieczonym, jednakże czyni to wykorzystując środki przekazywane w formie dotacji z budżetu państwa.

Istotnym założeniem ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych było przyznanie świadczeniobiorcy prawa do swobodnego wyboru świadczeniodawcy udzielającego m.in. ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych oraz świadczeń stacjonarnych (art. 29 i 30). Wybór ten nie jest ograniczony miejscem zamieszkania świadczeniobiorcy ani też miejscem wykonywania świadczeń przez świadczeniodawcę. Ograniczenie stanowi jedynie fakt zawarcia lub niezawarcia przez świadczeniodawcę umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z podmiotem finansującym takie świadczenia [104].

Intencją wprowadzenia przedmiotowych przepisów, wzorowanych na uregulowaniach zawartych w nieobowiązujących już: ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, znoszących funkcjonującą uprzednio w ochronie zdrowia rejonizację, było zwiększenie dostępu do świadczeń zdrowotnych. W kontekście skutecznych metod leczenia uzależnień behawioralnych, które koncentrują się na długookresowej psychoterapii, jak również z uwagi na specyfikę leczenia farmakologicznego zaburzeń psychicznych, uprawnienie pacjenta, o którym mowa we wskazanych powyżej przepisach ma zastosowanie do osób z rozpoznaniem uzależnień behawioralnych w bardzo ograniczonym zakresie. Trudno bowiem mówić o możliwości korzystania z prawa, którego realizacja wiązałaby się z koniecznością wielotygodniowego, regularnego uczestniczenia pacjenta w terapii w miejscu znacznie oddalonym od miejsca jego zamieszkania. Negatywną konsekwencją wprowadzenia przedmiotowych przepisów jest nieogłaszanie przez niektóre Oddziały Wojewódzkie NFZ konkursów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w wybranych zakresach, które uzasadniane jest właśnie zapewnieniem dostępu do świadczeń poprzez ich udzielanie przez podmioty w innych województwach.

Ostatnia nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dokonana ustawą z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, wprowadziła m. in. przepisy zawierające definicje ciągłości oraz kompleksowości świadczeń opieki zdrowotnej. Przy czym, definicje powyższych terminów, w analogicznym brzmieniu, zawarte były dotychczas w zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Co istotne, również przed wspomnianą nowelizacją, dyrektorzy Oddziałów Wojewódzkich NFZ zobowiązani byli do kierowania się powyższymi kryteriami w postępowaniu w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami na podstawie art. 142 ww. ustawy. Podniesienie do rangi ustawowej omawianych terminów nie wpłynie zatem znacząco na jakość świadczeń, z których korzystać mogą osoby z uzależnieniami behawioralnymi. W przypadku ciągłości definiowanej jako „organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w dniu złożenia oferty

w postępowaniu w sprawie zawarcia umów” oraz kompleksowości definiowanej jako „możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie obejmującą wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, w szczególności strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie”, przy jednoczesnym rozproszeniu w „koszyku psychiatrycznym” świadczeń dla osób z rozpoznaniem F60-F69 realizowanych w poszczególnych warunkach (ambulatoryjnych, dziennych i stacjonarnych opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień) oraz zakresach świadczeń, niewiele podmiotów będzie oferowało wszechstronną opiekę zdrowotną.

Wydaje się zatem, iż obecnie funkcjonujący system opieki zdrowotnej nad osobami z uzależnieniami behawioralnymi nie będzie w pełni efektywny do czasu opracowania optymalnego schematu leczenia tych zaburzeń, który następnie, jako produkt kontraktowy umieszczony w stosownych aktach prawnych, będzie mógł być finansowany ze środków publicznych.

Do tego czasu, informacją istotną zarówno dla lekarzy jak i pacjentów jest treść art. 20 przywołanej powyżej ustawy, zgodnie z którym świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania. Dni i godziny udzielania świadczeń określają umowy zawierane przez świadczeniodawców z NFZ, a informacje te dostępne są na stronach internetowych oraz w siedzibach właściwych Oddziałów Wojewódzkich NFZ. Obowiązkiem świadczeniodawcy wynikającym z przedmiotowego przepisu jest m.in. ustalenie kolejności udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorcy oraz pisemne informowanie świadczeniobiorcy o terminie udzielenia świadczenia.

### **2.1.2. Zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych**

Wykaz i warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w omawianym rodzaju zawiera rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień<sup>8</sup> - tzw. „rozporządzenie koszykowe” lub „koszyk psychiatryczny”. Przepisy „rozporządzenia

---

<sup>8</sup> Przepisy przedmiotowego rozporządzenia mają zastosowanie do świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2014 r. Do tego dnia obowiązują przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Istotne jest, iż w zakresie terapii uzależnień behawioralnych, przepisy obydwu aktów prawnych są tożsame.

koszykowego” stanowią, iż świadczenia zdrowotne dla osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, w zależności od rozpoznania klinicznego, rodzaju oraz nasilenia objawów występujących w przebiegu zaburzenia, realizowane są w warunkach doraźnej, stacjonarnej, dziennej i ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Analiza przyjętych rozwiązań prowadzi do stwierdzenia, że osoby z rozpoznaniem zaburzeń osobowości i zachowania dorosłych (F60-F69) wg ICD-10 mogą, do czasu wprowadzenia ewentualnych zmian w obowiązujących przepisach, korzystać ze świadczeń udzielanych:

1. w warunkach stacjonarnych opieki psychiatrycznej, w ramach:
  - świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych,
  - świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży,
  - świadczeń psychiatrycznych dla chorych somatycznie,
  - leczenia zaburzeń nerwicowych dla dorosłych,
2. w warunkach stacjonarnych leczenia uzależnień, w ramach:
  - leczenia uzależnień (tyko dla kategorii diagnostycznych: patologiczny hazard (F63.0), inne zaburzenia nawyków i popędów (F63.8)),
  - świadczeń terapii uzależnienia od alkoholu (tyko dla kategorii diagnostycznych: patologiczny hazard (F63.0), inne zaburzenia nawyków i popędów (F63.8)),
  - świadczeń terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi, głównie psychotycznymi (podwójna diagnoza) (tyko dla kategorii diagnostycznych: osobowość paranoiczna (F60.0), osobowość schizoidalna (F60.1), osobowość dyssocjalna (F60.2), osobowość chwiejna emocjonalnie (borderline) (F60.3), osobowość histrioniczna (F60.4)),
  - świadczeń rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi, głównie psychotycznymi (podwójna diagnoza) (tyko dla kategorii diagnostycznych: osobowość paranoiczna (F60.0), osobowość schizoidalna (F60.1), osobowość dyssocjalna (F60.2), osobowość chwiejna emocjonalnie (borderline) (F60.3), osobowość histrioniczna (F60.4)),
3. w warunkach dziennych opieki psychiatrycznej, w ramach:
  - świadczeń dziennych psychiatrycznych dla dorosłych,
  - świadczeń dziennych leczenia zaburzeń nerwicowych,

4. w warunkach dziennych leczenia uzależnień (tyko dla kategorii diagnostycznych: patologiczny hazard (F63.0), inne zaburzenia nawyków i popędów (F63.8)), w ramach:
  - świadczeń dziennych terapii uzależnienia od alkoholu,
  - świadczeń dziennych terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych,
  - świadczeń dziennych leczenia uzależnień,
5. w warunkach ambulatoryjnych opieki psychiatrycznej, w ramach:
  - świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych,
  - leczenia nerwic,
  - świadczeń seksuologicznych i patologii współżycia,
  - świadczeń psychologicznych,
  - leczenia środowiskowego (domowego) – w przypadkach rozpoznań wymagających opieki środowiskowej z powodu znacznego stopnia zaburzenia funkcjonowania społecznego,
6. w warunkach ambulatoryjnych leczenia uzależnień (tyko dla kategorii diagnostycznych: patologiczny hazard (F63.0), inne zaburzenia nawyków i popędów (F63.8)), w ramach:
  - leczenia uzależnień,
  - świadczeń terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia,
  - świadczeń terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży,
  - świadczeń terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol.

Przepisy "koszyka psychiatrycznego" odzwierciedlają możliwości bezpłatnej terapii uzależnień behawioralnych, gdyż tylko podmioty posiadające umowę z NFZ o udzielanie świadczeń we wskazanych powyżej zakresach mogą prowadzić terapię tych zaburzeń finansowaną ze środków publicznych. Jednocześnie, przepisy ww. rozporządzenia ukazują niejednoznaczności wynikające z braku precyzyjnie określonej klasyfikacji uzależnień behawioralnych, wskazując na możliwość leczenia niektórych z nich zarówno w placówkach opieki psychiatrycznej jak i leczenia uzależnień. W podwójnym przyporządkowaniu uzależnień behawioralnych (do opieki psychiatrycznej i do leczenia uzależnień) brak jest jednak konsekwencji - uzależnienia behawioralne nie mogą być leczone np. w ramach świadczeń rehabilitacji psychiatrycznej, w zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz hostelach.

Ich terapia jest natomiast możliwa w warunkach ambulatoryjnych leczenia środowiskowego (domowego). Dzieci oraz młodzież z rozpoznaniem F60-F69 nie mogą być leczone w ramach psychiatrycznych oddziałów dziennych oraz świadczeń ambulatoryjnych, choć jednocześnie wskazana grupa może być leczona w stacjonarnych oddziałach psychiatrycznych. W placówkach leczenia uzależnień, niektóre z rozpoznań mieszczących się grupie F60-F69 mogą być leczone w ramach świadczeń, które z samej nazwy wykluczać powinny taką możliwość. Są to np.: świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu, świadczenia dzienne terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych, świadczenia rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi.

Warto również zwrócić uwagę na istotne różnice w wymaganiach dotyczących personelu mającego udzielać świadczeń zdrowotnych osobom ze zdiagnozowanymi uzależnieniami behawioralnymi. Odmienność regulacji dotyczących liczebności, struktury i kwalifikacji personelu w opiece psychiatrycznej oraz leczeniu uzależnień - jeżeli przyjęć założenie o celowości przyjętych rozwiązań - rodzi uzasadnione wątpliwości, co do możliwości terapii przedmiotowych zaburzeń w ramach wszystkich wskazanych świadczeń (form leczenia, rodzajów oddziałów i poradni).

Wskazane powyżej okoliczności w znacznym stopniu utrudniają zapewnienie pacjentom z uzależnieniami behawioralnymi kompleksowej i ciągłej, a przede wszystkim skutecznej opieki zdrowotnej. Dlatego tak istotne wydaje się podejmowanie działań mających na celu jak najgłębsze poznanie problematyki uzależnień behawioralnych, które umożliwi precyzyjne określenie zakresu świadczeń koniecznych w terapii tych zaburzeń.

## **2.2. Zgoda na leczenie a wola podjęcia terapii.**

Jedną z podstawowych zasad systemu opieki zdrowotnej w Polsce, a jednocześnie jednym z podstawowych praw pacjenta jest wyrażenie zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Zasada ta zawarta jest w art. 47 Konstytucji RP, wiążących Polskę umowach międzynarodowych<sup>9</sup> oraz podstawowych ustawach normujących funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia i jego relacje z pacjentami, tj.: ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz.417 ze zm.) oraz ustawie

---

<sup>9</sup> Np.: art. 9 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych oraz art. 5 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności.

z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 ze zm.). Wskazane powyżej akty prawne, jak również bogate piśmiennictwo i judykatura pozwalają sformułować cechy jakimi powinna się odznaczać zgoda pacjenta, by mogła zostać uznana za podstawę interwencji leczniczej. Aby była prawnie skuteczna zgoda powinna być: świadoma, dobrowolna i uprzednia, jak również powinna zostać wyrażona przez osobę uprawnioną (najczęściej sam pacjent, ale w określonych sytuacjach dopuszczalne jest wyrażenie zgody przez inny podmiot) i przybrać właściwą formę.

Odstępstwem od wskazanej powyżej zasady dobrowolności jest leczenie wbrew woli. Leczenie przymusowe jest w istocie zaprzeczeniem zasady dobrowolności. Stanowi ono rozwiązanie bardzo silnie ingerujące w sferę praw i wolności jednostki. Tym niemniej, z uwagi na interes zdrowotny zbiorowości, interes samego pacjenta lub przeważający interes osoby trzeciej (np. dziecka), albo nawet interes wymiaru sprawiedliwości, dopuszczalne są sytuacje, w których możliwe jest podjęcie leczenia bez zgody, a nawet wbrew woli pacjenta.

Prawny przymus leczenia w obowiązującym stanie prawnym przewidują m.in. przepisy:

1. ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego;
2. ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi – regulujące w art. 24-36 problematykę tzw. sądowego zobowiązania osoby uzależnionej od alkoholu do leczenia odwykowego [105];
3. ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii – przewidującej, w art. 30 możliwość skierowania uzależnionego małoletniego przez sąd, na wniosek przedstawiciela ustawowego, krewnych w linii prostej, rodzeństwa lub faktycznego opiekuna albo z urzędu, na przymusowe leczenie i rehabilitację [106].

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego jako zasadę również przyjmuje obowiązek uzyskania zgody pacjenta. Należy przy tym zauważyć, iż zawiera ona własną definicję zgody (art. 3 pkt 4), zgodnie z którą pod pojęciem tym należy rozumieć „swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która – niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego – jest zdolna do zrozumienia przekazywanej w sposób dostępny informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania”.

Zgoda pacjenta wymagana jest zarówno dla badania psychiatrycznego, przyjęcia do szpitala, jak również udzielenia określonych świadczeń (stwarzających podwyższone ryzyko

dla zdrowia i życia pacjenta hospitalizowanego bez zgody). W sytuacji, gdy zachowanie osoby wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, może być ona poddana badaniu psychiatrycznemu bez jej zgody, a gdy jest małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie - bez zgody jej przedstawiciela ustawowego (art. 21). Decyzję o przeprowadzeniu badania bez zgody pacjenta lub zgody jego przedstawiciela ustawowego podejmuje lekarz psychiatra, informując pacjenta lub przedstawiciela ustawowego o przyczynie przeprowadzenia badania bez jego zgody. Gdy nie ma możliwości interwencji lekarza psychiatry, decyzję powyższą może podjąć również lekarz innej specjalności. Istotne jest jednak, że nie istnieje możliwość przymusowego przeprowadzenia badania psychiatrycznego osoby zagrażającej jedynie swemu zdrowiu (konieczne jest stwierdzenie zagrożenia życia tej osoby).

Przymusowa hospitalizacja w szpitalu psychiatrycznym dopuszczalna jest, gdy dotychczasowe zachowanie osoby chorej psychicznie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. Z uwagi na konieczność stwierdzenia u pacjenta choroby psychicznej, którą ustawa definiuje jako zaburzenia psychotyczne, niemożliwe jest zastosowanie tego trybu wobec osoby ze zdiagnozowanym uzależnieniem behawioralnym. W odniesieniu do tej grupy chorych możliwe byłoby natomiast zastosowanie procedury opisanej w art. 24 ustawy, zgodnie z którą do szpitala psychiatrycznego może zostać przyjęta osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, zaś zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie. Celem tego przyjęcia jest ustalenie czy osoba ta jest chora psychicznie. Pobyt w szpitalu nie może jednak trwać dłużej niż 10 dni. Podobnie jak w przypadku poddania pacjenta przymusowemu badaniu psychiatrycznemu dopuszczalność przymusowej obserwacji w szpitalu psychiatrycznym zależy od spełnienia warunku zagrożenia dla własnego życia albo życia lub zdrowia innych osób. Zagrożenie to musi mieć przy tym charakter bezpośredni

Odmienne zostały ukształtowane przesłanki przyjęcia do szpitala psychiatrycznego na podstawie uprzedniego orzeczenia sądu. Zgodnie z art. 29 ustawy hospitalizowana przymusowo może być osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje, że nieprzyjęcie jej do szpitala spowoduje pogorszenie stanu jej zdrowia oraz osoba niezdolna do zaspokajania swoich podstawowych potrzeb życiowych, a istnieją uzasadnione przewidywania, że



umieszczenie jej w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę stanu jej zdrowia. O umieszczeniu w szpitalu orzeka sąd na wniosek małżonka, rodzeństwa, krewnych w linii prostej bądź przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, placówki opieki społecznej.

Analiza wskazanych powyżej postanowień ustawy o ochronie zdrowia psychicznego pozwala stwierdzić, że w chwili obecnej brak jest podstaw do zastosowania jakiejkolwiek formy przymusowego postępowania terapeutycznego wobec osób ze zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi w postaci uzależnień behawioralnych.

### 3. Szczególne aspekty cywilno-prawne dotyczące uzależnień behawioralnych

Prawo cywilne to zespół norm regulujących najszerszy zakres stosunków społecznych [107]. Normy te odnoszą się przede wszystkim do stosunków o charakterze majątkowym, jednakże istotna ich część dotyczy również stosunków niemajątkowych (np. tzw. dóbr osobistych, takich jak: zdrowie, cześć, wolność, swoboda sumienia, tajemnica korespondencji, itp.). Jednymi z podstawowych, a przede wszystkim najistotniejszych z punktu widzenia tematyki niniejszego rozdziału, zasad prawa cywilnego są: przyjęta w prawie cywilnym metoda regulacji polegająca na równorzędności stron stosunków cywilnoprawnych<sup>10</sup> oraz zasada autonomii podmiotów podlegających regulacjom cywilnoprawnym i związana z nią zasada swobody umów<sup>11</sup>. Z zasad tych wynika konieczność oceny wszelkich okoliczności, w tym przede wszystkim zdrowotnych, które mogą wpływać na cywilnoprawne skutki działań osób ze zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi w postaci uzależnień behawioralnych. Uzależnienia behawioralne wpływać bowiem mogą zarówno na wolę i swobodę jej wyrażenia przez strony stosunków cywilno-prawnych, jak i inne okoliczności tych stosunków.

Z uwagi na ich znaczenie dla zarysowania sytuacji osób z uzależnieniami behawioralnymi w obszarze prawa cywilnego, w tej części rozdziału zostaną przedstawione i pokrótce scharakteryzowane podstawowe zagadnienia związane z ważnością i skutecznością czynności prawnych oraz tematyka ubezwłasnowolnienia.

#### 3.1. Możliwość uchylenia się od cywilno-prawnych skutków własnych działań

Jedną z podstawowych zasad prawa cywilnego jest autonomia podmiotów podlegających regulacjom cywilnoprawnym i związana z nią zasada swobody umów. Strony stosunków cywilno-prawnych mają swobodę kształtowania wzajemnych relacji, czego

---

<sup>10</sup> Dla zobrazowania istoty zasady równości można zestawić cywilno-prawną metodę regulacji z metodą przyjętą np. w prawie administracyjnym, gdzie podmiot, który jest organem administracji publicznej ma większe prawa od innych podmiotów – co więcej może na nie oddziaływać w sposób władczy. Należy przy tym zaznaczyć, iż równość stron stosunków cywilno-prawnych ma przede wszystkim wymiar formalny i nie musi wiązać się z faktyczną równością możliwości działania tych podmiotów.

<sup>11</sup> Podmioty będące stronami stosunku cywilnoprawnego są wzajemnie niezależne, czyli autonomiczne względem siebie. Przez swobodę umów należy natomiast rozumieć możliwość dowolnego ułożenia przez strony łączących je stosunków – w granicach, jakie wyznaczają przepisy prawa i zasady współżycia społecznego.

podstawowym sposobem jest składanie oświadczeń woli<sup>12</sup>. Na oświadczenie woli składa się akt woli (tzw. wola wewnętrzna – proces powstawania decyzji) oraz przejaw woli (tzw. wola zewnętrzna - uzewnętrznienie tej decyzji). Na treść, jak również fakt złożenia oświadczenia woli, a w dalszej kolejności na powstanie, wygaśnięcie lub zmianę stosunku cywilnoprawnego, mogą mieć wpływ nieprawidłowości dotyczące procesu decyzyjnego i ujawnienia woli oraz atypowe okoliczności złożenia oświadczenia woli. Z tego względu ustawodawca przewidział, w jakich okolicznościach pewne stany psychiki i wiedzy człowieka towarzyszące procesowi składania oświadczenia woli (tj. aktowi woli i jego oświadczeniu) wpływają na ważność czynności (wady oświadczenia woli). Uregulowane zostały również kwestie związane ze skutkami stosunków prawnych powstałych w okolicznościach, gdzie oświadczenie woli nie było obciążone błędem, ale zostało złożone w szczególnych okolicznościach (wyzysk), oraz stosunków prawnych, którym z różnych względów ustawodawca odmówił możliwości egzekucji (zobowiązania naturalne). Bez wątpienia wszystkie te regulacje mogą znaleźć zastosowanie w odniesieniu do osób, u których zdiagnozowano uzależnienia behawioralne.

### **3.1.1. Wady oświadczenia woli i ich konsekwencje.**

Polskie prawo cywilne w szerokiej mierze uwzględnia stany psychiki osoby składającej oświadczenie woli, ale ponadto także interesy oraz dobrą wiarę osób, do których oświadczenie woli jest kierowane (adresata). Wadami oświadczenia woli są szczególne stany faktyczne, wskazane przez ustawodawcę, które uzasadniają pozbawienie oświadczenia woli skuteczności prawnej. Skutkiem wady oświadczenia woli może być przy tym:

1. bezwzględna nieważność czynności prawnej, co oznacza, że czynność taka od momentu jej dokonania nie wywołuje żadnych skutków prawnych i nie ma możliwości przywrócenia jej ważności,

---

<sup>12</sup> Oświadczenia woli stanowią najistotniejszą kategorię spośród tzw. zdarzeń cywilnoprawnych - fakty (okoliczności), z którymi normy prawa cywilnego wiążą określone w konsekwencje cywilnoprawne tj. powstanie, zmianę lub ustanie stosunku cywilnoprawnego albo skutki w sferze podmiotowości cywilnoprawnej (np. urodzenie się dziecka powoduje powstanie zdolności prawnej). Oświadczeniem woli jest każde zachowanie człowieka (wyrażone ustnie, na piśmie, przez gest), które zmierza do wywołania skutku prawnego, polegającego na powstaniu, zmianie lub wygaśnięciu stosunku prawnego. Oświadczenia woli składane są zarówno przez wyjawienie woli składającego wprost, jak i w sposób dorozumiany (włożenie towaru do koszyka, a następnie wyłożenie go przy kasie stanowi oświadczenie woli przyjęcia oferty sprzedaży tego towaru - zobowiązanie nabywcy do zapłaty określonej ceny i odebrania towaru, a sprzedawcy do przeniesienia własności towaru na nabywcę oraz jego wydania).

2. względna nieważność czynności prawnej, co oznacza, że czynność taka jest ważna i wywołuje skutki, jednakże może ona zostać zakwestionowana przez osobę wskazaną przez ustawodawcę i w czasie przez niego wskazanym.

Wadami oświadczeń woli w prawie polskim są:

1. brak świadomości i swobody (art. 82 Kodeksu cywilnego, dalej: k.c.),
2. błąd (art. 84-85 k.c.),
3. podstęp osoby trzeciej (art. 86 k.c.),
4. groźba (art. 87 i 88 k.c.).

Brak świadomości jest wadą związaną z pozostawaniem w stanie psychicznym, który całkowicie uniemożliwia świadome lub swobodne podjęcie decyzji i wyrażenie woli.

Brak swobody zachodzi wówczas, gdy proces decyzyjny i uzewnętrznienie woli zostają zakłócone przez czynniki powodujące niezdolność wyboru między taką lub inną decyzją.

Oświadczenie woli dotknięte wadą braku świadomości lub swobody przy podejmowaniu lub wyrażaniu decyzji jest z mocy prawa nieważne, co oznacza, iż czynność prawna nie wywołuje zamierzonych skutków prawnych. Okoliczność tę sąd zobowiązany jest uwzględnić z urzędu, nawet jeśli żadna ze stron sporu się na nią nie powoła.

Za błąd uważa się niezgodne z rzeczywistością wyobrażenie o czynności, przy czym niezgodność ta może dotyczyć zarówno okoliczności faktycznych, jak i przepisów prawa<sup>13</sup>. Należy przy tym zauważyć, iż aby został uznany za wadę oświadczenia woli błąd musi być istotny, co oznacza, że gdyby składający oświadczenie woli nie pozostawał w błędzie, nie złożyłby oświadczenia tej treści. Jeżeli oświadczenie woli zostało skierowane do drugiej osoby, możliwość powołania się na błąd uzależniona jest od spełnienia jednego z poniższych warunków:

1. błąd został wywołany przez adresata oświadczenia woli,
2. adresat wiedział o błędzie,
3. adresat mógł się z łatwością o błędzie dowiedzieć.

---

<sup>13</sup> Powszechnie przyjęte rozumienie błędu oparte jest na orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 21 lutego 1973 r., III CRN 415/72), gdyż Kodeks cywilny nie definiuje tego terminu.

Podstęp uznawany jest za odrębną wadę oświadczenia woli lub kwalifikowaną postać błędu. Jest to umyślnie wywołane u składającego oświadczenie woli niezgodnego z rzeczywistością wyobrażenia o czynności w celu uzyskania oświadczenia woli.

Czynności dotknięte wadą w postaci błędu lub podstępu są ważne, ale mogą zostać unieważnione. W tym celu konieczne jest złożenie drugiej stronie oświadczenia woli o uchyleniu się od skutków swojego wcześniejszego, błędnego (będącego wynikiem podstępu) oświadczenia woli, wniesienie powództwa do właściwego sądu, a także w drodze zarzutu zgłoszonego w procesie w piśmie procesowym albo do protokołu sądowego. W wyniku złożenia oświadczenia woli o uchyleniu się od skutków prawnych, czynność prawna będzie traktowana jako nieważna od samego początku. Uchylenie się od skutków oświadczenia woli dopuszczalne jest jedynie w okresie jednego roku od wykrycia błędu (podstępu).

Groźba to zapowiedź wyrządzenia komuś zła na wypadek gdyby nie dokonał on żądanej czynności prawnej. Zgodnie z wypracowaną praktyką, aby mówić o groźbie w odniesieniu do wad oświadczenia woli, wymagane jest spełnienie łącznie dwóch przesłanek: bezprawności i powagi groźby w momencie składania oświadczenia woli. Między groźbą a złożonym oświadczeniem określonej treści musi istnieć związek przyczynowo-skutkowy, co oznacza, że w przypadku braku groźby dana osoba nie złożyłaby określonego oświadczenia woli.

Podobnie jak w przypadku błędu i podstępu, uchylenie się od skutków oświadczenia woli złożonego innej osobie pod wpływem groźby, możliwe jest przez oświadczenie woli złożone tej osobie na piśmie. Oświadczenie takie musi zostać złożone w okresie roku od ustania spowodowanej groźbą obawy.

Przedstawione w pierwszej części niniejszej publikacji charakter i nasilenie objawów, jakie mogą się wiązać z zaburzeniami psychicznymi w postaci uzależnień behawioralnych, wskazują na możliwość znalezienia się osób cierpiących na te zaburzenia w sytuacji, gdy składane przez nie oświadczenia woli będą dotknięte jedną z powyższych wad. Jak się wydaje będą to przede wszystkim sytuacje, w których na skutek objawów choroby doszło do wyłączenia możliwości swobodnego lub świadomego powzięcia decyzji. Jak wskazano powyżej, konsekwencją braku świadomości lub swobody w złożeniu oświadczenia woli jest jego bezwzględna (od momentu złożenia) nieważność. Istotne jest jednak, aby osoba, która takie wadliwe oświadczenie woli złożyła miała świadomość możliwości podniesienia tej okoliczności. W odniesieniu do pozostałych wad należy pamiętać, że dotknięte nimi

oświadczenia woli nie są bezwzględnie nieważne - od chwili złożenia są one dotknięte nieważnością względną. Oznacza to konieczność złożenia oświadczenia o uchyleniu się od ich skutków prawnych we wskazanym powyżej terminie. Po upływie tego terminu oświadczenia takie stają się w pełni wiążące.

### 3.1.2. Wyzysk

W praktyce obrotu cywilnoprawnego często dochodzi do sytuacji, w których łączące strony stosunki prawne nie wiążą się z identycznymi lub chociażby ekwiwalentnymi korzyściami dla każdej ze stron (np. sprzedaż rzeczy poniżej jej wartości rynkowej). Rażąca dysproporcja świadczeń, przy spełnieniu innych określonych ustawowo przesłanek może skutkować uznaniem łączącej strony umowy za wadliwą. Taką konsekwencję przyjął ustawodawca regulując w art. 388 k.c. instytucję wyzysku. Aby w realiach konkretnej sprawy można było mówić o wyzysku konieczne jest spełnienie trzech przesłanek ustawowych:

1. wartość świadczenia jednej strony w chwili jej zawarcia musi rażąco przewyższać wartość świadczenia drugiej strony,
2. strona, która w zamian za swoje świadczenie przyjmuje albo zastrzega dla siebie lub dla osoby trzeciej rażąco wygórowane świadczenie musi, mając tego świadomość, wykorzystać sytuację drugiej strony, dokonać „wyzysku”,
3. strona wyzyskiwana musi znajdować się w przymusowym położeniu, być dotknięta niedołęstwem lub cechować się niedoświadczeniem.

Powołując się na wadliwość umowy z uwagi na wyzysk strona musi udowodnić spełnienie wymienionych powyżej przesłanek. Istotne jest przy tym, iż uprawnienia pokrzywdzonego wygasają z upływem dwóch lat od dnia zawarcia umowy. W przypadku uznania, iż doszło do wyzysku możliwe jest zmniejszenie świadczenia jednego z kontrahentów, zwiększenia świadczenia drugiej strony, modyfikacja obu świadczeń jednocześnie, a w sytuacji gdy modyfikacja zarówno jednego, jak i drugiego świadczenia byłaby nadmiernie utrudniona – unieważnienie umowy. Wskazane uprawnienia pokrzywdzony wyzyskiem może realizować jedynie w postępowaniu sądowym.

### 3.2. Zobowiązania naturalne

W uzupełnieniu powyżej przedstawionych możliwości uchylenia się przez osobę, u której zdiagnozowano uzależnienia behawioralne, od skutków złożonych w wyniku choroby oświadczeń woli należy omówić problematykę tzw. zobowiązań naturalnych. Zobowiązania

naturalne określane są również jako zobowiązania niezupełne. Ich odmiennosc w stosunku do zobowiązań klasycznych polega na ograniczeniu uprawnień wierzyciela, który nie może ich dochodzić i egzekwować w celu odzyskania świadczenia. Oznacza to, iż dłużnik nie jest zobowiązany do świadczenia na rzecz wierzyciela, lecz w przypadku wykonania ciężącego na nim obowiązku nie może on, co do zasady, domagać się zwrotu swojego świadczenia (np. spłata przedawnionego długu). W polskim prawie do zobowiązań naturalnych zaliczane są roszczenia przedawnione, wynikające z gry lub zakładu (niesankcjonowanych przez państwo) oraz zobowiązania, których spełnienie nie jest zgodne z zasadami współżycia społecznego (np. prowadzi do popełnienia przestępstwa).

W przeciwieństwie do wcześniej omówionych wad oświadczeń woli (skutkujących nieważnością czynności prawnych), czy też wyzysku (gdzie możliwa była modyfikacja lub unieważnienie umowy), skutek uznania określonego zobowiązania za zobowiązanie naturalne ma odmienny charakter, a przede wszystkim o wiele węższy zakres zastosowania (jedynie do wskazanych w ustawie kategorii zobowiązań). Tym niemniej, regulacje dotyczące zobowiązań naturalnych mogą mieć duże znaczenie dla jednej z grup osób z uzależnieniami behawioralnymi – patologicznych hazardzistów. Zgodnie bowiem z art. 413 k.c., roszczeń z gry lub zakładu można dochodzić jedynie, gdy były one prowadzone w sposób legalny. Zakłady i gry prowadzone bez wymaganych prawem zgód nie mogą być podstawą dochodzenia roszczeń (zarówno roszczeń z tytułu stawek, jak i wygranych). Co więcej, jeżeli gra lub zakład były zakazane lub nierzetelne dopuszczalne jest dochodzenie zwrotu świadczenia (np. stawki zakładu).

Nie odnosząc się w tym miejscu do kwestii związków nielegalnych gier hazardowych i przestępczości należy stwierdzić, iż świadomość braku konieczności regulowania zobowiązań z takich gier przez patologicznych hazardzistów może mieć dla nich istotne znaczenie.

### **3.3. Ubezwłasnowolnienie osoby z uzależnieniem behawioralnym**

Problematyka ubezwłasnowolnienia stanowi ważny, ale i kontrowersyjny element działań podejmowanych wobec osób niesamodzielnych, przeważnie cierpiących na zaburzenia psychiczne lub upośledzonych umysłowo. Ubezwłasnowolnienie stanowi bowiem bardzo silną ingerencję w sferę praw osobistych jednostki i dotyka podstawowych praw obywatelskich w zakresie swobodnego kierowania swym postępowaniem. Ten intruzywny

charakter instytucji ubezwłasnowolnienia przemawia za tym, by ingerencja ta występowała tylko w przypadkach uzasadnionych oraz zawsze i jedynie w interesie osoby ubezwłasnowolnionej. Z tego względu orzekanie w przedmiocie ubezwłasnowolnienia powierzone zostało sądom cywilnym, których zadaniem jest przeprowadzenie postępowania i wydanie orzeczenia odpowiadającego stanowi psychicznemu i interesom osoby, której to dotyczy.

Omówienie instytucji ubezwłasnowolnienia, w tym przede wszystkim przesłanek jego orzekania, należy jednak poprzedzić krótkim przypomnieniem takich pojęć jak zdolność prawna oraz zdolność do czynności prawnych.

### **3.3.1. Zdolność prawna i zdolność do czynności prawnych**

Podmiotami stosunku prawnego mogą być osoby fizyczne, osoby prawne, a także jednostki organizacyjne które nie są osobami prawnymi, którym ustawa przyznaje zdolność prawną. Ta możliwość występowania w charakterze podmiotu stosunku prawnego, czyli zdolność do tego, aby być podmiotem praw i obowiązków, określana jest jako zdolność prawna. Zdolność prawną ma każdy człowiek począwszy od urodzenia aż do momentu śmierci.

Od zdolności prawnej odróżnić należy zdolność do czynności prawnych, której posiadanie, w stosunku do osób fizycznych, uzależnione jest od wieku, a także od tego, czy dana osoba nie została częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolniona. Zdolność do czynności prawnych to możliwość nabywania praw, zaciągania zobowiązań i rozporządzania swoimi prawami poprzez własne działanie. Osoba poniżej 13 lat, chociaż ma zdolność prawną, nie może sama zaciągać zobowiązań, nabywać praw ani rozporządzać nimi, gdyż nie ma zdolności do czynności prawnych. Pełną zdolność do czynności prawnych uzyskują osoby, które ukończyły 18 lat, a także osoby małoletnie, które zawarły związek małżeński<sup>14</sup>. Ograniczoną zdolność do czynności prawnych mają osoby, które ukończyły 13 lat, ale nie ukończyły lat 18 i nie zostały całkowicie ubezwłasnowolnione. Ograniczoną zdolność do czynności prawnych mają również osoby częściowo ubezwłasnowolnione.

---

<sup>14</sup> W razie unieważnienia małżeństwa nie traci się tak uzyskanej pełnoletności.



### **3.3.2. Brak i ograniczona zdolność do czynności prawnych**

Brak zdolności do czynności prawnych oznacza brak możliwości samodzielnego (własnymi oświadczeniami woli) kształtowania sfery swoich praw i obowiązków. W odniesieniu do osób pozbawionych zdolności do czynności prawnych (małoletnich poniżej 13 lat i ubezwłasnowolnionych całkowicie), czynności prawnych dokonują ich odpowiednio umocowani przedstawiciele (przedstawiciele ustawowi, opiekunowie). Ograniczona zdolność do czynności prawnych cechuje przede wszystkim osoby małoletnie, które ukończyły 13 lat, jak również osoby ubezwłasnowolnione częściowo. Osoby takie mogą, co do zasady, dokonywać czynności prawnych, przez które zaciągają zobowiązania lub rozporządzają swoimi prawami, jedynie za zgodą przedstawiciela ustawowego (kuratora). Mogą one również dokonywać czynności, do ważności których ustawa nie wymaga zgody przedstawiciela (powszechnie zawierane umowy w drobnych, bieżących sprawach życia codziennego) oraz rozporządzać swoim zarobkiem, chyba że sąd opiekuńczy z ważnych powodów inaczej postanowi.

### **3.3.3. Uzależnienia behawioralne a przesłanki ubezwłasnowolnienia**

Zgodnie z polskim prawem ubezwłasnowolnienie może zostać orzeczone wobec osoby, która osiągnęła odpowiedni wiek (13 lat dla ubezwłasnowolnienia całkowitego oraz 18 lat dla ubezwłasnowolnienia częściowego), oraz:

1. jest chora psychicznie, niedorozwinięta umysłowo lub też dotknięta innego rodzaju zaburzeniami psychicznymi, w szczególności pijaństwem lub narkomanią (element psychiatryczny),
2. z powodu wskazanych powyżej zaburzeń nie jest w stanie kierować swym postępowaniem.

Jak zatem widać orzeczenie ubezwłasnowolnienia wymaga stwierdzenia choroby psychicznej lub innego rodzaju zaburzenia psychicznego. Istotne jest przy tym, iż konsekwencją tych zaburzeń (charakteru i nasilenia ich objawów) musi być brak lub ograniczona możliwość kierowania swoim postępowaniem przez osobę chorą. Podstawą ubezwłasnowolnienia nie może być zachowanie osoby, nieodpowiadające przyjętym w społeczeństwie kanonom obyczajowym i moralnym, chociażby wskazywało na brak możliwości kierowania swoim postępowaniem, jeśli nie wiąże się z przyczyną w postaci niedorozwoju umysłowego, choroby psychicznej bądź zaburzeń psychicznych [108]. Należy

zauważyć, iż jako przykładowe zaburzenia ustawodawca wskazuje „pijaństwo” i „narkomanię”, lecz nie jest to katalog zamknięty i podstawą ubezwłasnowolnienia mogą być również inne zaburzenia zaliczane do zaburzeń psychicznych. W tym kontekście należy stwierdzić, iż z uwagi na możliwość zakwalifikowania uzależnień behawioralnych do jednej z kategorii diagnostycznych Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), mogą one stanowić przesłankę ubezwłasnowolnienia. Konieczne jest oczywiście spełnienie również drugiej przesłanki opisującej wpływ stwierdzonych zaburzeń psychicznych na możliwość kierowania swoim postępowaniem. Za poglądem tym przemawia również orzeczenie Sądu Najwyższego dotyczące tzw. „marnotrawstwa”, zgodnie z którym może ono stanowić podstawę ubezwłasnowolnienia jeżeli jego przyczyną są zaburzenia psychiczne [109].

Orzeczenie ubezwłasnowolnienia stanowi uprawnienie a nie obowiązek sądu. Dlatego też, przy rozstrzyganiu konkretnej sprawy, sąd powinien rozważyć wszystkie jej okoliczności, a przede wszystkim mieć na względzie interes osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie [110]. Bowiem ubezwłasnowolnienie jest instytucją powołaną w wyłącznym interesie osoby chorej, która z przyczyn określonych w art. 13 § 1 k.c. nie jest w stanie kierować swoim postępowaniem albo z przyczyn określonych w art. 16 § 1 k.c. potrzebuje pomocy do prowadzenia spraw życia codziennego. Instytucja ubezwłasnowolnienia nie służy dobru wnoszącego o ubezwłasnowolnienie i rodziny tegoż wnoszącego [111].

Orzeczenie ubezwłasnowolnienia nie może nastąpić na czas określony – obowiązuje ono aż do jego uchylecia (bądź też zmiany). Istotne jest przy tym, iż sąd może w razie poprawy stanu psychicznego zmienić ubezwłasnowolnienie całkowite na częściowe, a w razie pogorszenia się tego stanu - zmienić ubezwłasnowolnienie częściowe na całkowite.

Ustawodawca ograniczył katalog osób uprawnionych do złożenia wniosku o ubezwłasnowolnienie do małżonka, przedstawiciela ustawowego oraz krewnych w linii prostej (krewni, nie mogą zgłaszać wniosku o wszczęcie postępowania, jeżeli osoba, która ma być ubezwłasnowolniona ma przedstawiciela ustawowego). Inne osoby mogą jedynie złożyć wniosek do prokuratora o wszczęcie postępowania o ubezwłasnowolnienie. Wniosek o ubezwłasnowolnienie powinien zawierać: zakres ubezwłasnowolnienia, krótkie uzasadnienie przyczyn, dla których wniosek został złożony, informacje o stanie cywilnym osoby, która ma być ubezwłasnowolniona. Do wniosku należy dołączyć aktualne

zaświadczenie lekarskie z rozpoznaniem choroby. Jeżeli dołączenie tego ostatniego dokumentu nie jest możliwe, sąd może zarządzić badanie psychiatryczne. W sprawach o ubezwłasnowolnienie orzekają właściwe miejscowo Sądy Okręgowe. W przypadku braku miejsca zamieszkania - Sąd miejsca pobytu osoby mającej być ubezwłasnowolnioną. Należy jednak pamiętać, iż w przypadku orzeczenia ubezwłasnowolnienia konieczne będzie również orzeczenie w przedmiocie opieki/kurateli nad osobą ubezwłasnowolnioną. W tym zakresie właściwy będzie Sad Rejonowy (sąd opiekuńczy - wydział rodzinny i nieletnich) miejsca zamieszkania (ew. pobytu) osoby ubezwłasnowolnionej.

#### 4. Szczególne aspekty karno-prawne dotyczące uzależnień behawioralnych

Problem odpowiedzialności karnej osób cierpiących na zaburzenia psychiczne ma swoje korzenie w odległych początkach cywilizacji. Przekonanie o zasadności odmiennego traktowania osób chorych psychicznie, które weszły w konflikt z obowiązującymi normami moralnymi i prawnymi towarzyszy ludzkości praktycznie od wieków, przy czym podejście do tej kwestii stanowiło zawsze odzwierciedlenie sposobu pojmowania człowieka, na który wpływ miały myśl filozoficzno-religijna, nauka, jak również aktualne uwarunkowania społeczne. Dokonujący się na przestrzeni wieków rozwój nauki, w tym w szczególności psychiatrii i psychologii, umożliwił poznanie sposobu funkcjonowania ludzkiej psychiki oraz ocenę wpływu zaburzeń psychicznych na postrzeganie rzeczywistości i podejmowane przez człowieka działania, przyczyniając się tym samym do sformułowania warunków odpowiedzialności karnej.

Współcześnie stan zdrowia psychicznego sprawcy czynu zabronionego stanowi nie tylko istotną okoliczność wpływającą na możliwość uznania jego zachowania lub zaniechania za przestępstwo, ale determinuje również możliwość uczestnictwa sprawcy w procesie karnym oraz rodzaje oddziaływań, jakim może on zostać poddany w reakcji na popełniony czyn, jak również sposób ich wykonania. Wpływ oceny stanu zdrowia psychicznego sprawcy rozciąga się zatem zarówno na prawo karne materialne (stwierdzenie, czy czyn stanowił przestępstwo, oraz określenie możliwych do zastosowania sankcji), procesowe (możliwość udziału sprawcy w procesie karnym), jak i wykonawcze (możliwość i sposób wykonania orzeczonych sankcji).

Warunkiem uznania, iż działanie lub zaniechanie sprawcy stanowiło przestępstwo jest możliwość przypisania mu winy (art. 3. Kodeksu karnego<sup>15</sup>, dalej k.k.). Ważne jest by zwrócić uwagę nie tylko na problematykę niepoczytalności sprawcy, jako okoliczności wyłączającej winę, i wpływu zaburzeń w postaci uzależnień behawioralnych na możliwość stwierdzenia niepoczytalności sprawcy, ale także na zagadnienia związane z karami, środkami karnymi i środkami zabezpieczającymi, jakie mogą zostać orzeczone wobec sprawcy, w zależności m.in. od stanu jego zdrowia psychicznego.

---

<sup>15</sup> Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).

#### **4.1. Uzależnienia behawioralne a poczytalność**

Kodeks karny nie zawiera definicji poczytalności przyjmując założenie, że człowiek dojrzały, który osiągnął wskazany w Kodeksie wiek, jest zdolny do rozpoznania znaczenia swoich czynów i do kierowania swoim postępowaniem. Tym samym osobie takiej można przypisać winę za czyn zabroniony i obciążyć odpowiedzialnością karną. Bez wątpienia zaburzenia psychiczne mogą pozbawić człowieka tych zdolności lub wpłynąć na ich ograniczenie.

Analizując treść przepisów Kodeksu karnego wyróżnić można trzy przyczyny niepoczytalności, są to: upośledzenie umysłowe; choroba psychiczna oraz inne zakłócenia czynności psychicznych (art. 31.1. k.k.). Poczytalność ograniczoną definiuje się natomiast jako poczytalność zmniejszoną, spowodowaną takimi samymi jak w przypadku niepoczytalności okolicznościami, jednakże o innych konsekwencjach. Poczytalność ograniczona powoduje ograniczenie zdolności rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania postępowaniem w stopniu znacznym. Stwierdzenie niepoczytalności wyłącza możliwość przypisania sprawcy winy. Natomiast poczytalność ograniczona nie powoduje takiego skutku, zmniejsza jedynie jej stopień (art. 31.2. k.k.).

##### **4.1.1. Przesłanki stwierdzenia niepoczytalności**

Zawarte w art. 31.1 k.k. stwierdzenie, iż nie popełnia przestępstwa, kto z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem, określa niepoczytalność metodą dwuczłonową (tzw. mieszaną), z których pierwszy człon określa się jako psychiatryczny (lekarski), a człon drugi jako psychologiczny (prawniczy). Tak skonstruowana definicja wskazuje zatem, jako źródła niepoczytalności, chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub inne zakłócenia czynności psychicznych, zaś jako ich następstwa brak możliwości rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem. Stwierdzenie niepoczytalności sprawcy czynu zabronionego wymaga ustalenia, iż wystąpiły u niego zarówno jedna z przyczyn opisanych w pierwszym członie definicji, jak i jeden ze skutków opisanych w drugim członie definicji. Tym samym, wymienione człony wzajemnie się ograniczają, gdyż nie każde zaburzenie psychiczne daje podstawę do oceny niepoczytalności, lecz tylko takie, które pozbawia sprawcę zdolności

rozpoznania czynu lub pokierowania swoim postępowaniem, natomiast brak tych zdolności musi być spowodowany przez jedno z zaburzeń wymienionych w członie psychiatrycznym.

Z brzmienia art. 31 §1 i §2 k.k. wynika, iż stwierdzenie niepoczytalności sprawcy czynu zabronionego, u którego zdiagnozowano zaburzenia psychiczne pod postacią uzależnienia behawioralnego (jako innego zakłócenia czynności psychicznych), jest prawnie możliwe, pod warunkiem wszakże, iż zaburzenia te wywołają skutek w postaci braku zdolności rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania swoim postępowaniem. Analogicznie w przypadku poczytalności ograniczonej, zaburzenia te powinny wywołać skutek w postaci znacznego ograniczenia możliwości rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania swoim postępowaniem.

#### **4.1.2. Stwierdzenie uzależnień behawioralnych w toku postępowania karnego (przygotowawczego i sądowego)**

Jedną z naczelnych zasad prawa karnego procesowego (art. 2.1 pkt 1 Kodeksu postępowania karnego<sup>16</sup>, dalej k.p.k.) jest takie ukształtowanie postępowania karnego, aby sprawca przestępstwa został wykryty i pociągnięty do odpowiedzialności karnej, a osoba niewinna nie poniosła odpowiedzialności. Z tego względu organy prowadzące postępowanie (sąd, a w poprzedzającym postępowanie sądowe postępowaniu przygotowawczym - prokurator) zobowiązane są dążyć do wyjaśnienia wszelkich okoliczności popełnionego czynu zabronionego, w tym w szczególności możliwości przypisania sprawcy czynu winy. Dlatego też, jeżeli w trakcie postępowania karnego organ procesowy poweźmie wątpliwość co do stanu psychicznego oskarżonego, zasięga opinii biegłych psychiatrów. W tym celu sąd, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator, powołuje co najmniej dwóch biegłych psychiatrów (art. 193 par.1 k.p.k. i 202 par.1 k.p.k.). Przyznanie prawa do rozstrzygnięcia o potrzebie dokonania badania sądowo psychiatrycznego jedynie prokuratorowi i sądowi stanowi odzwierciedlenie przekonania, iż badanie psychiatryczne nie jest obojętne dla badanej osoby z punktu widzenia jej odczuć, jak również reputacji w społeczeństwie [112], dlatego powinno być ono przeprowadzane jedynie wtedy, gdy istnieją uzasadnione, oparte na konkretnych okolicznościach i dowodach wątpliwości, co do normalnego stanu psychicznego danej osoby. W art. 202.4 k.p.k. określone zostały podstawowe zadania biegłych psychiatrów, są to:

---

<sup>16</sup> Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz. U. Nr 89, poz. 555 z późn. zm.).

1. ocena poczytalności oskarżonego w okresie zarzucanego mu czynu,
2. ocena aktualnego stanu zdrowia i zdolności do udziału w postępowaniu.

W przypadku przewidywanym w art. 93 k.k. biegli powinni również dokonać oceny potrzeby zastosowania środka zabezpieczającego, związanego z umieszczeniem sprawcy w zakładzie zamkniętym. Biegli zobowiązani są ponadto odpowiedzieć na ewentualne dodatkowe pytania szczegółowe, określone przez organ powołujący biegłych.

Oceniając poczytalność biegli biorą pod uwagę konkretny, zarzucany sprawcy czyn zabroniony oraz konkretnie określony czas czynu. Istotne jest przy ustaleniu istnienia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy rodzajem zaburzeń, ich objawami i nasileniem w momencie popełnienia czynu zabronionego a jego rodzajem i okolicznościami popełnienia. Podstawą stwierdzenia niepoczytalności nie może być sama diagnoza, gdyż warunkiem stwierdzenia niepoczytalności jest również zaistnienie określonych prawem skutków w postaci zniesienia lub ograniczenia w stopniu znacznym zdolności rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem. Wypowiadając się na temat zdolności do udziału badanego w postępowaniu karnym biegli powinni ocenić, czy badany jest zdolny do świadomego w nim uczestnictwa i do obrony własnej, czy też wymaga pomocy obrońcy (art. 79.1.pkt 3 k.p.k.).

Swoją opinię (jedną, wspólną opinią) biegli wydają po osobistym zbadaniu oskarżonego. Jeżeli badanie ambulatoryjne nie daje podstaw do wydania opinii, w szczególności, w sprawach dużej wagi, gdy motywy zarzucanych oskarżonemu czynów są niejasne, lub gdy wystąpią trudności dotyczące diagnozy, biegli psychiatrzy mogą wnieść o poddanie sprawcy obserwacji psychiatrycznej (art. 203 k.p.k.). Uzasadniony wniosek biegłych podlega ocenie sądu i nie jest dla niego wiążący<sup>17</sup> (sąd może np. powołać innych biegłych, którzy wydadzą opinie po badaniu ambulatoryjnym). Jednocześnie, bez wniosku biegłych sąd nie może poddać oskarżonego obserwacji w szpitalu. Efektem badania oskarżonego przez biegłych psychiatrów (zarówno przeprowadzonego w warunkach ambulatoryjnych, jak i podczas obserwacji) jest opinia sądowo-psychiatryczna. Opinia ta stanowi jeden z dowodów w sprawie i podlega swobodnej ocenie sądu (art. 7 k.p.k.).

---

<sup>17</sup> Zgodnie z przepisami Kodeksu postępowania karnego z 1969 r. w postępowaniu przygotowawczym postanowienie o obserwacji mógł wydać prokurator. Obecnie prokurator występuje do sądu o wydanie stosownego postanowienia przedkładając wniosek biegłych, a decyzję na każdym etapie postępowania wydaje jedynie sąd. Rozwiązanie to stanowi gwarancję, iż decyzje o pozbawieniu wolności (a tak należy postrzegać obserwację sądowo-psychiatryczną) może podjąć jedynie niezawisły sąd.

## 4.2. Reakcja karna na czyn osoby z uzależnieniem behawioralnym

### 4.2.1. Konsekwencje niepoczytalności dla odpowiedzialności karnej (możliwość stosowania środków zabezpieczających)

Konsekwencją stwierdzenia niepoczytalności sprawcy czynu zabronionego jest brak możliwości przypisania mu winy. Tym samym popełniony przez osobę niepoczytalną czyn jest co prawda czynem zabronionym, nie stanowi jednak przestępstwa. Co za tym idzie, wobec sprawcy takiego czynu nie można zastosować przewidzianych w Kodeksie karnym lub innej ustawie kar i środków karnych. Nie oznacza to jednak, iż zachowania lub zaniechanie jakiego dopuścił się sprawca nie może wywołać dla niego określonych prawem konsekwencji. Konsekwencje te mają jednak odmienny od kar cel i charakter. Zgodnie bowiem z art. 94 k.k. sąd może orzec wobec sprawcy czynu zabronionego tzw. środek zabezpieczający.

Jak wynika z powyższych przepisów umieszczenie w zakładzie zamkniętym (szpitalu psychiatrycznym) jest dopuszczalne, a jednocześnie obligatoryjne, w przypadku, gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:

1. sprawca popełnił czyn zabroniony w stanie niepoczytalności,
2. popełniony czyn zabroniony był czynem o znacznej społecznej szkodliwości<sup>18</sup>,
3. zachodzi wysokie prawdopodobieństwo, że sprawca ponownie popełni czyn o znacznej społecznej szkodliwości,
4. zastosowanie środka zabezpieczającego jest niezbędne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego związanego z chorobą psychiczną, upośledzeniem umysłowym lub uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego.

Przed orzeczeniem tego środka sąd wysłuchuje lekarzy psychiatrów oraz psychologa. Najistotniejszą rolę odgrywa przy tym stopień prawdopodobieństwa, który musi być według wiedzy psychiatrii wysoki, tj. musi zachodzić realne niebezpieczeństwo, że sprawca popełni taki czyn ponownie [113]. Warto również zauważyć, iż sąd nie określa z góry czasu pobytu sprawcy w szpitalu natomiast, w przypadku gdy dalszy pobyt jest zbędny, ma obowiązek niezwłocznie zwolnić sprawcę z dalszego odbywania środka. Z przepisów Kodeksu karnego

---

<sup>18</sup> Społeczna szkodliwość czynu (jej stopień) wyraża się w naruszeniu lub możliwości naruszenia dobra prawnego, interesu jednostki lub całego społeczeństwa. Społeczna szkodliwość wiąże się z wyrządzeniem szkody, krzywdy, a więc z negatywnymi następstwami czynu, które dotyczą jedną lub więcej osób, jak również z rodzajem zamiaru i motywacją sprawcy.



wykonawczego (w szczególności art. 203 i akt. 204 k.k.w.) wynika obowiązek kierownika zakładu, w którym sprawca odbywa środek zabezpieczający, informowania sądu o stanie jego zdrowia i postępach w leczeniu co 6 miesięcy lub niezwłocznie, jeżeli w stanie zdrowia nastąpiła taka zmiana, że jego dalsze pozostawanie w zakładzie nie jest konieczne. We wskazanych odstępach czasu lub niezwłocznie, w przypadku, o którym mowa powyżej, sąd orzeka w przedmiocie dalszego stosowania tego środka.

W stosunku do osoby, która została zwolniona z dalszego odbywania środka, w okresie 5 lat od zwolnienia z zakładu, sąd może orzec ponowne jej umieszczenie w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, jeżeli popełni on ponownie czyn zabroniony o znacznej szkodliwości społecznej i zachodzi wysokie prawdopodobieństwo, że popełni taki czyn ponownie lub gdy jest to niezbędne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego związanego z jego chorobą psychiczną, upośledzeniem umysłowym lub uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego.

#### **4.2.2. Konsekwencje przy poczytalności ograniczonej (środek karny i kara w warunkach terapeutycznych)**

Poczytalność w znacznym stopniu ograniczona nie wyłącza winy, jednakże niewątpliwie zmniejsza jej stopień, co nie pozostaje bez wpływu na rozmiar odpowiedzialności karnej sprawcy [114]. Dlatego też, wobec sprawcy z ograniczoną w stopniu znacznym poczytalnością ustawodawca zezwala m.in. na zastosowanie nadzwyczajnego złagodzenia kary. Uznając możliwość przypisania oskarżonemu winy sąd, stosownie do art. 60 k.k., może orzec wobec niego karę poniżej dolnej granicy ustawowego zagrożenia dla danego przestępstwa albo karę łagodniejszego rodzaju (np. karę grzywny, czy ograniczenia wolności, zamiast kary pozbawienia wolności). Kodeks karny przewiduje przy tym szczegółowe zasady wymierzania kary złagodzonej. Jeżeli czyn stanowi zbrodnię<sup>19</sup> sąd wymierza karę nie niższą od 1/3 dolnej granicy kary przewidzianej przez ustawę. Jeżeli czyn jest występkiem<sup>20</sup>, a dolna granica kary za dane przestępstwo jest nie niższa od 1 roku pozbawienia wolności, to sąd orzeka grzywnę, karę ograniczenia wolności albo karę

---

<sup>19</sup> Zbrodnią jest przestępstwo zagrożone karą pozbawienia wolności powyżej 3 lat – dolna granica (art. 7 § 2 k.k.).

<sup>20</sup> Występkiem jest przestępstwo zagrożone grzywną powyżej 30 stawek dziennych, karą ograniczenia wolności albo karą pozbawienia wolności przekraczającą miesiąc (art. 7 § 3 k.k.).

pozbawienia wolności. Natomiast, jeśli czyn stanowi występki zagrożony karą poniżej 1 roku pozbawienia wolności – sąd wymierza grzywnę albo karę ograniczenia wolności.

Niezależnie od możliwości orzeczenia kary nadzwyczajnie złagodzonej sąd może zdecydować o zastosowaniu wobec sprawcy o znacznie ograniczonej poczytalności środka zabezpieczającego. W odróżnieniu jednak od środka stosownego wobec sprawców niepoczytalnych (stosowanego zamiast kary), środek stosowany wobec sprawcy o znacznie ograniczonej poczytalności polega na umieszczeniu sprawcy w zakładzie karnym, w którym stosuje się szczególne środki lecznicze lub rehabilitacyjne.

Wobec sprawcy o znacznie ograniczonej poczytalności możliwe jest również orzeczenie środka karnego, o którym mowa w art. 41c k.k. - zakaz wstępu do ośrodków gier i uczestnictwa w grach hazardowych. Środek ten został szerzej przedstawiony w dalszej części rozdziału. W tym miejscu należy jedynie zauważyć, iż środek ten, podobnie jak inne środki karne, może być orzekany obok lub zamiast kary za popełnione przestępstwo. W odniesieniu do sprawców o znacznie ograniczonej poczytalności, w szczególności gdy powodem tego ograniczenia był patologiczny hazard (F63.0 wg ICD-10), zasadne może być orzekanie wskazanego środka karnego w trybie art. 59 k.k., tj. w sytuacji gdy sąd odstępuje od wymierzenia kary, a cele kary zostaną osiągnięte przez wymierzenie środka karnego.

#### **4.2.3. Odpowiedzialność osoby poczytalnej (środki karne)**

Zgodnie z przyjętym w Kodeksie karnym założeniem, jeżeli w toku postępowania karnego nie stwierdzona została niepoczytalność lub znaczne ograniczenie poczytalności sprawcy, uznawany jest on za zdolnego do rozpoznania znaczenia swoich czynów, do kierowania swoim postępowaniem oraz poniesienia odpowiedzialności karnej. Należy jednak pamiętać, iż u osoby takiej mogą występować problemy zdrowotne, w szczególności zaburzenia psychiczne. Charakter i nasilenie objawów tych zaburzeń często nie stanowi wystarczającej podstawy stwierdzenia niepoczytalności lub znacznie ograniczonej poczytalności sprawcy, jednak zaburzenia te mogą pozostawać w istotnym związku z popełnionym przestępstwem.

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na ugruntowaną w polskim prawie karnym możliwość orzekania środka zabezpieczającego wobec sprawców, którzy dopuścili się przestępstw w związku z uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego. Wprowadzając do Kodeksu karnego odrębne regulacje dotyczące tej grupy sprawców

ustawodawca wskazał na konieczność uwzględnienia innych niż represyjno-wychowawczo-prewencyjne celów kary. Zgodnie bowiem z art. 96 k.k. sprawcę uzależnionego od alkoholu lub innej substancji odurzającej zamiast kierować do zakładu karnego, w celu odbycia kary pozbawienia wolności, sąd może umieścić w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego.

Rozwiązanie powyższe, wraz ze zbliżonymi przepisami zawartymi w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, wskazuje na zasadność odrębnego traktowania poczytalnych, ale uzależnionych sprawców przestępstw – przede wszystkim na terapeutyczny cel stosowanego wobec nich środka zabezpieczającego. Warto przy tym zauważyć, iż pozytywne wyniki leczenia mogą się przyczynić do skrócenia okresu pozbawienia wolności. Niestety, w stosunku do osób ze zdiagnozowanymi zaburzeniami w postaci uzależnień behawioralnych, ale uznanych za poczytalne, nawet jeżeli popełniły one przestępstwa związane z uzależnieniem, zastosowanie wskazanych rozwiązań nie jest możliwe, gdyż odnoszą się one jedynie do sprawców uzależnionych od alkoholu lub innych środków odurzających (art. 96 k.k.) albo środka odurzającego lub substancji psychotropowej (art. 71 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii).

W odniesieniu do osób ze zdiagnozowanym uzależnieniem od hazardu (hazard patologiczny), możliwe jest orzeczenie przewidzianego w art. 41c k.k. środka karnego – zakazu wstępu do ośrodków gier i uczestnictwa w grach hazardowych. Środek ten został wprowadzony do Kodeksu karnego w wyniku nowelizacji dokonanej ustawą z 19 listopada 2009 r. *o grach hazardowych*. Zakaz ten ma uniemożliwić wstęp do ośrodków gier osobom, które popełniły przestępstwo z udziałem lub w związku z urządzaniem gier hazardowych. Celem ujętym w uzasadnieniu wprowadzenia nowego środka karnego była pomoc osobom uzależnionym. Z twierdzeniem takim jednak trudno się zgodzić, gdyż orzeczeniu zakazu nie towarzyszy żadna forma terapii skazanego (uzależnionego). Wobec regulacji zawartej w art. 244 k.k. – penalizującej m.in. niestosowanie się do orzeczonego przez sąd zakazu wstępu do ośrodków gier i uczestnictwa w grach hazardowych – wydaje się, iż faktycznym celem wprowadzenia tego środka karnego były względy prewencyjne a nie chęć terapii uzależnionych. 6.

## Piśmiennictwo

- [1] Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA. Introduction to behavioral addictions. *The American journal of drug and alcohol abuse*. Sep;36(5):233-41.
- [2] Ledgerwood DM, Weinstock J, Morasco BJ, Petry NM. Clinical features and treatment prognosis of pathological gamblers with and without recent gambling-related illegal behavior. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 2007;35(3):294-301.
- [3] de Castro V, Fong T, Rosenthal RJ, Tavares H. A comparison of craving and emotional states between pathological gamblers and alcoholics. *Addictive behaviors*. 2007 Aug;32(8):1555-64.
- [4] Blanco C, Moreyra P, Nunes EV, Saiz-Ruiz J, Ibanez A. Pathological gambling: addiction or compulsion? *Seminars in clinical neuropsychiatry*. 2001 Jul;6(3):167-76.
- [5] Grant JE, Brewer JA, Potenza MN. The neurobiology of substance and behavioral addictions. *CNS spectrums*. 2006 Dec;11(12):924-30.
- [6] Grant JE, Potenza MN. Gender-related differences in individuals seeking treatment for kleptomania. *CNS spectrums*. 2008 Mar;13(3):235-45.
- [7] Petry NM. Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling? *Addiction (Abingdon, England)*. 2006 Sep;101 Suppl 1:152-60.
- [8] Potenza MN. Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction (Abingdon, England)*. 2006 Sep;101 Suppl 1:142-51.
- [9] Wareham JD, Potenza MN. Pathological gambling and substance use disorders. *The American journal of drug and alcohol abuse*. Sep;36(5):242-7.
- [10] Slutske WS, Piasecki TM, Blaszczynski A, Martin NG. Pathological gambling recovery in the absence of abstinence. *Addiction (Abingdon, England)*. Dec;105(12):2169-75.
- [11] Lejoyeux M, Tassain V, Solomon J, Ades J. Study of compulsive buying in depressed patients. *The Journal of clinical psychiatry*. 1997 Apr;58(4):169-73.
- [12] Grant JE, Kim SW. Temperament and early environmental influences in kleptomania. *Comprehensive psychiatry*. 2002 May-Jun;43(3):223-8.
- [13] Kim SW, Grant JE. Personality dimensions in pathological gambling disorder and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*. 2001 Nov 30;104(3):205-12.
- [14] Kelly TH, Robbins G, Martin CA, Fillmore MT, Lane SD, Harrington NG, et al. Individual differences in drug abuse vulnerability: d-amphetamine and sensation-seeking status. *Psychopharmacology*. 2006 Nov;189(1):17-25.

- [15] Cunningham-Williams RM, Cottler LB, Compton WM, 3rd, Spitznagel EL. Taking chances: problem gamblers and mental health disorders--results from the St. Louis Epidemiologic Catchment Area Study. *American journal of public health*. 1998 Jul;88(7):1093-6.
- [16] Tavares H, Gentil V. Pathological gambling and obsessive-compulsive disorder: towards a spectrum of disorders of volition. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007 Jun;29(2):107-17.
- [17] Presta S, Marazziti D, Dell'Osso L, Pfanner C, Pallanti S, Cassano GB. Kleptomania: clinical features and comorbidity in an Italian sample. *Comprehensive psychiatry*. 2002 Jan-Feb;43(1):7-12.
- [18] Bland RC, Newman SC, Orn H, Stebelsky G. Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. *Canadian journal of psychiatry*. 1993 Mar;38(2):108-12.
- [19] el-Guebaly N, Patten SB, Currie S, Williams JV, Beck CA, Maxwell CJ, et al. Epidemiological associations between gambling behavior, substance use & mood and anxiety disorders. *Journal of gambling studies / co-sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming*. 2006 Fall;22(3):275-87.
- [20] Moskalewicz J, Badora B, Gwiazda M, Herrmann M, Kalka J. Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących: hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych. Warszawa; 2012.
- [21] Potenza MN. Review. The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings. *Philosophical transactions of the Royal Society of London*. 2008 Oct 12;363(1507):3181-9.
- [22] Fineberg NA, Potenza MN, Chamberlain SR, Berlin HA, Menzies L, Bechara A, et al. Probing compulsive and impulsive behaviors, from animal models to endophenotypes: a narrative review. *Neuropsychopharmacology*. Feb;35(3):591-604.
- [23] Blanco C, Orensanz-Munoz L, Blanco-Jerez C, Saiz-Ruiz J. Pathological gambling and platelet MAO activity: a psychobiological study. *The American journal of psychiatry*. 1996 Jan;153(1):119-21.
- [24] Hollander E, Kwon J, Weiller F, Cohen L, Stein DJ, DeCaria C, et al. Serotonergic function in social phobia: comparison to normal control and obsessive-compulsive disorder subjects. *Psychiatry research*. 1998 Jul 13;79(3):213-7.

- [25] Dagher A, Robbins TW. Personality, addiction, dopamine: insights from Parkinson's disease. *Neuron*. 2009 Feb 26;61(4):502-10.
- [26] O'Sullivan SS, Evans AH, Lees AJ. Dopamine dysregulation syndrome: an overview of its epidemiology, mechanisms and management. *CNS drugs*. 2009;23(2):157-70.
- [27] Zack M, Poulos CX. Parallel roles for dopamine in pathological gambling and psychostimulant addiction. *Current drug abuse reviews*. 2009 Jan;2(1):11-25.
- [28] Weintraub D, Siderowf AD, Potenza MN, Goveas J, Morales KH, Duda JE, et al. Association of dopamine agonist use with impulse control disorders in Parkinson disease. *Archives of neurology*. 2006 Jul;63(7):969-73.
- [29] McElroy SL, Nelson EB, Welge JA, Kaehler L, Keck PE, Jr. Olanzapine in the treatment of pathological gambling: a negative randomized placebo-controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*. 2008 Mar;69(3):433-40.
- [30] Fong T, Kalechstein A, Bernhard B, Rosenthal R, Rugle L. A double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine for the treatment of video poker pathological gamblers. *Pharmacology, biochemistry, and behavior*. 2008 May;89(3):298-303.
- [31] Bostwick JM, Hecksel KA, Stevens SR, Bower JH, Ahlskog JE. Frequency of new-onset pathologic compulsive gambling or hypersexuality after drug treatment of idiopathic Parkinson disease. *Mayo Clinic proceedings*. 2009 Apr;84(4):310-6.
- [32] Black DW, Repertinger S, Gaffney GR, Gabel J. Family history and psychiatric comorbidity in persons with compulsive buying: preliminary findings. *The American journal of psychiatry*. 1998 Jul;155(7):960-3.
- [33] Black DW, Monahan PO, Temkit M, Shaw M. A family study of pathological gambling. *Psychiatry research*. 2006 Mar 30;141(3):295-303.
- [34] Slutske WS, Eisen S, True WR, Lyons MJ, Goldberg J, Tsuang M. Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men. *Archives of general psychiatry*. 2000 Jul;57(7):666-73.
- [35] Comings DE. Why different rules are required for polygenic inheritance: lessons from studies of the DRD2 gene. *Alcohol (Fayetteville, NY)*. 1998 Jul;16(1):61-70.
- [36] Lee YS, Han DH, Yang KC, Daniels MA, Na C, Kee BS, et al. Depression like characteristics of 5HTTLPR polymorphism and temperament in excessive internet users. *Journal of affective disorders*. 2008 Jul;109(1-2):165-9.

- [37] Petry NM, Oncken C. Cigarette smoking is associated with increased severity of gambling problems in treatment-seeking gamblers. *Addiction* (Abingdon, England). 2002 Jun;97(6):745-53.
- [38] Erbas B, Buchner UG. Pathological gambling: prevalence, diagnosis, comorbidity, and intervention in Germany. *Deutsches Arzteblatt international*. Mar;109(10):173-9.
- [39] Magalon D, Parola N, Habrat B, Pomianowski R, Woronowicz B. Diagnoza i terapia patologicznego hazardu. *Ogólnopolska konferencja szkoleniowa*. Białobrzegi Fundacja Zależni Nie-Zależni 2012.
- [40] Nalpas B, Yguel J, Fleury B, Martin S, Jarraud D, Craplet M. Pathological gambling in treatment-seeking alcoholics: a national survey in France. *Alcohol and alcoholism* (Oxford, Oxfordshire). Mar-Apr;46(2):156-60.
- [41] Stinchfield R, Kushner MG, Winters KC. Alcohol use and prior substance abuse treatment in relation to gambling problem severity and gambling treatment outcome. *Journal of gambling studies / co-sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming*. 2005 Fall;21(3):273-97.
- [42] Ledgerwood DM, Downey KK. Relationship between problem gambling and substance use in a methadone maintenance population. *Addictive behaviors*. 2002 Jul-Aug;27(4):483-91.
- [43] Toneatto T, Brennan J. Pathological gambling in treatment-seeking substance abusers. *Addictive behaviors*. 2002 May-Jun;27(3):465-9.
- [44] Walther B, Morgenstern M, Hanewinkel R. Co-occurrence of addictive behaviours: personality factors related to substance use, gambling and computer gaming. *European addiction research*.18(4):167-74.
- [45] Bagby RM, Vachon DD, Bulmash E, Quilty LC. Personality disorders and pathological gambling: a review and re-examination of prevalence rates. *Journal of personality disorders*. 2008 Apr;22(2):191-207.
- [46] Blaszczynski A, Steel Z. Personality Disorders Among Pathological Gamblers. *Journal of gambling studies / co-sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming*. 1998 Spring;14(1):51-71.
- [47] Breyer JL, Botzet AM, Winters KC, Stinchfield RD, August G, Realmuto G. Young adult gambling behaviors and their relationship with the persistence of ADHD. *Journal of gambling studies / co-sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming*. 2009 Jun;25(2):227-38.

- [48] Crockford D, Quickfall J, Currie S, Furtado S, Suchowersky O, El-Guebaly N. Prevalence of problem and pathological gambling in Parkinson's disease. *Journal of gambling studies / co-sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming*. 2008 Dec;24(4):411-22.
- [49] Voon V, Thomsen T, Miyasaki JM, de Souza M, Shafro A, Fox SH, et al. Factors associated with dopaminergic drug-related pathological gambling in Parkinson disease. *Archives of neurology*. 2007 Feb;64(2):212-6.
- [50] Lee JY, Kim JM, Kim JW, Cho J, Lee WY, Kim HJ, et al. Association between the dose of dopaminergic medication and the behavioral disturbances in Parkinson disease. *Parkinsonism & related disorders*. Mar;16(3):202-7.
- [51] Weintraub D, Koester J, Potenza MN, Siderowf AD, Stacy M, Voon V, et al. Impulse control disorders in Parkinson disease: a cross-sectional study of 3090 patients. *Archives of neurology*. May;67(5):589-95.
- [52] Sussman S, Lisha N, Griffiths M. Prevalence of the addictions: a problem of the majority or the minority? *Evaluation & the health professions*. Mar;34(1):3-56.
- [53] Barnes GM, Welte JW, Hoffman JH, Dintcheff BA. Shared predictors of youthful gambling, substance use, and delinquency. *Psychol Addict Behav*. 2005 Jun;19(2):165-74.
- [54] Desai RA, Krishnan-Sarin S, Cavallo D, Potenza MN. Video-gaming among high school students: health correlates, gender differences, and problematic gaming. *Pediatrics*. Dec;126(6):e1414-24.
- [55] Pallanti S, Bernardi S, Quercioli L. 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*. 2006 Dec;11(12):966-74.
- [56] Potenza MN, Wareham JD, Steinberg MA, Rugle L, Cavallo DA, Krishnan-Sarin S, et al. Correlates of at-risk/problem internet gambling in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Feb;50(2):150-9 e3.
- [57] Proimos J, DuRant RH, Pierce JD, Goodman E. Gambling and other risk behaviors among 8th- to 12th-grade students. *Pediatrics*. 1998 Aug;102(2):e23.
- [58] Comeau N, Stewart SH, Loba P. The relations of trait anxiety, anxiety sensitivity, and sensation seeking to adolescents' motivations for alcohol, cigarette, and marijuana use. *Addictive behaviors*. 2001 Nov-Dec;26(6):803-25.
- [59] Sher KJ, Bartholow BD, Wood MD. Personality and substance use disorders: a prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2000 Oct;68(5):818-29.



- [60] Teichman M, Barnea Z, Ravav G. Personality and substance use among adolescents: a longitudinal study. *British journal of addiction*. 1989 Feb;84(2):181-90.
- [61] Molina BS, Pelham WE, Jr. Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *Journal of abnormal psychology*. 2003 Aug;112(3):497-507.
- [62] Sihvola E, Rose RJ, Dick DM, Korhonen T, Pulkkinen L, Raevuori A, et al. Prospective relationships of ADHD symptoms with developing substance use in a population-derived sample. *Psychological medicine*. Dec;41(12):2615-23.
- [63] Tercyak KP, Audrain-McGovern J. Personality differences associated with smoking experimentation among adolescents with and without comorbid symptoms of ADHD. *Substance use & misuse*. 2003 Dec;38(14):1953-70.
- [64] Tyas SL, Pederson LL. Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tobacco control*. 1998 Winter;7(4):409-20.
- [65] Harakeh Z, Scholte RH, de Vries H, Engels RC. Association between personality and adolescent smoking. *Addictive behaviors*. 2006 Feb;31(2):232-45.
- [66] Seltzer CC, Oechli FW. Psychosocial characteristics of adolescent smokers before they started smoking: evidence of self-selection. A prospective study. *Journal of chronic diseases*. 1985;38(1):17-26.
- [67] Shead NW, Derevensky JL, Gupta R. Risk and protective factors associated with youth problem gambling. *International journal of adolescent medicine and health*. Jan-Mar;22(1):39-58.
- [68] Grall-Bronnec M, Wainstein L, Augy J, Bouju G, Feuillet F, Venisse JL, et al. Attention deficit hyperactivity disorder among pathological and at-risk gamblers seeking treatment: a hidden disorder. *European addiction research*.17(5):231-40.
- [69] Gentile DA, Choo H, Liau A, Sim T, Li D, Fung D, et al. Pathological video game use among youths: a two-year longitudinal study. *Pediatrics*. Feb;127(2):e319-29.
- [70] Toneatto T, Dragonetti R. Effectiveness of community-based treatment for problem gambling: a quasi-experimental evaluation of cognitive-behavioral vs. twelve-step therapy. *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*. 2008 Jul-Aug;17(4):298-303.
- [71] Mitchell JE, Burgard M, Faber R, Crosby RD, de Zwaan M. Cognitive behavioral therapy for compulsive buying disorder. *Behaviour research and therapy*. 2006 Dec;44(12):1859-65.

- [72] Petry NM, Ammerman Y, Bohl J, Doersch A, Gay H, Kadden R, et al. Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2006 Jun;74(3):555-67.
- [73] Dannon PN, Lowengrub K, Musin E, Gonopolsky Y, Kotler M. 12-month follow-up study of drug treatment in pathological gamblers: a primary outcome study. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2007 Dec;27(6):620-4.
- [74] Kim SW, Grant JE, Adson DE, Shin YC. Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. *Biological psychiatry*. 2001 Jun 1;49(11):914-21.
- [75] Grant JE, Kim SW, Hartman BK. A double-blind, placebo-controlled study of the opiate antagonist naltrexone in the treatment of pathological gambling urges. *The Journal of clinical psychiatry*. 2008 May;69(5):783-9.
- [76] Grant JE, Potenza MN, Hollander E, Cunningham-Williams R, Nurminen T, Smits G, et al. Multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling. *The American journal of psychiatry*. 2006 Feb;163(2):303-12.
- [77] Grant JE, Desai RA, Potenza MN. Relationship of nicotine dependence, subsyndromal and pathological gambling, and other psychiatric disorders: data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*. 2009 Mar;70(3):334-43.
- [78] Bostwick JM, Bucci JA. Internet sex addiction treated with naltrexone. *Mayo Clinic proceedings*. 2008 Feb;83(2):226-30.
- [79] Roncero C, Rodriguez-Urrutia A, Grau-Lopez L, Casas M. [Antiepileptic drugs in the control of the impulses disorders]. *Actas espanolas de psiquiatria*. 2009 Jul-Aug;37(4):205-12.
- [80] Raj YP. Gambling on acamprosate: a case report. *The Journal of clinical psychiatry*. Sep;71(9):1245-6.
- [81] Grant JE, Kim SW, Odlaug BL. N-acetyl cysteine, a glutamate-modulating agent, in the treatment of pathological gambling: a pilot study. *Biological psychiatry*. 2007 Sep 15;62(6):652-7.
- [82] Grant JE, Chamberlain SR, Odlaug BL, Potenza MN, Kim SW. Memantine shows promise in reducing gambling severity and cognitive inflexibility in pathological gambling: a pilot study. *Psychopharmacology*. Dec;212(4):603-12.

- [83] Zack M, Poulos CX. Effects of the atypical stimulant modafinil on a brief gambling episode in pathological gamblers with high vs. low impulsivity. *Journal of psychopharmacology* (Oxford, England). 2009 Aug;23(6):660-71.
- [84] Potenza MN, Steinberg MA, McLaughlin SD, Wu R, Rounsaville BJ, O'Malley SS. Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *The American journal of psychiatry*. 2001 Sep;158(9):1500-5.
- [85] Pfeiffer-Gerschel T, Kiepke I, Steppan M. [www.suchthilfestatistik.de](http://www.suchthilfestatistik.de). 2009.
- [86] Gebauer L, LaBrie R, Shaffer HJ. 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*. Feb;55(2):82-90.
- [87] Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* (Abingdon, England). 2002 May;97(5):487-99.
- [88] Hauser W, Schmutzer G, Braehler E, Glaesmer H. Maltreatment in childhood and adolescence: results from a survey of a representative sample of the German population. *Deutsches Arzteblatt international*. Apr;108(17):287-94.
- [89] Petry NM, Kiluk BD. Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers. *The Journal of nervous and mental disease*. 2002 Jul;190(7):462-9.
- [90] Chou KL, Afifi TO. 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*. Jun 1;173(11):1289-97.
- [91] Hodgins DC, Peden N, Cassidy E. The association between comorbidity and outcome in pathological gambling: a prospective follow-up of recent quitters. *Journal of gambling studies / co-sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming*. 2005 Fall;21(3):255-71.
- [92] Petry NM, Stinson FS, Grant BF. Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*. 2005 May;66(5):564-74.
- [93] Kausch O, Rugle L, Rowland DY. Lifetime histories of trauma among pathological gamblers. *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*. 2006 Jan-Feb;15(1):35-43.
- [94] Young K. *Caught in the Net: How to Recognize the Signs of Internet Addiction and a Winning Strategy for Recovery* United States 1998.

- [95] Kuss DJ, Griffiths MD, Karila L, Billieux J. Internet Addiction: A Systematic Review of Epidemiological Research for the Last Decade. *Current pharmaceutical design*. Aug 29.
- [96] Young K, Nabuco de Abreu C. *Internet Addiction: A Handbook and Guide to Evaluation and Treatment*. Hoboken, NJ: John Wiley&Sons 2011.
- [97] Organization WAWS. [www.workaholics-anonymous.org](http://www.workaholics-anonymous.org). 2006.
- [98] Robinson BE, ed. *Chained to the Desk: A Guidebook for Workaholics, their Partners, and Children, and all the Clinicians who treat them*. New York: New York University Press 2007.
- [99] Black DW. A review of compulsive buying disorder. *World Psychiatry*. 2007 Feb;6(1):14-8.
- [100] Koran LM, Faber RJ, Aboujaoude E, Large MD, Serpe RT. Estimated prevalence of compulsive buying behavior in the United States. *The American journal of psychiatry*. 2006 Oct;163(10):1806-12.
- [101] McElroy SL, Keck PE, Jr., Pope HG, Jr., Smith JM, Strakowski SM. Compulsive buying: a report of 20 cases. *The Journal of clinical psychiatry*. 1994 Jun;55(6):242-8.
- [102] Ridgway NM, Kukar-Kinney M, B. MK. An Expanded Conceptualization and a New Measure of Compulsive Buying. *Journal of Consumer Research*. 2008;December
- [103] Aboujaoude E, Gamel N, Koran LM. A 1-year naturalistic follow-up of patients with compulsive shopping disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 2003 Aug;64(8):946-50.
- [104] Łukasik B, Nowak-Kubiak J. *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz. ABC*. 2006.
- [105] Dąbrowska K. *Przewodnik do procedury zobowiązania do leczenia odwykowego. PARPA*. Warszawa; 2006.
- [106] Srogosz T, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz. C.H.Beck*. Warszawa; 2006.
- [107] Radwański Z, *Prawo cywilne – część ogólna. C.H. Beck*, Warszawa; 2005.
- [108] Post. SA w Białymstoku z dnia 20.9.94 r., I ACr 143 / 94, PS – wkł 1996, z. 2, s. 46.
- [109] Post. SN z dnia 10.3.66 r., II CR 15 / 66, LEX nr 5948.
- [110] Post. SN z dnia 8.1.66 r., II CR 412 / 65, OSNC 1966, z. 10, poz. 170.
- [111] Post. SN z dnia 29.12.83 r., I CR 377 / 83, LEX nr 8582.
- [112] Cieślak M, Spett K, Szymusik A, Walter W. *Psychiatria w procesie karnym*. Wydawnictwo Prawnicze. Warszawa; 1991.
- [113] Zoll A, Buchała K. *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz. Zakamycze*; 1998.

[114] Giezek J, Kłaczyńska N, Łabuda G. Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz. WKP. 2012.