

Zaburzenia behawioralne i zaburzenia nawyków

Zaburzenia behawioralne i zaburzenia nawyków

redakcja naukowa:
Sławomir Jakima, Anna Mosiołek

Warszawa 2022

Recenzenci:

prof. dr hab. Marta Makara-Studzińska, Uniwersytet Jagielloński

dr hab. n. med. Tadeusz Pietras, prof. Instytutu Psychiatrii i Neurologii

Redakcja językowa:

Katarzyna Kulesza

Projekt okładki:

arteplaza.pl

Realizacja:

OMIKRON Sp. z o.o.

Projekt jest dofinansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

© Copyright by Minister Zdrowia, Warszawa 2022

© Copyright by Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, Warszawa 2022

ISBN 978-83-64000-66-9

Egzemplarz bezpłatny

Wydawca:

Fundacja ETOH

ul. Mszczonowska 6

01-254 Warszawa

www.eto.edu.pl

SPIS TREŚCI

| | |
|--|----|
| WSTĘP | 7 |
| ROZDZIAŁ 1 dr hab. Mariusz Jędrzejko Uzależnienia behawioralne. Koncepcje nałogu. Działania profilaktyczne | 9 |
| ROZDZIAŁ 2 dr n. med. Sławomir Jakima Mechanizmy powstawania uzależnień behawioralnych | 23 |
| ROZDZIAŁ 3 dr Sławomir Ślaski, dr Tomasz Rowiński Uzależnienie od internetu | 27 |
| ROZDZIAŁ 4 prof. dr hab. Krzysztof Gąsior Zaburzenia uprawiania hazardu | 37 |
| ROZDZIAŁ 5 dr n. med. Sławomir Jakima Seksoholizm (hiperseksualność) | 51 |
| ROZDZIAŁ 6 mgr Andrzej Peda Uzależnienie od gier – gaming | 59 |
| ROZDZIAŁ 7 mgr Józef Leśniak Inne uzależnienia behawioralne i zaburzenia nawyków | 73 |
| ROZDZIAŁ 8 mgr Józef Leśniak Psychologiczne aspekty uzależnień behawioralnych – najczęstsze mechanizmy obronne stosowane przez osoby uzależnione | 89 |

ROZDZIAŁ 9

dr hab. n. med. Anna Mosiołek

Zaburzenia psychiczne jako przyczyna i skutek uzależnień.

Farmakoterapia w leczeniu uzależnień behawioralnych 97

ROZDZIAŁ 10

dr hab. n. med. Anna Mosiołek

Zaburzenia osobowości w terapii uzależnień behawioralnych 111

ROZDZIAŁ 11

prof. dr hab. Krzysztof Gąsior

Współuzależnienie. 127

ROZDZIAŁ 12

dr n. med. Sławomir Jakima

Trudności związane z terapią uzależnień behawioralnych 139

ROZDZIAŁ 13

dr hab. n. med. Anna Mosiołek, dr hab. Mariusz Jędrzejko,

dr n. med. Sławomir Jakima, dr Tomasz Rowiński

Uzależnienia behawioralne wśród dzieci i młodzieży.

Zjawisko i jego uwarunkowania 143

ROZDZIAŁ 14

dr hab. n. med. Anna Mosiołek,

dr n. med. Sławomir Jakima, dr Tomasz Rowiński

Triaż diagnostyczny psychiatryczno-psychologiczno-neuropsychologiczny 151

AUTORZY 159

WSTĘP

Uzależnienia behawioralne mają stosunkowo „krótką historię” w porównaniu z dobrze poznanymi i opisanymi uzależnieniami od substancji psychoaktywnych. Jednakże są obecne w naszym społeczeństwie i stanowią dużą grupę zachowań powodujących cierpienie zarówno dla osoby uzależnionej, jak i jej bliskich.

Uzależnienie zawsze jest stanem patologii, który wpływa na wszystkie obszary funkcjonowania, w tym na podejmowanie decyzji, kontrolę emocji i zachowania. Środowisko społeczne, w jakim żyje osoba uzależniona, etapy rozwoju i czynniki genetyczne są ściśle związane z występowaniem podatności na uzależnienie. Objawami uzależnienia – wspólnymi dla wszystkich jego rodzajów – są częste, powtarzane zachowania, nad którymi osoba uzależniona utraciła kontrolę, pochłaniające znaczną część czasu, jakim ona dysponuje. Uzależnienie cechuje upośledzona kontrola, kontynuacja lub eskalacja zachowania, pomimo negatywnych konsekwencji oraz przedkładanie przedmiotu uzależnienia nad inne potrzeby i działania.

W uzależnieniach behawioralnych nie występują tak silnie wyrażone objawy abstynencyjne jak w przypadku uzależnienia od substancji, jednak mechanizm powstania i utrzymywania się objawów uzależnieniowych jest niemal identyczny. Etiologia zachowań uzależniających jest nieznana, ale prawdopodobnie obejmuje czynniki psychologiczne, neurobiologiczne i kulturowe. Rola czynników społecznych w patogenezie uzależnień jest szczególnie widoczna u nastolatków i młodych dorosłych. Podobnie jak w przypadku uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u pacjentów z uzależnieniami behawioralnymi, częściej niż w populacji ogólnej, diagnozuje się zaburzenia depresyjne, chorobę afektywną dwubiegunową, zaburzenia osobowości, objawy dysocjacyjne, różnego rodzaju natręctwa.

Pojawia się zatem potrzeba szybkiego rozpoznawania i terapii zachowań uzależniających. Nie jest to jednak łatwe ze względu na brak ścisłych algorytmów diagnostycznych i terapeutycznych, co może powodować pewien niedosyt, szczególnie u osób zajmujących się leczeniem uzależnień. Bardzo często specjaliści w praktyce klinicznej mają do czynienia z sytuacją współwystępowania kilku rodzajów uzależnień. Dotyczyć to będzie zarówno uzależnień od substancji psychoaktywnych, jak i uzależnienia od nowych technologii i hazardu. W zależności od rodzaju towarzyszącego uzależnieniu zaburzenia psychicznego różnie będzie przebiegać leczenie.

W książce poruszana jest szeroka tematyka, obejmująca zagadnienia zachowań uzależniających, w tym uzależnienia od gier, internetu, hazardu, seksuolizmu, współwystępowania uzależnień behawioralnych z innymi zaburzeniami psychicznymi, w tym zaburzeniami osobowości. Autorzy – jako praktykujący terapeuci i lekarze – podjęli się próby udzielenia odpowiedzi na pytania: jak diagnozować poszczególne zachowania uzależniające oraz jakie oddziaływania terapeutyczne należy rozważać w przypadku ich rozpoznania.

Mamy nadzieję, że pozycja ta będzie przydatna dla terapeutów uzależnień, lekarzy, psychologów i innych osób zainteresowanych tematyką zaburzeń behawioralnych i zaburzeń nawyków.

Sławomir Jakima, Anna Mosiołek

ROZDZIAŁ 1

dr hab. Mariusz Jędrzejko

Uzależnienia behawioralne. Koncepcje nałogu. Działania profilaktyczne

Wprowadzenie

Ostatnie 50 lat jest okresem dynamicznie rozwijających się uzależnień (i będących ich pochodną problemów społecznych, ekonomicznych, prawnych i zdrowotnych), czego dowodami mogą być: gwałtowny wzrost uzależnień od leków OTC, pojawienie się problemu nowych substancji psychoaktywnych (NSP), narastanie zagrożeń związanych z takimi zjawiskami, jak: patologiczny hazard, zakupoholizm, pracoholizm czy seksoholizm, a także szybko rozwijający się problem cyberuzależnień, czyli kompulsywnego używania (nadużywania) technologii cyfrowych.

Zasadnym wydaje się mówienie nie tylko o narastaniu tych zagrożeń, ale także o problemie społecznego (szczególnie na poziomie rodziny oraz profilaktyki szkolnej) zmierzenia się z nim. Skutkuje to narastaniem wyzwań o charakterze diagnostyczno-terapeutycznym, a następnie rehabilitacyjnym, związanych np. z przywracaniem chorych do normalnego funkcjonowania społecznego w rodzinie, przestrzeni edukacyjnej i zawodowej.

Pochodną tych dwóch pierwszych uwag jest konieczność popularyzowania naukowego podejścia do tej problematyki, szczególnie w aspekcie jej etiologii, uwarunkowań oraz możliwych rozwiązań profilaktycznych, a także podnoszenia wiedzy i umiejętności osób, które w pracy zawodowej stykają się z uzależnieniami.

Warto na wstępie zwrócić uwagę na pojemność terminu uzależnienia behawioralne. Jest ono przedmiotem sporów naukowych – dotyczą one przede wszystkim kwestii zasadności włączania do nich wielu nowych zaburzeń. Dyskusja toczy się także wokół mechanizmów etiopatogenetycznych tych uzależnień, choć specjaliści są zgodni co do tego, że wiele z nich jest wspólnych tak dla uzależnień behawio-

ralnych, jak i uzależnień od substancji psychoaktywnych. Podobnie jest z kwestią samego nazewnictwa, bowiem w literaturze specjalistycznej spotykamy także takie terminy, jak: wielorakie zachowania nałogowe (ang. *multiple addictive behaviors*), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, zaburzenia nałogowe, upośledzenie (zaburzenie) kontroli impulsów (ang. *impulse control disorder*). Należy sądzić, że jest to pochodną poszukiwania różnic pomiędzy tzw. starymi nałogami a nowymi zjawiskami diagnozowanymi w praktyce medycznej, psychologicznej i pedagogicznej. Ponieważ rzeczywistość poszerza typy tych zachowań, mówi się także o kategorii zaburzenia kontroli impulsów niesklasyfikowanych w innym miejscu (APA, 1987, Hollander i wsp., 2012).

Ujęcia definicyjne i typologie. „Kultura” uzależnień

Osoba dotknięta uzależnieniem pomimo świadomości szkód, jakie one wyrządzą, nie jest w stanie samodzielnie przerwać swojego postępowania, a jej działanie będzie często prowadziło do ich ukrywania przed bliskimi lub stosowania mechanizmu samozaprzeczania. Ponieważ osoba uzależniona nie jest w stanie kierować się racjonalnymi przesłankami (np. zysk – strata; dobre – złe; zdrowe – szkodliwe), jej postępowanie cechuje kompulsywność, kiedy wymienione przed chwilą kryteria nie mają racjonalności zastosowania. Prowadzi to do sytuacji, w której przyjemność realizowania jakiejś czynności, dająca np. satysfakcję lub polepszająca relacje z innymi osobami, staje się pułapką zamykającą funkcjonowanie człowieka tylko w tej czynności.

Uzależnienie (niezależnie, czy ma ono charakter uzależnienia od substancji psychoaktywnych, czy behawioralnego) jest rodzajem atomizacji człowieka, w którym następuje zaburzenie jego podstawowej relacji – człowieka żyjącego wśród innych, rozwijającego się przez te relacje oraz nabywającego przez to nowych kompetencji.

Następstwem pojawienia się mechanizmu przyczynowo-skutkowego staje się utrata kontroli nad własnymi zachowaniami (mechanizm przymusu), co prowadzi do głębszego uzależnienia. Warto w tym miejscu podkreślić, że o ile w wielu uzależnieniach od substancji psychoaktywnych istnieje (osobnicza i niejednorodna) somatyczna granica przyjmowania określonych substancji (np. istnieje granica wypitego alkoholu, po której osoba uzależniona uzyskuje stan nasycenia), o tyle przy wielu uzależnieniach behawioralnych takie granice mogą być określane jedynie przez granice całkowitego wyczerpania zdrowotnego lub zasobów (np. ekonomicznych). Widzimy to np. przy cyberuzależnieniach, gdzie początkowe 2–3 godziny grania w gry wideo dają graczowi poczucie satysfakcji i wewnętrznego spełnienia, a w postępującym uzależnieniu potrafi on grać do granic fizycznego wyczerpania i zaśnięcia na klawiaturze. Podobnie jest w przypadku patologicznego hazardu, gdzie graczka lub gracz będzie tak długo trwał przy maszynach grających, aż skończą mu się zasoby finansowe, a następnie osiąga on gotowość zaciągnięcia każdego możliwego długu na kontynuowanie hazardu.

Nie wszystkie prezentowane w dalszej części rozdziału uzależnienia zyskały jednolitą opinię świata nauki, np. w postaci ujęcia w klasyfikacjach DSM oraz ICD. O ile nie budzi żadnych wątpliwości uzależnienie od hazardu, o tyle trwają ciągle dyskusje nad uzależnieniami od technologii cyfrowych.

Większość opisanych uzależnień behawioralnych znajduje odzwierciedlenie w dwóch kluczowych klasyfikacjach: DSM (obecnie edycja 5) oraz ICD-11, która obowiązuje od początku 2022 r. (polska wersja znajduje się na etapie tłumaczenia i nie została jeszcze wdrożona) (zob. tabela 1.1).

Tabela 1.1. Klasyfikacyjne ujęcie uzależnień (zaburzeń) behawioralnych

| |
|---|
| Klasyczne uzależnienia behawioralne związane z kompulsywnymi czynnościami: patologiczny hazard, pracoholizm, zakupoholizm, seksoholizm. |
| Uzależnienia – zaburzenia związane z jedzeniem: anoreksja, bulimia, obżarstwo, nadużywanie słodczy (cukru), zaburzenia jedzenia na tle eco diet (ortoreksja). |
| Patologiczne wizualizacje: bigoreksja, wizualizacje związane z modyfikacją ciała, kompulsywne tatuaże i piercing, tanoreksja. |
| Cyberzaburzenia – cyberuzależnienia: <i>video games disorder</i> , patologiczne korzystanie z internetu (aplikacji i treści) i social mediów, kompulsywne/patologiczne cyberautoprezentacje, FOMO. |
| Inne patologiczne formy nadczynności: kompulsywne uprawianie ćwiczeń, patologiczne nadaktywności sportowe. |

Źródło: DSM-5, ICD-10, ICD-11, literatura przedmiotu.

Bez wątpienia dyskusji podlega poszerzenie tej listy o nowe obserwowane zjawiska, jak następstwo specyficznej zdolności człowieka do kompulsywnego powielania czynności, które najczęściej poprzedzają głębokie nierozwiązane problemy, zaburzenia relacji społecznych, problemy osobiste, zaburzenia nastroju lub inne problemy.

Bardzo często u osób, u których zdiagnozowano jedno z uzależnień behawioralnych, występują także inne problemy, np. w sytuacji, gdy diagnozowana jest anoreksja, a jednocześnie diagnozuje się np. zaburzenia nerwicowe lub osobowości. Podkreślenia przy tym wymaga fakt, że to, co wysuwa się na plan pierwszy w diagnozowaniu, może być poprzedzone głęboko ukrytym i niewidocznym w pierwszej diagnozie zaburzeniem, np.:

- występowanie cyberuzależnień u nastolatków i młodych dorosłych może być powiązane z występowaniem problemów rodzinnych, niepełnosprawności, np. ruchowych lub związanych z otyłością,
- te same cyberuzależnienia, szczególnie u nastolatków można wiązać z występowaniem u nich zaburzeń ze spektrum autyzmu (zespołu Aspergera) – cyberuzależnienie jest wynikiem zamykania się dziecka w swoim świecie.

W jednej z najnowszych publikacji Griffithsa (2019) poświęconej konieczności dalszej konceptualizacji składnikowego modelu uzależnienia, będącego wynikiem wieloletnich badań, autor uważa za zasadne wymienienie 12 niezależnych od siebie komponentów uzależnień behawioralnych:

1. Uzależnienie od ćwiczeń.
2. Uzależnienie od gier komputerowych.
3. Pracoholizm.
4. Uzależnienie od aktywności w mediach społecznościowych.
5. Uzależnienie od Facebooka.
6. Uzależnienie od Tindera.
7. Zakupoholizm.
8. Uzależnienie od oglądania pornografii.
9. Seksoholizm.
10. Uzależnienie od miłości.
11. Uzależnienie od tańca. Tanoreksja.
12. Problematiczne oglądanie seriali telewizyjnych.

W podziale tym zwraca uwagę brak uzależnień związanych z patologicznymi formami jedzenia – tak anoreksji, bulimii, jak i uzależnienia od słodyczy, z jednoczesnym rozdzieleniem problematycznego korzystania z mediów społecznościowych od nadużywania Facebooka i Tindera. Termin uzależnienia behawioralne jest bardzo pojemny i jest określeniem licznej grupy zaburzeń, które w obrazie klinicznym charakteryzują się wspólnymi czynnikami etiologicznymi, podobnymi (często identycznymi) mechanizmami patogenetycznymi, a nierzadko częstym współwystępowaniem. A mimo to nie dysponujemy jednolitą klasyfikacją.

W klasyfikacjach obejmujących szeroki zakres zaburzeń i kompulsywnych zachowań ujmuje się następującą grupę zaburzeń (*Journal of Behavioral Addiction*):

1. Hazard patologiczny.
2. Problemowe używanie komputera i gier wideo.
3. Problemowe używanie gier online.
4. Problemowe korzystanie z sieci społecznościowych.
5. Pyromania.
6. Kleptomania.
7. Przemijająca wybuchowość (ang. *intermittent explosive disorder*).
8. Trichotillomania.
9. Onychofagia.
10. Zaburzenie skubania skóry (ang. *skin picking disorder*).
11. Kompulsywne kupowanie.
12. Zaburzenia hyperseksualne.
13. Kompulsywne zbieractwo.
14. Nałóg uprawiania ćwiczeń fizycznych.
15. Natręctwa (ang. *obsessivecompulsive disorder*, OCD).

16. Różne zaburzenia odżywiania się.
17. *Body dysmorphic disorder, muscle dysmorphic disorder* (zaburzenia dysmorfofobiczne).
18. Hipochondria.
19. Zaburzenia koncentracji uwagi.
20. Zespół nadaktywności.

Literatura przedmiotu z drugiej dekady XXI wieku dodaje do tej listy następujące zaburzenia, przypisując im cechy uzależnień behawioralnych: nałogowe opalanie się, nałogowe studiowanie, tzw. uzależnienie od miłości, nałogowa aktywność w subkulturach, nałogowe korzystanie z wróżbiarstwa, nałogowa przemoc, nałogowe próby samobójcze, cyberchondria. Zaznaczenia wymaga jednak, że Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne przyjęło koncepcję redukcjonistyczną i nie włączyło tych zaburzeń (poza *gaming disorder*) do grupy uzależnień.

Dodajmy, że granica pomiędzy naturalnym i akceptowanym kulturowo graniem w gry sieciowe a uzależnieniem od takich zachowań jest niezwykle płynna, podobnie jak różnice pomiędzy poszerzaniem swojej garderoby o nowości mody a patologicznym kupowaniem.

Kluczowym wymiarem uzależnień behawioralnych jest utrata kontroli, powiązana z niezdolnością człowieka do zaprzestania określonego działania, nawet gdy jego następstwem są widoczne szkody. Może ujawnić się wtedy nie tylko mechanizm zaprzeczenia, ale także utrwalić przekonanie, że obecne szkody (niezależnie od skali) zostaną pokonane (takie myślenie ma miejsce np. przy hazardzie), realizowane aktywności są ważniejsze (straty szkolne nie mają wpływu na zaniechanie kompulsywnej i czasochłonnej nadaktywności w sieci internetowej) lub też nie są one dostateczne wobec oczekiwanego celu, czyli uzyskania doskonałej sylwetki (przy anoreksji).

Ujęcia teoretyczne i modele rozwoju uzależnień behawioralnych

Nie sposób zaprezentować wszystkich koncepcji dotyczących zagadnienia uzależnień od czynności. Niemniej jednak wśród naukowców panuje zgodność co do tego, że ten typ kompulsywnych zachowań człowieka wyróżnia się dającymi się sklasyfikować cechami. Według G.A. Marlatta i jego współpracowników, uzależnienie behawioralne (lub zachowanie nałogowe – *addictive behavior*) powinniśmy definiować jako „[...] powtarzający się nawyk, który zwiększa ryzyko choroby i/lub związanych z nią problemów osobistych oraz społecznych. Zachowania nałogowe są często subiektywnie odczuwane jako utrata kontroli – pojawiają się pomimo świadomych wysiłków zmierzających do ich powstrzymania lub ograniczenia. Typowa jest natychmiastowa krótkotrwała nagroda oraz późniejsze szkodliwe i długotrwałe następstwa. Próbowi zmiany tych zachowań (w wyniku terapii bądź z własnej inicjatywy) towarzyszy zazwyczaj wysoki współczynnik nawrotów”. Tym samym możliwe jest sprecyzowanie kryteriów określających rozwój uzależnień behawioralnych:

- zaabsorbowanie,
- modyfikacja nastroju,
- tolerancja,
- symptomy odstawienne,
- konflikt (przebiegający w trzech wymiarach),
- nawroty.

Ponieważ dla wystąpienia cyklu uzależnieniowego konieczne jest uzyskiwanie przez osobę uzależnioną określonej reakcji, którymi najczęściej są satysfakcja i nagroda, możemy mówić o występowaniu pewnego rodzaju wzorca popychającego ją do powielania tych zachowań. Wystąpienie krótkotrwałego efektu w postaci nagrody zdaje się zdecydowanie przeważać nad efektami długoterminowymi, którymi są negatywne skutki postępującego uzależnienia. Tak kształtują się wzorce nawyków, w których uzyskanie nagrody przeważa nad wszelkimi innymi oczekiwaniami.

Pod pojęciem *zaabsorbowania* będziemy rozumieli taki stan, w którym zachowania związane z wykonywaniem określonej czynności (leżącej u podstaw zachowań kompulsywnych) zaczynają dominować nad innymi zachowaniami, w tym takimi, które są związane nie tylko z wypełnianiem zadań edukacyjnych czy zawodowych, ale także życiowych. W wyniku narastania zaabsorbowania czynność kompulsywna – w skrajnej postaci – uzyskuje dominującą pozycję i nierzadko powoduje zaangażowanie czasowe przewyższające wszystkie inne czynności. Zaabsorbowanie nie jest jedyną ścieżką postępowania osoby wchodzącej, a następnie trwającej w uzależnieniu. Wraz z powielaniem określonych czynności mają one wpływ na jej nastrój. Jego modyfikowanie prowadzi do osiągnięcia specyficznego efektu, będącego skutkiem takiego zachowania. Pierwsi obserwatorzy takich zachowań określili go jako *coping mechanism*, co można przetłumaczyć jako mechanizm radzenia sobie. Odnosić się on może do różnych sytuacji problemowych, zachowań, a także nastroju. Ponieważ powielanie zachowań tworzy złudzenia radzenia sobie z nimi, w pamięci osoby uzależnionej kodowana jest informacja typu bodziec–reakcja: wybrany sposób postępowania prowadzi do chwilowego radzenia sobie z problemem i uzyskania oczekiwanego poziomu satysfakcji.

Uzyskując chwilową poprawę nastroju, chory dąży do jego powielania, jednak podobnie jak w przypadku uzależnień od substancji psychoaktywnych, mózg oczekuje coraz silniejszego pobudzenia, które może w odniesieniu do uzależnień behawioralnych mieć postać częstszych nawrotów, np. do grania lub kupowania lub/i realizowania takiej czynności przez dłuższy czas. Jest to wynik ujawniającej się tolerancji czy stanu pożądanego więcej/częściej. W efekcie może być to nawet ścieżka do całkowitego zatracenia się (anorektyczka nie dostrzega konsekwencji zdrowotnych niejedzenia, lecz uważa, że jej sylwetka jest ciągle zbyt gruba lub nie jest idealna; osoba uzależniona od aktywności w social mediach nie będzie zwracała uwagi na problemy edukacyjne, nieobecność w szkole, lecz dążyła do poszerzania swojej autoprezentacji na portalu; u gracza hazardowego nie będą liczyły się straty finansowe, bowiem jest on przekonany

ny o rychłej wygranej). Tolerancja jest nie tylko wynikiem rosnącego zapotrzebowania na powielanie identycznych zachowań, ale także następstwem zatracenia realnych potrzeb i możliwości. Ponieważ osobą uzależnioną nie kieruje strategia racjonalizacji zachowań, a jedynie silne wewnętrzne bodźce, które – jak szybko zauważa osoba poddająca się im – prowadzą do poprawy nastroju, chce je ona powielać. Już na tym etapie wyjaśnień widzimy zamknięty cykl postępowania osoby uzależnionej, który jest całkowicie oderwany od zrjonalizowanej oceny jej stanu.

Konsekwencją wcześniejszych kryteriów jest zmiana zachowań będących skutkiem braku pożądanego zachowania – określamy je jako symptomy odstawiennicze, które mogą mieć różne postaci, jak i pojawiać się w bardzo indywidualnych cyklach czasowych. Są one niczym innym jak stanami psychicznymi i/lub fizycznymi, które ujawniają się, gdy osoba uzależniona nie może podjąć oczekiwanych przez nią działań. Mogą im towarzyszyć nie tylko silne napięcia, pobudzenia, agresja werbalna lub/i niewerbalna wobec innych osób, ale także zachowania autoagresywne oraz niszczenie rzeczy.

Do często klasyfikowanych symptomów odstawienniczych zalicza się nie tylko silne pobudzenie, ale także reakcje odwrotne, np. smutek, zamykanie się w sobie, apatię, stres oraz reakcje czysto somatyczne, np. drżenie rąk, napięcie mięśniowe.

Wraz z rozwojem uzależnienia w zachowaniach i postawie osoby ujawniają się konflikty dotyczące nie tylko jej relacji z innymi osobami, ale także z samym sobą. Ogólnie mówimy o trzech poziomach konfliktu:

- konflikty pomiędzy osobą uzależnioną a najbliższymi jej osobami, np. rodzicami, mężem/żoną, rodzeństwem oraz innymi bliskimi członkami rodziny – określamy jako konflikt interpersonalny,
- konflikty pomiędzy uzależnionym a jego dotychczasowym środowiskiem społecznego funkcjonowania, pod którym rozumiemy środowisko szkolne, zawodowe, rówieśnicze – określamy je jako konflikt intrapersonalny,
- trzecią płaszczyzną jest konflikt intrapsychiczny, będący indywidualnie odczuwalnym stanem pojawiającym się jako skutek powielania kompulsywnych zachowań, np. jako skutek chwilowo uświadamianych sobie strat (finansowych, społecznych, zdrowotnych) będących następstwem uzależnienia i niezdolności do ich zaprzestania, bądź świadomości wyrządzanych szkód innym osobom i jednoczesnej niezdolności do ich naprawienia.

Ostatnim z kryteriów są nawroty, będące tendencją (cyklem) powrotu do zachowań kompulsywnych. Stwierdzenie występowania tych problemów jest możliwe w diagnozie prowadzonej na poziomie rodziny, szkoły oraz w poradnictwie specjalistycznym (doświadczenia własne autora i doświadczenia zebrane w toku badań od lekarzy psychiatrów, psychologów i pedagogów specjalnych pracujących w ośrodkach uzależnień m.in. MONAR i KARAN w latach 2019–2022):

- *Kryterium czasu*: jeśli obserwowane zachowania trwają w podobnym natężeniu 1–2 dni, mamy na ogół do czynienia z zachowaniami problemowymi, gdy przekraczają 5–6 dni, możemy określić je jako ryzykowne zachowania problemowe,

o wysokim potencjale przejścia w uzależnienia. Gdy są one powtarzane w cyklu dłuższym niż 7 dni, możemy mówić o utrwalonych mechanizmach uzależnienia.

- *Kryterium jakości*: jeśli skutkiem zachowań problemowych jest wyraźne osłabienie relacji społecznych z osobami bliskimi, ujawniają się zaniedbania obowiązków szkolnych lub/i zawodowych, następuje zatracenie kontroli zachowań, a zachowania te stają się dominujące w czasie nie dłuższym niż 2–3 dni, mówimy o zachowaniach problemowych, gdy trwają one 4–5 dni, mają charakter zachowań ryzykownych o podwyższonym potencjale ryzyka przejścia w uzależnienia, gdy zaś trwają 6 i dłużej, możemy mówić o utrwalonych mechanizmach uzależnienia.

Badania nad uzależnieniami behawioralnymi przez wiele lat kierowały uwagę naukowców na możliwość zastosowania modeli znanych wcześniej z diagnozowania uzależnień od substancji psychoaktywnych. Choć w tych obszarach jest wiele wspólnych płaszczyzn, zasadnym jest zwrócenie uwagi na kluczowe różnice:

- Na ogół przy uzależnieniach od substancji psychoaktywnych mamy do czynienia z brakiem możliwości powrotu uzależnionego do podobnych zachowań. Na przykład osoba uzależniona od mocnych substancji psychoaktywnych nie może sięgać po substancje o mniejszym potencjale uzależnienia, nawet jeśli są one legalne. Po zakończonej terapii leczenia uzależnienia od alkoholu, gdzie tłem powstania uzależnienia były tzw. alkohole mocne, nie jest wskazane picie nawet piwa.
- Według wielu badaczy uzależnienie od substancji jest mechanizmem nieodwracalnym, w tym rozumieniu, że stan chorobowy trwa do końca życia, a osoba wyleczona potrafi tę chorobę w mniejszym lub większym stopniu kontrolować np. poprzez nabycie konstruktywnych umiejętności regulowania emocji.
- Przy większości uzależnień behawioralnych osoba wyleczona może powrócić do czynności, ale muszą być one modelowane. Przykładowo gracze komputerowi z widocznymi oznakami uzależnienia mogą powrócić do grania, ale w określonych reżimach czasowych i modelach społecznego funkcjonowania (np. wyraźnie rozdzielony i przestrzegany czas życia społecznego i rozrywki). Podobnie wyjście z anoreksji nie blokuje zainteresowania zdrowymi modelami żywienia, lecz ujmuje je w ramy prozdrowotne.

Dotychczasowe rozważania pozwalają zaprezentować dziesięć kryteriów z wprowadzonymi modyfikacjami, wynikającymi z praktyki zawodowej osób, których doświadczenia autor zebrał w latach 2019–2022:

1. *Wzorzec zachowania wymykający się spod kontroli osoby uzależnionej* – nawet w sytuacji dostrzeganych strat.
2. *Poważne konsekwencje wynikające z powtarzającego się zachowania* – społeczne, zdrowotne, edukacyjne, zawodowe, ekonomiczne i inne.
3. *Niezdolność do zaprzestania zachowania pomimo widocznych negatywnych konsekwencji tego postępowania* – wysokość strat nie wpływa na zaniechanie destrukcyjnego zachowania.

4. *Uporczywe dążenie do zachowań autodestrukcyjnych lub utrzymywanie się wysokiego poziomu zachowań ryzykownych* – ich konsekwencje nie wpływają na zmianę zachowania.
5. *Pragnienie lub podejmowanie wysiłków w celu zaprzestania negatywnego zachowania* – często podejmowane wielokrotne próby, a brak zmian zniechęca chorego do podejmowania kolejnych (mechanizm poddania się).
6. *Wykorzystywanie destrukcyjnego zachowania jako podstawowej strategii radzenia sobie z problemami* – ponieważ zachowanie destrukcyjne daje chwilową satysfakcję lub poprawia nastrój, stają się one nagrodą lub pocieszeniem w sytuacji dostrzeganych problemów.
7. *Zwiększanie częstotliwości lub jakości zachowań problemowych jako skutek braku satysfakcji z ich dotychczasowego poziomu* – poprawa nastroju, uzyskanie efektu nagrody lub satysfakcji jest możliwe poprzez wyższy poziom zaabsorbowania w zachowanie nałogowe.
8. *Głębokie zmiany nastroju jako skutek podejmowanych zachowań problemowych.*
9. *Nadmierna i zwiększająca się ilość czasu poświęcana na zachowania* – czynność nałogowa staje się przeważającym zachowaniem osoby z uzależnieniem.
10. *Widoczna redukcja czasu poświęcana na ważne społecznie, zdrowotnie i zawodowo czynności* – zachowania nałogowe stają się absolutnie dominującą osią kierującą życiem osoby z uzależnieniem.

Z własnej praktyki zawodowej oraz doświadczeń osób pracujących bezpośrednio z osobami uzależnionymi w ośrodkach terapii i poradniach specjalistycznych można przyjąć, że powtarzanie się co najmniej pięciu z wymienionych kryteriów w czasie dłuższym niż siedem dni upoważnia do stwierdzenia występowania u pacjenta uzależnienia. Istnieją także przesłanki do mówienia o uzależnieniu, jeśli zachowania nałogowe mają swój widoczny i powtarzający się cykl, np. (przykłady z praktyki zawodowej): poświęcanie bardzo dużo czasu na gry sieciowe w każdy weekend; realizowanie nałogowych zakupów w każdą sobotę; kompulsywne uprawianie ćwiczeń w utrwalonym cyklu; ustalenie harmonogramu wytatuowania całego ciała w cyklach np. co tydzień; odwiedzanie solarium w regularnie ustalony dzień tygodnia; wprowadzenie zamiennego cyklu jedzenia (dzień z posiłkiem – dzień tylko z wodą itd.); poświęcanie każdego sobotniego wieczoru na granie w kasynie, niezależnie od zainwestowanej sumy.

Podejścia profilaktyczne, wskazówki dla praktyki

Uzależnienie jest wynikiem złożonego procesu, w którym trudno jest wyróżnić jedną dominującą przyczynę. Oczywistym jest kryterium dostępności jako to, które stać się może przyczyną wystąpienia, a następnie narastania zachowań problemowych, ale sama dostępność nie generuje jeszcze ryzyka uzależnienia, gdy nie zostaną zachwiane proporcje zachowań prozdrowotnych i szkodliwych dla zdrowia. W badaniu etiologii uzależnienia oraz budowaniu strategii profilaktycznych zasadne

jest uwzględnianie także innych istotnych czynników, które – szczególnie w swojej patologicznej formie – będą wpływały na ujawnienie się predyktorów uzależnienia, a następnie je wzmacniały. Dorobek współczesnej nauki oraz doświadczenia zawodowe kierują uwagę na następujące zagadnienia:

- jakość czynników ochronnych i potencjał czynników ryzyka w uzależnieniach,
- modele funkcjonowania rodziny, ze szczególnym akcentem na wprowadzanie dziecka tylko w te sfery funkcjonowania, do których jest ono przygotowane emocjonalnie, rozumowo i psychosomatycznie,
- jakość środowiska społeczno-kulturowego, rozumianego jako potencjały rozwojowe dla dziecka i osoby dorosłej,
- jakość wychowania moralnego, widzianego przede wszystkim w kategorii zdolności dziecka/dorosłego do sprawnego funkcjonowania w środowisku niekorzystnych wpływów, w tym przeciwstawienia się różnego typu presjom i napięciom,
- wsparcie środowiska rodzinnego oraz rówieśniczego w sytuacjach trudnych, szczególnie tych związanych z okresem adolescencji oraz różnego typu kryzysami osobistymi, zawodowymi i edukacyjnymi,
- pozytywne środowisko rówieśnicze,
- rozwój dziecka poprzez zrównoważoną konstrukcję praw i obowiązków oraz stosowanie szerokiego (adekwatnego do wieku) wychowania przez pracę,
- wiedza o zdrowych modelach życia.

Tabela 1.2. Teoretyczne ujęcia czynników ryzyka w uzależnieniach i ich możliwe zastosowanie diagnostyczne

| | |
|---|--|
| Teoria ekosystemów – model ekologiczny Urie Bronfenbrennera | Kluczowe znaczenie dla podejmowanych zachowań przez człowieka mają relacja jednostka–środowisko, a także jego najbliższe otoczenie. Szczególnie ważne są tutaj wpływy wywierane na dziecko, np. przez rodzinę, szkołę, środowisko rówieśnicze. Istotne są także wpływy makroskalowe związane np. z miejscem zamieszkania oraz prawem. Uczestnictwo w ekosystemie kształtuje zachowania człowieka i wpływa na podejmowane przez niego decyzje, np. jako konkretne wzory postępowania. Teoria może mieć zastosowanie dla diagnozowania problematycznych zachowań określanych jako „...holizmy”. |
| Teoria poznawcza Stephana Golda | Czołową rolę w pojawieniu się uzależnienia odgrywa czynnik poznawczy, decydujący o motywacji do działania. Ponieważ zachowania człowieka zależą od relacji, jakie zachodzą pomiędzy poszczególnymi bodźcami działającymi na jednostkę, pozwalającymi mu na nazwanie i wyjaśnienie poszczególnych sytuacji, jeśli nie potrafi on tego uczynić, ujawnia się konflikt. Pojawia się wtedy chęć poszukiwania rozwiązań tej sytuacji. Teoria ta może mieć zastosowanie przy ucieczkowym nadużyciu technologii cyfrowych przez dzieci, np. w sytuacji konfliktu ich rodziców, niepowodzeń szkolnych, konfliktów rówieśniczych. Działanie kompulsywne jest wtedy sposobem rozwiązania problemu lub przynajmniej złagodzenia jego dotkliwości (np. poprzez uzyskanie akceptacji w sieci lub sukcesy w gry wideo). |

| | |
|---|---|
| Teoria motywu życia Franklina Shontza i Jamesa Spottsza | Pojawienie się uzależnienia (jego ryzyka) jest następstwem współwystępowania czynników fizycznych, psychicznych i społecznych. Człowiek funkcjonujący pomiędzy wewnętrzną sferą psychiczną a zewnętrznym środowiskiem fizycznym i społecznym jest poddawany różnym wpływom. Ryzyko uzależnienia jest tym wyższe, im niższa jest jakość środowiska rodzinnego życia dziecka i dorastającego człowieka. |
| Teoria destrukcyjnego środowiska – w ujęciu Roberta Mertona i Anthony'ego Giddensa | Badacze zwracają uwagę na wpływ patologicznych (dewiacyjnych) wzorów postępowania i możliwość ich powielania przez dziecko i nastolatka. Merton i Giddens przypisują dużą rolę negatywnemu wzorcowaniu społecznemu, co współcześnie można ująć jako powielanie negatywnych zachowań. To ujęcie można połączyć także z dokonaniem Ericha Fromma, akcentującymi wpływy kulturowe na zachowania człowieka. |
| Teoria self-ego Edwarda Khantiziana | Choć teoria ta powstała jako wyjaśnienie przyczyn nadużywania substancji psychoaktywnych, niektóre jej elementy są uzasadnione w diagnozie problematyki uzależnień behawioralnych. Teoria skupia się na zaburzeniach „ego” oraz poczucia „ja”, w takim rozumieniu jak ujął to Zygmunt Freud. Przy zaburzonym „ego” dochodzi trudności radzenia sobie z emocjami, a także umiejętnym postępowaniem w sytuacjach ryzyka. Ujawniają się wtedy lęki, które utrudniają nie tylko radzenie sobie z emocjami, ale także ochronę siebie. Wynikiem może być powielanie zachowań, bez refleksji nad ich rzeczywistymi wpływami i wynikającymi z nich stratami. Teoria może mieć zastosowanie m.in. przy diagnozowaniu seksoholizmu, kompulsywnego oglądania stron pornograficznych. |
| Teoria grup rówieśniczych w rozwinięciu Hanny Świdy-Ziemby, Barbary Fatygi i Krzysztofa Kicińskiego | Teoria zbudowana jest na znaczeniu, jakie ma grupa rówieśnicza dla rozwoju nastolatka. Ponieważ mają oni skłonność do silnej identyfikacji z grupą i powielania dominujących w niej postaw i wzorów, zachowania kompulsywne przejmowane są niejako automatycznie. To ujęcie daje szersze pole do diagnozy cyberuzależnień, szczególnie kompulsywnego korzystania z social mediów oraz <i>video games</i> , jako nowych pól interakcji dzieci i nastolatków. |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie literatury przedmiotu.

Dysponujemy także innymi ujęciami teoretycznymi, a zmiany cywilizacyjno-kulturowe będą sprzyjać kolejnym podejściom, np. roli cyberświata w rozwoju zachowań ryzykownych. Można przyjąć, że szczególnymi predyktorami pojawienia się i rozwoju uzależnień behawioralnych u osób młodszych są: zaburzone środowisko rodzinne, wychowanie przemocowe w rodzinie; presja na sukces edukacyjny dziecka oraz presja na powielanie modeli zawodowych rodziców, presja w środowisku rówieśniczym, problemy osobiste wieku dorastania, problemy edukacyjne, zaniżona samoocena (często jako wynik braku działań motywujących i wzmacniających dziecko), destrukcyjne wzory kultury masowej (szczególnie te promowane w sieci).

Tabela 1.3. Wybrane narzędzia diagnostyczne

| | |
|---|---|
| Patologiczny hazard i e-hazard | <ul style="list-style-type: none"> • Test NORC (<i>Diagnostic Screen for Gambling Problems–Self Administered</i>, NODS–SA), opracowany w 1999 roku na podstawie DSM–IV; • 20 pytań Anonimowych Hazardzistów; • Kwestionariusz SOGS (<i>South Oaks Gambling Screen</i>), oparty na kryteriach DSM–III); • Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (<i>Canadian Problem Gambling Index – CPGI</i>), opracowany przez Centre for Addiction and Mental Health w Toronto. |
| Cyberuzależnienia, cyberzaburzenia | <ul style="list-style-type: none"> • Test Kimberly Young; • Test CPS-TC (Jędrzejko, Taper, 2021). |
| Uzależnienie od seksu | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sex Screening Test</i> (ISST; Delmonico i Miller, 2003); • <i>The Internet Assessment Quickscreen</i> (IA–Q); • <i>Sexual Addiction Risk Assessment</i> (SARA); • <i>Internet Sex Screening Test</i> (ISST). |
| Uzależnienie od zakupów | <ul style="list-style-type: none"> • Skala Kompulsywnego Kupowania (<i>Compulsive Buying Scale</i>; Faber i O’Guinn); • Skala Zachowań Zakupowych (Ogińska-Bulik, 2010). |
| Uzależnienie od pracy | <ul style="list-style-type: none"> • Polska adaptacja kwestionariusza <i>Work Addiction Risk Test</i> (WART) (Wojdyło, 2005); • Zrewidowana wersja kwestionariusza WART–R (Wojdyło i Buczny, 2010); • Kwestionariusz <i>Working Craving Scale</i> (WCS; Wojdyło, Baumann, Buczny, Owens i Kuhl, 2013). |
| Uzależnienie od ćwiczeń (także przy bigoreksji) | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Obligatory Exercise Questionnaire</i> (OEQ, Pasmań i Thomson, 1988); • <i>The Exercise Dependence Questionnaire</i> (EDQ, Ogden, Veale i Summers, 1997). |

Źródło: Opracowanie własne.

Podsumowanie

Uzależnienia behawioralne są grupą kompulsywnych zachowań o głęboko szkodliwych konsekwencjach dla rozwoju indywidualnego, społecznego oraz zdrowia. Jest to grupa bardzo różnorodna i – jak pokazuje praktyka – ciągle rozwijająca się, co wydaje się pochodną pojawiania się nowych form aktywności człowieka oraz jego modelowania przez współczesną kulturę. Z dużą dozą prawdopodobieństwa możemy przewidzieć pojawienie się kolejnych form nadaktywności człowieka, które będą niosły ryzyko ich przekształcenia się w zachowania problemowe. Jednocześnie niektóre z tych zachowań mogą w niedługim czasie aspirować do kryterium uzależnienia, szczególnie te związane z modyfikacją ciała oraz kompulsywnym korzystaniem z technologii cyfrowych. Podstawowych źródeł rozwoju uzależnień behawioralnych wśród dzieci i nastolatków należy upatrywać w wadliwym i zaburzonym środowisku wychowania w rodzinie, a także silnej presji zewnętrznej, szczególnie w grupie rówieśniczej. Do-

puszczanie dzieci i młodzieży do sfer trudno definiowalnych dla nich na płaszczyźnie emocjonalno-rozumowej prowadzi do zaburzonych form aktywności, które szybko mogą przerodzić się w zachowania patologiczne. Kluczowym czynnikiem chroniącym przed nimi jest edukacja realizowana na poziomie mikro (oddziaływania profilaktyczne podejmowane na poziomie rodziny), mezo (edukacyjno-profilaktyczne działania lokalne, np. w szkołach i środowisku lokalnym) i makroskalowym (ogólnopolskie kampanie profilaktyczno-edukacyjne). Widzimy także, że w przypadku uzależnień w najmłodszej grupie wiekowej zasadnym jest diagnozowanie nie tylko dziecka, ale także środowiska, w jakim ono funkcjonuje. Niezwykle ważnym czynnikiem chroniącym dziecko przed najszybciej rozwijającą się formą uzależnień behawioralnych – cyberuzależnieniami – jest modelowanie dostępu dziecka do technologii cyfrowych w taki sposób, aby zapewniały one jego rozwój edukacyjny, społeczny i poznawczy.

Bibliografia

- Biegluk, K. (2022). *Etyczno-moralne aspekty narkomanii*. Toruń, Akapit.
- Griffiths, M.D. (1993). Are computer games bad for children? *The Psychologist. Bulletin of the British Psychological Society*, Vol. 6.
- Griffiths, M.D. (2019). The evolution of the 'components model of addiction' and the need for a confirmatory approach in conceptualizing behavioral addictions. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. DOI: 10.14744/DYPNS.2019.00027
- Griffiths, M.D. (1996). Behavioural addiction: an issue for everybody? *The Journal of Workplace Learning*. Vol. 8,3. MCB University Press.
- Gosek, M. (2020). *Cyfrowy uczeń*. Toruń: Akapit.
- Habrat, B. (red.). (2016). *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*. Warszawa: IPiN.
- Jędrzejko, M., Taper, A., Kozłowski, T. (2020). *Cyberzaburzenia, cyberuzależnienia*. Ostrowiec Świętokrzyski-Milanówek: Wydawnictwo WSBiP, Oficyna Wydawnicza von Velke.
- Łoś, M. (2017). *Mapa czynników ryzyka i chroniących młodzież przed zachowaniami ryzykownymi. Raport z badań NPZ*. Warszawa.
- Ogińska-Bulik, N. (2010). *Uzależnienia od czynności*. Warszawa: Difin.
- Rowicka, M. (2015). *Uzależnienia behawioralne*. Warszawa: Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii.
- Taper, A. (2021). *Dzieci w sieci*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Understanding Addictions and Evidenced-based Treatment Practices ND Young* (2020). Wyd. Vernon Press.
- Wawryk, L. (2019). Uzależnienia w dyskursie behawioralnym. *Dyskursy Młodych Andragogów*, 20, s. 305-316.
- Woronowicz, B. (2009). *Uzależnienia*. Poznań: Media Rodzina.

ROZDZIAŁ 2

dr n. med. Sławomir Jakima

Mechanizmy powstawania uzależnień behawioralnych

Uzależnienia behawioralne

Uzależnienia behawioralne rozpatrywane są jako problem związany z chorobą właściwie od niedawna. Dostrzeżono, że niektóre zachowania mają charakter bardzo podobny do zachowań osób uzależnionych od substancji. Zauważono duże podobieństwo wyrażające się typowymi dla uzależnień kryteriami, tj.:

1. Utrata kontroli.
2. Zespoły odstawienne.
3. Zwiększona tolerancja.
4. Skupienie się na zdobywaniu i używaniu substancji lub określonego zachowania.

Dalsze badania wykazały prawie identyczny sposób odbierania potrzeb uzależnieniowych w mózgu. Okazało się, że struktury związane z ośrodkiem nagrody w jądrze półkuli oraz zmniejszenie lęku i niepokoju w ciele migdałowatym funkcjonują tak samo w uzależnieniu od substancji psychoaktywnych, jak w uzależnieniu behawioralnym. Tak samo w obu uzależnieniach funkcjonuje kora przedczołowa, która traci zdolność hamowania. Wysznuło słuszny wniosek, że uzależnienia od substancji psychoaktywnych, szczególnie uzależnienie od alkoholu, jako najbardziej znany model uzależnienia, dają ten sam efekt – regulują stan emocjonalny pacjenta. Podobnie też, w obu typach uzależnień, duże znaczenie mają zachowania kompulsywne i impulsywne. Zauważono też ogromne podobieństwo w tworzonym przez pacjenta systemie iluzji i zaprzeczeń. Ta koncepcja podobieństwa oparta była na formalnych kryteriach diagnostycznych kilku takich zaburzeń (patologiczny hazard, kleptomania) zawartych w DSM-IV-TR. W tym właśnie wydaniu pojawiła się nowa klasyfikacja zaburzeń kontroli impulsów jako odrębna kategoria zaburzeń związanych z używaniem substancji. Istotne jest tu użycie ter-

minu „impulsywność”, który będzie miał dominujące znaczenie w rozpatrywaniu zaburzeń behawioralnych. W literaturze przedmiotu istnieje wiele terminów dotyczących uzależnień behawioralnych, takie jak: uzależnienie od czynności, uzależnienia behawioralne, nowe uzależnienia, zespół upośledzenia kontroli impulsów.

W klasyfikacji ICD-10 uzależnienia behawioralne umieszczone są w dziale „Zaburzenia nawyków i popędów” (impulsów) F63. Zaliczono do tej grupy: patologiczny hazard, patologiczne podpalanie (piromania), patologiczne kradzieże (kleptomania), trichotillomania, inne zaburzenia nawyków i popędów (impulsów) oraz zaburzenia nawyków i popędów (impulsów) nieokreślone.

Jednak deficyt dokładnych badań i potwierdzonych empirycznie metod leczenia spowodował, że próby umieszczenia działu zaburzeń behawioralnych w DSM-5 zostały zastopowane. Wprowadzono tylko termin hazardu patologicznego. W diagnostyce szereg punktów klasyfikacyjnych jest niemal identycznych, mimo to wskazuje się jednak także różnice między uzależnieniami behawioralnymi i od substancji psychoaktywnych.

Autorem pierwszych kryteriów służących rozpoznaniu uzależnień behawioralnych, odwołujących się do koncepcji uzależnień w ogóle, był Aviel Goodman. Według Goodmana osoba dotknięta uzależnieniem podejmuje zachowania, które mogą przynosić przyjemność lub znieść przykrość.

Kryteria rozpoznawania uzależnienia zaproponowane przez Goodmana są następujące:

1. Niezdolność oparcia się impulsom popychającym do określonego zachowania.
2. Poczucie narastającego napięcia pojawiającego się tuż przed rozpoczęciem zachowania.
3. Przyjemność i ulga doświadczane podczas wykonywania zachowania.
4. Poczucie utraty kontroli podczas wykonywania zachowania.

Obecność przynajmniej pięciu spośród poniższych kryteriów:

1. Częste zaabsorbowanie zachowaniem lub przygotowywaniem go.
2. Intensywność i trwanie epizodów zachowania przewyższające znacząco poziom pierwotnie pożądanym.
3. Powtarzające się bezskuteczne próby ograniczenia, kontrolowania lub zaprzestania zachowania.
4. Poświęcanie dużej ilości czasu na przygotowywanie zachowania, jego podejmowanie lub powrót do niego.
5. Częste zaniechanie obowiązków zawodowych, szkolnych, akademickich, rodzinnych, społecznych.
6. Poświęcanie aktywności społecznej, zawodowej czy rekreacyjnej na rzecz zachowania.
7. Kontynuowanie zachowania pomimo świadomości doświadczania lub nasilania się trwałych bądź nawracających problemów o charakterze społecznym, finansowym, psychologicznym, fizycznym.

8. Wzrost tolerancji: potrzeba zwiększania intensywności lub częstotliwości zachowania, aby osiągnąć pożądany efekt lub też zmniejszenie nasilenia doznań wywołanych przez zachowania o tej samej intensywności co wcześniej.
9. Niepokój lub zdenerwowanie w sytuacji niemożliwości podjęcia zachowania.
10. Niektóre elementy składowe syndromu trwają dłużej niż jeden miesiąc lub powtarzają się na przestrzeni dłuższego okresu.

Pomimo dużych podobieństw istnieją też różnice pomiędzy uzależnieniami behawioralnymi a uzależnieniami od substancji psychoaktywnych. Przede wszystkim znacznie mniej odczuwalny lub dyskretny zespół odstawienny (abstynencyjny), który w uzależnieniach od substancji z reguły jest bardzo silnie odczuwany, będący jedną z głównych przyczyn tworzenia się ciągów. Objawy abstynencyjne są tak silne, że pacjent praktycznie „musi” sięgnąć po substancję, aby znacznie zniwelować objawy odstawienne. W uzależnieniach behawioralnych są one łagodniej odczuwane, jeżeli jednak postać uzależnienia ma charakter impulsywny, są one widoczne. Dlatego też podział uzależnienia na dwie grupy – *dependence* (zależność) – uzależnienie od substancji oraz *addiction* (nałóg) jako zależność od określonych zachowań ma swoje uzasadnienie.

Należy podkreślić, że wiele zachowań, które mogą być nadmierne nawet z widocznymi stratami, nie spełnia kryteriów uzależnień behawioralnych. Jest to ważne, ponieważ istnieje łatwość wprowadzania szeregu „-izmów”, co może prowadzić do stygmatyzacji osób z uzależnieniami.

Neurobiologia

Uzależnienia od substancji psychoaktywnych (*dependence*) oraz uzależnienia behawioralne nałogi (*addiction*) mają niemal identyczną reprezentację w mózgu. Znajomość tych mechanizmów ma dość istotne znaczenie w diagnozowaniu i terapii uzależnień. Okazuje się bowiem, że mechanizmy psychologiczne powstają raczej w odpowiedzi na pobudzenie i hamowanie określonych struktur mózgowych. Uzależnienie zatem nie jest tylko „chorobą duszy”, ale jest ściśle związane z mechanizmami neurobiologicznymi.

Mózg rejestruje wszystkie przyjemności w podobny sposób. Istotą uzależnienia jest niwelowanie nieprzyjemnego stanu emocjonalnego lub niedopuszczenie do możliwości powstawania takich nieprzyjemnych emocji. Tworzy się błędne koło, bo nieprzyjemne dla siebie stany emocjonalne, które pacjent chce zniwelować, tworzą ogromną potrzebę tzw. szybkiej gratyfikacji, bez konieczności uzyskania większej gratyfikacji, ale w późniejszym terminie. Ten natychmiastowy przymus zniwelowania określonego stanu powoduje, że określone struktury mózgu nie są w stanie kontrolować i odraczać natychmiastowej potrzeby uzyskania nagrody. W mózgu kontrolę nad emocjami tworzą cztery główne struktury:

- kora przedczołowa, a szczególnie jej część grzbietowo-boczna – w tej strukturze mózgowej odbywa się proces hamowania lub pobudzania,

- brzuszne prążkowie z najważniejszą strukturą w tym obszarze, jakim jest jądro półleżące, w którym zachodzi proces uwalniania dopaminy z aktywacją układu opioidowego, co daje silne uczucie przyjemności, ulgi,
- jądro(ciało) migdałowe, które odpowiada w mózgu za pamięć emocjonalną oraz uczucie lęku, zagrożenia, chęci do ucieczki. Ciało migdałowe odczuwa nie tylko lęk, ale możliwość wystąpienia tego uczucia. W strukturze tej zapisane są wszystkie sytuacje lękowe. Możliwość hamowania uczucia lęku i zagrożenia może być niwelowana przez substancje lub określone zachowanie. Uczucie nagrody w jądrze półleżącym może także niwelować uczucie strachu w ciele migdałowatym,
- kora oczodołowa, która rozpoznaje wartość bodźca, przesyła informacje do ciała migdałowatego o wadze tego bodźca, jednocześnie zaś kontroluje wydzielanie dopaminy w jądrze półleżącym.

Zazwyczaj w normalnej sytuacji istnieje równowaga pomiędzy kontrolną funkcją kory przedczołowej, aktywnością ciała migdałowatego i jądra półleżącego.

Dość istotne jest jednak ustalenie, która z tych struktur ma przewagę w mechanizmie uzależnienia – czy zwiększona reaktywność na oczekiwanie nagrody (jądro półleżące), czy zwiększona reaktywność na uczucie lęku (niepokoj, ucieczki – jądro migdałowe), czy zmniejszona kontrola lub jej brak (kora oczodołowa boczna).

Zależnie od tego, która struktura funkcjonalnie ma przewagę, takie też mogą być zachowania.

Bibliografia

- Gola, M. (2016). Neuronalne mechanizmy zachowań nałogowych. W: *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*. B. Habrat (red.). Warszawa: IPiN.
- Goodman, A. (1990). Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85(11), s. 1403-1408.
- Griffiths, M.D. (2019). The evolution of the 'components model of addiction' and the need for a confirmatory approach in conceptualizing behavioral addictions. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. DOI: 10.14744/DYPNS.2019.00027.
- Habrat, B. (2016). Nałogi behawioralne – Koncepcje teoretyczne i pozycja nozologiczna tzw. nałogów behawioralnych. W: *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*. Warszawa: IPiN.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 (2000). Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne, „Vesalius”. Warszawa-Kraków: IPiN.
- Kryteria Diagnostyczne z DSM-5. Desk Reference. Wrocław: Edra Urban&Partner.
- Rowicka, M. (2015). *Uzależnienia behawioralne. Profilaktyka i leczenie*. Warszawa: KBPN, Fundacja Praesterno.

ROZDZIAŁ 3

dr Sławomir Ślaski, dr Tomasz Rowiński

Uzależnienie od internetu

Początki internetu sięgają lat 60. XX wieku, kiedy w USA przedstawiono projekt globalnej sieci komputerowej. Wtedy to powstały zręby ARPANET-u – eksperymentalnej sieci wymiany wyników badań naukowych na potrzeby wojska. Pierwsze łącze internetowe w Polsce uruchomiono w 1990 roku; w tym samym roku w USA zaczęła działać pierwsza strona WWW (Onet, 2022). Z czasem dostęp do sieci stał się zjawiskiem niemal powszechnym i oprócz korzyści wynikających z użytkowania tego narzędzia, zaczęły pojawiać się także negatywne konsekwencje w postaci np. nadmiernego korzystania z internetu.

Szacunkowe dane używania internetu

Dane CBOS z 2021 roku wskazują, że z internetu w Polsce korzystało przynajmniej raz w tygodniu 73% dorosłych osób, w tym 98% osób w wieku 18–24 lata. Korzystanie z internetu w celach niezwiązanych z pracą deklarowało 48% dorosłych osób, a młodych dorosłych (18–24 lata) – 77%. Najczęściej dorośli korzystali z internetu do rozmowy ze znajomymi przez komunikator, np. Facebook – 58%, do rozmów telefonicznych – 32%, robili wpisy na stronach społecznościowych – 26%, grali w sieci z innymi ludźmi – 12%, uczestniczyli w rozmowach wideo – 20%. Konto w serwisie społecznościowym (Facebook, Instagram, YouTube itp.) deklarowało 76% użytkowników internetu, a 55% osób dorosłych.

W Polsce występuje problem z oszacowaniem uzależnienia od internetu, ponieważ istnieją rozbieżności w opisywanej skali problemu. CBOS w 2012 roku podał, że 1,4% ogółu badanych jest uzależniona, natomiast w badaniach pojawiają się inne liczby, np. 7% (Juczynski i in., 2004), 4–10%, wśród młodych osób (11–16 lat) – 23% (Kirwill, 2011). Amerykańska strona informacyjna o uzależnieniach *Addictions.com* (2022) podaje dane szacunkowe od 1,5% do 8,5% w populacji osób używających internetu. Natomiast WHO z 2014 roku przywołuje dane z Europy, np. z Niemiec, gdzie szacuje na 3% osób uzależnionych od

internetu (tj. około 1,5 mln osób), Szwajcarii – 6,5%, a w Azji, w Chinach w jednej z prowincji oszacowano na 6,44%, a w Korei na 3,1%, a wśród studentów tajwańskich aż 17,9%.

Z badań przeprowadzonych przez CBOS w 2012 roku wynikało, że w Polsce mamy blisko 100 tys. osób uzależnionych od internetu i 750 tys. zagrożonych tym uzależnieniem. Natomiast w roku 2019 CBOS wykorzystał w badaniach *Internet Addiction Test*. Problem z uzależnieniem od internetu przejawiało wówczas 0,03% badanej populacji, co stanowiło 0,04% korzystających z sieci. Zagrożonych uzależnieniem od internetu było 1,4% ogółu badanych, co stanowiło 1,9% osób korzystających z internetu. W liczbach bezwzględnych było to szacunkowo około 465 tys. osób.

Pod względem liczby użytkowników najpopularniejszym portalem jest Facebook, a na kolejnych miejscach sytuują się YouTube i Instagram. Z tych trzech portali korzysta odpowiednio 61,4%, 20,9% i 19,8% ogółu internautów. Facebook jest jednocześnie wymieniany przez więcej niż trzech na czterech badanych jako medium, z którego korzystają najczęściej (77,2%). Wśród użytkowników serwisów dość powszechnym zjawiskiem jest posiadanie profilu w kilku portalach. Przeciętny użytkownik ma konto w dwóch społecznościach, a 25% najbardziej aktywnych w mediach społecznościowych to osoby zarejestrowane w co najmniej trzech serwisach.

Aby określić stopień uzależnienia od mediów społecznościowych, wykorzystano adaptację Skali Uzależnienia od Facebooka (*Bergen Facebook Addiction Scale*). Na podstawie tego narzędzia stwierdzono, że w sposób ryzykowny z mediów społecznościowych korzysta 3,1% użytkowników (szacunkowo – ponad 160 tys. osób). Widocznie wyższy odsetek zanotowano wśród mężczyzn, najmłodszych badanych oraz mieszkańców największych miast. Udział osób należących do grupy ryzyka był również wyższy wśród korzystających z Twittera (8,6%), Snapchata (5,4%) i Instagrama (4,6%) oraz wśród badanych zarejestrowanych w co najmniej trzech serwisach. Osoby z grup ryzyka spędzają w mediach społecznościowych przeciętnie około sześć i pół godziny dziennie, podczas gdy użytkownicy spoza tej kategorii – przeciętnie mniej więcej dwuipółkrotnie mniej (CBOS, 2019). Osoby z grupy ryzyka przeciętnie logują się do serwisów 10 razy w ciągu dnia.

Światowa platforma Hootsuite zbierająca dane o świecie cyfrowym wskazuje, że w 2021 roku w Polsce (w wieku 16–64 lata) korzystało z internetu 84,5% populacji z prawie 38 mln mieszkańców, a średni czas aktywności w internecie wynosi 6 godzin i 44 minuty dziennie.

Powyzsze dane wskazują, że wielogodzinne spędzanie czasu w internecie nie jest przypadkowe i może nastrożać wiele problemów jej użytkownikom.

Próby definiowania uzależnienia od internetu

W Polsce pierwszy raz wprowadził termin zespół uzależnienia od internetu (ZUI) psychiatra i psycholog Andrzej Jakubik.

Young (1999) oszacowała, że osoby uzależnione od internetu spędzają średnio 35 godzin tygodniowo w sieci. Wyróżniła pięć form zachowań związanych z uzależnieniem od internetu. Należą do nich:

- erotomania internetowa – oznacza kompulsywne korzystanie z serwisów pornograficznych lub oglądanie pornograficznych zdjęć, niekontrolowane korzystanie z chatów erotycznych, cyberseks,
- socjomania internetowa – oznaczała uzależnienie od chatów i internetowych kontaktów społecznych, wiążące się z deficytem nawiązywania kontaktów w rzeczywistym życiu; nowe znajomości były nawiązywane wyłącznie w sieci i zastępowały relacje z rodziną i przyjaciółmi,
- uzależnienie od sieci internetowej – w kategorii tej mieściły się uzależnienia od internetowego hazardu, od gier sieciowych, od obsesyjnego grania na rynkach finansowych czy zakupów w internecie, a także od obserwowania i uczestnictwa w serwisach społecznościowych,
- przeciążenie informacyjne – czyli potrzeba sięgania do dostępnych w internecie danych, która prowadziła do natłoku informacji, z którymi jednostka nie może sobie poradzić,
- uzależnienie od komputera – obejmowało wszelkie uzależnienia niekoniecznie związane z dostępem do sieci, ale wynikające z potrzeby niekontrolowanego korzystania z komputera, w tym gier komputerowych.

Wydaje się, że zaproponowana definicja uwzględniająca badania neurofizjologiczne i psychologiczne oddaje obecny stan wiedzy na temat uzależnień behawioralnych. Brzmi ona następująco: „to stan, w którym osoba uskarża się na brak możliwości, pomimo podejmowanych prób, zapanowania nad swoimi myślami (obsesje) i zachowaniami (kompulsje) oraz ich skontrolowania, cierpi z powodu różnych problemów ekonomicznych, interpersonalnych, zdrowotnych – wynikających z kompulsywnego powtarzania tych czynności, a także ma poczucie bezradności i bezsilności wobec problemu” (Cierpiałkowska, 2016, s. 391). W myśl tej definicji to, co jest istotne dla uzależnień behawioralnych, to powtarzalność pewnych zachowań z powodu wewnętrznego pragnienia lub przymusu. Zachowania takie z czasem nasilają się i przysparzają jednostce wiele problemów w różnych sferach życiowych, np. praca, życie rodzinne (Grzegorzewska, 2017).

Wiele problemów nastęrczają też kryteria diagnozy uzależnień behawioralnych, co skutkowało tym, że dopiero w klasyfikacji ICD-11 z 2022 roku pojawiły się charakterystyczne objawy dla uzależnienia od hazardu oraz uzależnienia od gier. Można je zdefiniować jako całokształt zjawisk behawioralnych i poznawczych, polegających na nabytej silnej potrzebie stałego wykonywania jakiejś czynności lub zażywania jakiejś substancji, której niespełnienie może, ale nie musi, prowadzić do poważnych fizjologicznych następstw. Uzależnienie psychiczne można opisać według następujących kryteriów:

- silne niepohamowane pragnienie wykonywania danej czynności lub zażywania określonej substancji,
- sprzyjanie zmianie nastroju i redukowaniu wewnętrznego napięcia,
- ograniczenie zdolności kontroli nad zachowaniem związanym z uzależnieniem,
- zmiana tolerancji na działanie danego zachowania (zmniejszenie pozytywnych doznań psychicznych przy stałym nasileniu danego zachowania lub koniecz-

ność zwiększania intensywności danego zachowania w celu utrzymania poziomu pozytywnych doznań),

- pojawienie się objawów abstynencyjnych, głównie w postaci rozdrażnienia, niepokoju i innych niespecyficzných dolegliwości: zaniedbywanie i utrata ważnych aspektów swojego życia związanych z rodziną, towarzystwem,
- wydłużenie czasu na wykonywanie danej czynności; uporczywe i nałogowe wykonywanie danej czynności mimo szkód, jakie ono przynosi,
- sztywny system przekonań podtrzymujący nałogowe zachowania (Grzegorzewska, Cierpiąłkowska, 2017).

Wspomniana wcześniej badaczka Young (1999) wyróżniła również pięć faz uzależnienia:

- poznanie możliwości internetu,
- rozwinięcie poczucia anonimowości i początek zachowań niespecyficzných – w porównaniu z zachowaniami offline,
- początki nałogu korzystania z sieci, poszukiwanie coraz mocniejszych wrażeń, powolna utrata kontroli;
- dominacja internetu nad pozostałymi sferami życia, negatywne reakcje w przypadku próby ograniczenia dostępu,
- mimo świadomości negatywných konsekwencji korzystania z internetu, osoba uzależniona nie jest w stanie zaprzestać, a wszelkie próby kończą się niepowodzeniem.

Wyjaśnianie zjawiska uzależnienia od internetu

Obecnie najlepiej wyjaśniającym proces uzależnienia od internetu jest model poznawczo-behawioralny Davisa (2001) i jego następców (Brand i in., 2019), uwzględniający środowisko osoby korzystającej z internetu, jej osobowość, oczekiwania czy też funkcjonowanie neuropsychologiczne.

Należy zaznaczyć, że zaproponowano rozróżnienie między uogólnionym i specyficznym nałogowym korzystaniem z internetu. W pierwszym przypadku użytkownik nie ma jasno określonego celu korzystania z sieci i spędza czas w internecie np. z powodu izolacji (pandemia) lub samotności. Wtedy może przypadkowo odkryć interesujące go strony internetowe, które pozwolą zredukować nieprzyjemny stan emocjonalny. W przypadku specyficznego korzystania z internetu osoba poszukuje już konkretných informacji w zależności od potrzeb lub zainteresowań, np. hazard, pornografia, gry komputerowe, portale społecznościowe itp.

Brand i wsp. (2019) rozwinęli model interakcyjnego korzystania z sieci internetowej wskazując, że osoba może mieć pewne predyspozycje psychologiczne do korzystania z różnego rodzaju aplikacji. Przede wszystkim wprowadzono nową kategorię predyktorów w postaci czynników biopsychologiczných, np. podatność na stres, czynniki genetyczne. Wspomniane wymiary mogą wspomagać rozwój osobowości

w postaci wysokiej neurotyczności czy impulsywności. Kolejna grupa predyktorów umożliwiających nadużywanie internetu to czynniki psychospołeczne, typu wsparcie społeczne czy izolacja społeczna. Następną grupą predyktorów to psychopatologia danej osoby, np. depresja, ADHD czy lęk i niepokój. Kolejną grupą predyktorów to radzenie sobie z różnymi sytuacjami trudnymi w sposób mniej lub bardziej dysfunkcyjny. Następną grupą predyktorów ułatwiających nałogowe korzystanie z internetu to specyficzne dla danej jednostki motywy (potrzeby) korzystania z różnego rodzaju aplikacji, typu hazard, portale społecznościowe czy gry wideo.

Kolejną grupą predyktorów to funkcjonowanie poznawcze osoby, a szczególnie oczekiwania wobec internetu, podatność na zniekształcenia poznawcze. Tak funkcjonująca osoba, gdy znajdzie się w sytuacji stresowej lub obniżenia nastroju i zetknie się ze stronami (treściami) internetowymi, to powstanie u niej związek emocjonalny, który motywuje lub zniechęca do poszukiwania redukcji napięcia i regulacji emocji. Zachodzi wtedy proces gratyfikacji i kompensacji obecnie przeżywanych trudnych momentów w życiu osoby. Może pojawić się w wyniku modelowania osłabienie kontroli zachowania z powodu silnej motywacji do otrzymania nagrody. W ten sposób internet może służyć m.in. do regulowania negatywnych emocji oraz ucieczki od problemów, które pojawiają się w codziennym życiu.

Wiele wyjaśniającą psychologiczny związek używania internetu przez jednostkę może być również teoria użytkownika i gratyfikacji, która wskazuje, jak osoby zaspokajają swoje potrzeby psychospołeczne oraz jakie to przynosi konsekwencje dla ich funkcjonowania. Jedną z ważniejszych propozycji i powszechnie znanych jest klasyfikacja potrzeb zaproponowana przez McQuaila (2007). Bazując na dostępnych badaniach, wyróżnił on cztery główne potrzeby gratyfikowane przez media:

- informacja, na co składa się: poszukiwanie informacji na temat istotnych wydarzeń, zaspokajanie ciekawości, poszukiwanie porad, wsparcia, opinii przed podjęciem decyzji, uzyskiwanie poczucia bezpieczeństwa dzięki zdobytej wiedzy;
- kształtowanie tożsamości, czyli poszukiwanie potwierdzeń, wzmocnień, słuszności indywidualnego systemu wartości, poszukiwanie modeli zachowań, identyfikowanie się z wartościowymi postaciami, możliwość odczuwania empatii;
- integracja i interakcja społeczna, które obejmują: uzyskiwanie wglądu w warunki życia innych, uzyskiwanie poczucia przynależności, znajdowanie tematów do konwersacji, posiadanie substytutu rzeczywistego towarzystwa, pomoc w wypełnianiu ról społecznych, umożliwianie kontaktu z innymi;
- rozrywka, na którą składają się: eskapizm, relaks, wypełnianie czasu, rozluźnienie emocjonalne, pobudzenie/zaspokojenie seksualne, uzyskiwanie wewnętrznego zadowolenia kulturalnego i estetycznego.

Uzupełnieniem i uszczegółowieniem powyższej typologii może być propozycja Rosengren i Windahl (1971, za: Rowiński i in., 2014), którzy wyróżnili na podstawie dwóch zmiennych: środowiskowych gratyfikacji potrzeb i indywidualnych gratyfikacji potrzeb cztery warianty typologiczne roli mass mediów w stosunku do naturalnych

sposobów zaspokajania potrzeb. Wówczas mass media mogą spełniać rolę suplementu, uzupełnienia, bądź substytutu względem sposobów naturalnych. Oto cztery warianty typologiczne możliwości zaspokajania potrzeb przez mass media:

- pierwszy (optymalny) – indywidualne i środowiskowe kontakty są satysfakcjonujące, stąd zaspokajanie potrzeb odbywa się w sposób bezpośredni. Media występują w roli drugorzędnego instrumentu zaspokojania potrzeb – są suplementem, źródłem dodatkowych kontaktów, z których skorzysta użytkownik motywowany chęcią zmiany. Nie identyfikuje się on z postaciami z mediów ani nie wchodzi z nimi w jakąkolwiek symboliczną interakcję;
- drugi (kompensacyjny) – ograniczone możliwości środowiskowe zaspokojenia potrzeby skłaniają jednostkę do uzupełnienia tych niedostatków przez mass media. W tym przypadku środki masowego przekazu są równorzędne z naturalnymi sposobami realizacji potrzeb. Sposób ich użytkowania ma charakter kompensacyjny. Ponadto pojawia się w tym wariantcie specyficzna relacja między użytkownikiem mass mediów a „aktorami/awatarami”, tzw. interakcja symboliczna. Głównie może ona dotyczyć odczuwania sympatii wobec postaci z ekranu telewizyjnego/monitora komputera, radia itp.;
- trzeci (zastępczy) – ani indywidualne, ani środowiskowe możliwości zaspokojenia potrzeb nie są zadowalające, rola mediów jako funkcjonalnej alternatywy nabiera rangi substytutu. Użytkownicy o niskich kompetencjach społecznych, korzystając z mass mediów, będą poszukiwać doświadczenia zastępczego. Nawiązywanie kontaktu z postaciami z mediów to przeciwieństwo relacji („oddzielenie”). Jednostka identyfikuje się z „aktorem/awataram” oraz wchodzi z nim w wirtualną interakcję. W tym przypadku osoba nie ma możliwości rozwoju, spełniania swoich potrzeb poprzez interakcję bezpośrednią, dlatego zaczyna zwracać się ku relacjom wyobraźniowym, przez co jest bardziej podatna na dysfunkcjonalne korzystanie z mediów masowych;
- czwarty (alternatywny) – alternatywa funkcjonalna również jest uzupełnieniem dla zaspokajania potrzeb. Jednostki mniej utalentowane, bez indywidualnych możliwości zadbania o swój dobrostan, ale żyjące w środowisku oferującym wiele możliwości mogą próbować uciec od swojej frustrującej, stresującej sytuacji. Mass media pełnią rolę wentyla bezpieczeństwa.

Na podstawie przeglądu wielu badań wyróżniono szereg motywów, które przyczyniają się do pogłębiania zainteresowania różnymi portalami w internecie. Są to m.in.: identyfikacja społeczna, samopoznanie, utrzymywanie relacji społecznych, rozrywka, potwierdzanie towarzyskości, społeczne i emocjonalne wsparcie, szukanie informacji, prestiż, aktualizacja statusu, ekspresja emocjonalna, podążanie za trendami, obserwacja innych, szukanie romantycznych relacji, poczucie wolności, szukanie wyzwań, podwyższenie samooceny (Shuaa i in., 2017).

U wielu osób używających nadmiernie internetu współwystępuje wiele problemów psychospołecznych, które dają pewną preferencję w wyborze treści internetowych, to

m.in.: narcyzm, wysoki poziom otwartości na doświadczenia i neurotyczność, niska samoocena i jakość życia, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, osobowość schizoidalna, schizotypowa, borderline i antysocjalna, słabe umiejętności komunikacyjne i interpersonalne, słaba samokontrola i samoregulacja emocjonalna, wycofanie, wstyd i depresja, lęk społeczny i samotność, niski poziom inteligencji emocjonalnej, zewnątrzsterowność, wysoki poziom potrzeby wsparcia i przynależności, poszukiwanie wrażeń, niezharmonizowana struktura temperamentu, deficyty elastyczności poznawczej, deficyty w podejmowaniu decyzji, deficyty pamięci roboczej (Błachnio i in., 2014; Cudo i in., 2019; Hussain i in., 2019; Majchrzak i in., 2010).

Konsekwencje nadużywania internetu

Warto dodać, że używanie internetu przynosi nie tylko gratyfikacje, ale budzi wiele negatywnych emocji. Często wzbudza niepokój, napięcie i nasila zamartwianie się w przypadku bycia offline. Może pojawić się smutek, przygnębienie i obniżony nastrój w sytuacji niemożności korzystania z internetu; spędzanie w sieci coraz więcej czasu powoduje zaburzenia w sferze relacji interpersonalnych (np. rezygnacja z bezpośredniego kontaktu), zaniedbywanie życia rodzinnego, izolowanie się od rodziny i przyjaciół.

Z uzależnieniem od internetu wiąże się zjawisko FOMO, czyli silny strach przed tym, że naszej uwadze umknie jakaś ważna informacja czy wydarzenie (ang. *fear of missing out*). Mechanizm ten może powodować pogłębienie psychicznej zależności od korzystania z sieci.

Wśród fizycznych skutków uzależnienia od internetu mogą wystąpić: bóle pleców, stawów łokciowych, szyi, zespół cieśni nadgarstka, bóle głowy, bezsenność, suche oczy i inne problemy ze wzrokiem, zwiększenie lub utrata wagi spowodowane złym odżywianiem, padaczka ekranowa (Psycom.net, 2021; WHO, 2014).

Znane są przypadki, gdy skutki uzależnienia od internetu prowadziły pośrednio do śmierci danej osoby lub problemów kogoś z bliskich osoby poświęcającej zbyt wiele czasu na aktywności w internecie.

Leczenie uzależnienia od internetu

Najbardziej popularną i efektywną pomocą w uzależnieniach behawioralnych jest terapia poznawczo-behawioralna osób uzależnionych od internetu (CBT-IA).

Oto kilka kluczowych elementów tej terapii:

- nauka strategii zarządzania czasem,
- rozpoznawanie korzyści i potencjalnych szkód wynikających z używania internetu,
- zwiększenie samoświadomości i świadomości innych ze swojego otoczenia,
- identyfikowanie wyzwalaczy „objadania się” internetem, stany emocjonalne, nieprzystosowawcze zdolności poznawcze i wydarzenia życiowe,

- nauka radzenia sobie z emocjami i kontrolowania impulsów związanych z dostępem do internetu, takich jak trening mięśni czy relaksacja oddechowa,
- poprawa umiejętności komunikacji interpersonalnej i interakcji,
- poprawa stylów radzenia sobie ze stresem,
- kultywowanie zainteresowań alternatywnymi działaniami (Young, 2013).

W praktyce ośrodki leczenia uzależnień zwykle opracowują schemat postępowania z osobami uzależnionymi, wykorzystując wiele zasad terapii poznawczo-behawioralnych.

W terapii CBT-IA realizowane są trzy fazy:

1. Modyfikacja zachowania w celu zachowania kontroli nad korzystaniem z internetu: badanie zachowania w czasie spędzonym z komputerem i zachowania w czasie bez dostępu do komputera oraz zarządzanie czasem osób uzależnionych od internetu w trybie online i offline.
2. Restrukturyzacja poznawcza w celu kwestionowania i modyfikowania przekonań uzasadniających nadmierne korzystanie z internetu.
3. Terapia redukcji szkód w celu rozwiązania problemów współistniejących: zajmowanie się wszystkimi współistniejącymi czynnikami związanymi z uzależnieniem od internetu, podtrzymywanie powrotu do zdrowia psychicznego i somatycznego oraz zapobieganie nawrotom.

Stwierdzono, że poprawa w leczeniu objawów uzależnienia CBT-IA utrzymuje się sześć miesięcy po zakończeniu terapii (Young, 2013).

Davis (2001) zaproponował, aby podczas terapii stosować 10 wspomagających ją zasad:

1. Usytuować komputer w miejscu uniemożliwiającym izolowanie się od otoczenia.
2. Korzystać z komputera w obecności innych osób.
3. Zmieniać pory korzystania z internetu (komputera) oraz robić przerwy.
4. Odnotowywać codziennie swoje wszystkie aktywności (w tym czas spędzany przy komputerze).
5. Nie używać w sieci pseudonimów.
6. Rozmawiać o swoim problemie z bliskimi i znajomymi.
7. Wykonywać ćwiczenia fizyczne.
8. Robić stopniowo coraz dłuższe przerwy w korzystaniu z internetu (komputera).
9. Starać się kontrolować swoje myśli dotyczące internetu.
10. Stosować techniki relaksacyjne.

Można zauważyć, że duża część terapii CBT-IA odnosi się do modyfikacji zachowania i zorganizowania czasu korzystania z internetu w celu zmniejszenia oddziaływań destrukcyjnych w życiu psychospołecznym jednostki. Badanie efektywności przedstawionego 12-tygodniowego programu odbywało się po trzech i sześciu miesiącach od ukończenia terapii. Jak sugerują wyniki, u uzależnionych poprawiła się percepcja bliskiej osoby, zaoszczędzili pieniądze wydawane na aktywność w sieci. Ponadto popra-

wiła się umiejętność wykonywania obowiązków zawodowych, bo osoby uzależnione miały więcej czasu na skupienie się na pracy i obowiązkach domowych bez przerw spowodowanych nadmiernym korzystaniem z internetu. Poprawiła się również umiejętność komunikowania się z innymi w trakcie powrotu do zdrowia. Najtrudniejsza do wykonania była zdolność do ponownego rozbudzenia alternatywnych zainteresowań i nowego hobby. Po sześciu miesiącach po terapii osoby uzależnione potrafiły zdiagnozować u siebie przyczyny nadmiernego korzystania z internetu powodujące problemy psychospołeczne.

Stwierdzono, że istotnym czynnikiem, który miał znaczny wpływ na zdrowienie, było ujawnienie swojej problematycznej przeszłości.

Efektywność przedstawionego programu terapeutycznego dla osób uzależnionych od internetu wynosiła 70%. Tyle osób stwierdziło u siebie obniżenie czasu spędzonego z komputerem i poprawę wskaźników funkcjonowania psychospołecznego. Przytoczone dane potwierdzali również terapeuci (Young, 2013).

Bibliografia

- Addictions.com. (2021). *Internet Addiction*. (dostęp 29.05.22).
- Aljasir, S., Bajnaid, A., Elyas, T., Alnawasrah, M. (2017). Facebook's compatibility, reasons for disclosure, and discussion of social and political issues: The case of university students using Facebook. *Journal of Management and Strategy*, 8(7), s. 111-129.
- Błachnio, A., Przepiórka, A., Rowiński, T. (2014). Dysfunkcjonalne korzystanie z internetu – przegląd badań. *Psychologia Społeczna*, 9(4), s. 378-395.
- Brand, M., Wegmann, E., Stark, R., Müller, A., Wölfling, K., Robbins, T. W., Potenza, M.N. (2019). The interaction of person-affect-cognition-execution (I-PACE) model for addictive behaviors: Update, generalization to addictive behaviors beyond internet-use disorders, and specification of the process character of addictive behaviors. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 104, s. 1-10.
- Cudo, A., Zabielska-Mendyk, E. (2019). Funkcjonowanie poznawcze a uzależnienie od internetu – przegląd badań. *Psychiatria Polska*, 53(1), s. 61-79.
- CBOS. (2021). Korzystanie z internetu. <https://cbos.pl> (dostęp: 29.05.22).
- CBOS. (2019). Oszacowanie rozpowszechniania oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących od hazardu i innych uzależnień behawioralnych – edycja 2018/2019. Warszawa: KBPN.
- Cierpiałkowska, L. (2016). Psychologia uzależnień. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.). *Psychologia kliniczna*, (383-406). Warszawa: WN PWN.
- Davis, R.A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior*, 17(2), s. 187-195.
- Goodman, A. (1990). Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85(11), s. 1403-1408.
- Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), s. 191-197.
- Grzegorzewska, I., Cierpiałkowska, I. (2017). *Uzależnienia behawioralne*. Warszawa: WN PWN.
- Habrat, B. (2015). *Wstęp*. W: B. Habrat (red.). *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*, (9-13). Warszawa: IPiN.

- Hootsuite. (2021). *Overview of internet use. Poland*. (dostęp: 29.05.22).
- Hussain, Z., Pontes, H. M. (2019). Personality, internet addiction, and other technological addictions: A psychological examination of personality traits and technological addictions. W: Management Association (Ed.), *Substance Abuse and Addiction: Breakthroughs in Research and Practice*, (236-262). IGI Global, USA.
- Jakubik, A. Popławska, J. (2002). Zespół Uzależnienia od Internetu (ZUI) a osobowość. *Studia Psychologica UKSW*, 4, s. 123-131.
- Kirwill, L. (2011). *Polskie dzieci w Internecie. Zagrożenia i bezpieczeństwo – część 2. Częściowy raport z badań EU Kids On – line II przeprowadzonych wśród dzieci w wieku 9–16 lat i ich rodziców*. Warszawa: SWPS – EU Kids Online – PL.
- Lin, J.S., Lee, Y.I., Jin, Y., Gilbreath, B. (2017). Personality traits, motivations, and emotional consequences of social media usage. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 20(10), s. 615–623.
- Onet.pl. (2022). Uzależnienie od internetu – objawy i leczenie siecioholizmu. (dostęp: 22.05.22).
- Poprawa, R. (2012). Problematyczne Używanie Internetu – symptomy i metoda diagnozy. Badania wśród dorastającej młodzieży. *Psychologia Jakości Życia*, 11(1), s. 57-82.
- Psycom.net. (2021). *Internet Addiction*. (dostęp: 22.05.22).
- Rowicka, M. (2019). *Skuteczna profilaktyka uzależnień behawioralnych*. Warszawa: ORE.
- Rowiński, T., Głuskowska, J. (2014). Gratyfikowanie potrzeb przez mass media a poziom kompetencji społecznych. *Studia Psychologica UKSW*, 14(2), s. 5-23.
- Stawikowski, Ł. (2022). Uzależnienie od internetu – objawy i leczenie siecioholizmu. *Medicover – Online*, (dostęp: 21.05.22).
- WHO. (2014). *Public health implications of excessive use of the internet, computers, smartphones and similar electronic devices*. (dostęp: 21.05.22).
- Young, K.S. (2013). Treatment outcomes using CBT-IA with internet-addicted patients. *Journal of Behavioral Addictions*, 2(4), s. 209–215.
- Young, K.S. (1999). The research and controversy surrounding internet addiction. *Cyberpsychology and Behavior*, 2(5), s. 381-83.

ROZDZIAŁ 4

prof. dr hab. Krzysztof Gąsior

Zaburzenia uprawiania hazardu

Granie hazardowe definiowane jest jako zespół czynności czy zachowań ryzykownych będących kombinacją umiejętności i tzw. szczęścia, czego wynikiem jest wygrana lub przegrana. Jest to zjawisko powszechne, lecz u pewnej grupy ludzi prowadzi do dramatycznych skutków. Początkowo zjawisko to postrzegane było w kategoriach moralnych, ale w połowie lat 40. XX wieku pojawiło się pojęcie uzależnienia od czynności. Hazard zaczął być postrzegany w kategoriach zaburzenia. W Polsce Ustawa o grach hazardowych z dnia 19 listopada 2009 roku (Dz.U. z 2009 r., Nr 201, poz. 1540) definiuje grę hazardową jako grę losową, w której stawką są wygrane pieniądze lub rzeczy, a jej wynik zależy od przypadku. Istnieją różne rodzaje gier i zakładów hazardowych, które przytacza ustawa: gry liczbowe, loterie pieniężna, loterie fantowe, gry cylindryczne, gry w karty, w kości, bingo, zakłady wzajemne, gry na automatach czy wreszcie totalizatory. Badania wskazują, że hazard jest zjawiskiem powszechnym. Większość ludzi gra w sposób bezpieczny, ale około 5% ponosi w związku z aktywnością hazardową poważne szkody. W Polsce około 3,7% osób w wieku 15 lat i więcej gra w sposób szkodliwy, prowadzący do uzależnienia (Jarczyńska, 2016). Jednocześnie w 2014 roku w sposób mogący prowadzić do uzależnienia (wartość CPGI większa niż 0) grało 5,3% Polaków w wieku 15+, przy czym 4,6% grało tak, że możemy w ich przypadku mówić o ryzyku uzależnienia, zaś 0,7% miało problem z hazardem. Po czterech latach, w 2019 roku, na drodze do uzależnienia znalazło się nieco mniej, bo 4,5% osób, w tym zagrożonych uzależnieniem było 3,6%, a uzależnionych – 0,9% (CBOS, 2018–2019).

Hazard jako uzależnienie – kryteria diagnostyczne

Od kilku dekad trwa ważna dyskusja nad pokrewieństwem uzależnień od substancji psychoaktywnych i zachowań uzależnieniowych. Przez długi czas oddzielano od siebie te dwie grypy zaburzeń, uzależnienia behawioralne wiążąc z grupą zaburzeń kontroli

impulsów. Przykładowo w DSM-I hazard mieścił się w kategorii zaburzeń osobowości. W kolejnych edycjach ze względu na obsesyjno-kompulsywny charakter zaburzenia lokowano go wśród zaburzeń kontroli impulsów. W najnowszej edycji DSM-5 (APA, 2013) hazard znalazł się wśród zaburzeń związanych z używaniem substancji oraz zachowań nałogowych. Decyzja ta została oparta na obszernej analizie badań. Wykazały one, że zaburzenia uprawiania hazardu mają aż nadto wspólnych cech i podobieństw do zaburzeń używania substancji psychoaktywnych (Silczuk, Habrat, 2016).

Zmiany zakresu pojęciowego zaburzeń uprawiania hazardu przedstawione przez tychże autorów adekwatnie obrazują zmiany koncepcji uzależnień w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat – od modelu moralnego poprzez modele choroby aż do współczesnych modeli wielowymiarowych. Co więcej, termin „zaburzenie uprawiania hazardu” (*gambling disorder*) stał się terminem dominującym i zastępującym dotychczas używane terminy: „hazard patologiczny”, „hazard problemowy” czy nawet „uzależnienie od hazardu”. Bowiem zakres pojęciowy „zaburzenia uprawiania hazardu” jest szerszy niż pojęcie „uzależnienie”. Niemniej nadal dość często używa się wcześniej przytoczonych terminów ze względu na ich szcegółowość.

W klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-5) postawienie diagnozy opiera się na stwierdzeniu w czasie ostatniego roku co najmniej czterech spośród poniższych zachowań związanych z uprawianiem hazardu (APA, 2013; Silczuk, Habrat, 2016):

Kryterium A

1. Odczuwanie potrzeby grania z podnoszeniem stawek pieniędzy celem osiągnięcia oczekiwanego pobudzenia.
2. Podenerwowanie lub poirytowanie przy próbach ograniczenia lub zaprzestania grania.
3. Powtarzające się podejmowanie bezskutecznych wysiłków mających na celu ograniczenie, kontrolowanie lub zaprzestanie grania hazardowego.
4. Częste zaabsorbowanie myśleniem o hazardzie.
5. Traktowanie gry jako sposobu na poprawienie złego samopoczucia.
6. Podejmowanie prób odegrania się po wcześniejszej utracie pieniędzy w grze.
7. Okłamywanie w celu ukrycia prawdziwych rozmiarów swojego grania.
8. Utrata lub narażenie na szwank ważnych związków emocjonalnych, możliwości edukacyjnych, zawodowych itp. z powodu zaangażowania w granie hazardowe.
9. Szukanie u innych osób pomocy finansowej w celu poprawienia złej sytuacji ekonomicznej, spowodowanej graniem.

Kryterium B

Należy różnicować rozpoznanie u pacjentów, którzy uprawiają hazard w związku z epizodem maniakalnym oraz sprecyzować okresowość (epizodyczność) grania lub jego stałość (chroniczność). DSM-5 zaleca również określenie nasilenia choroby:

- łagodne – spełnione 4-5 kryteriów,
- umiarkowane – spełnione 6-7 kryteriów,
- ciężkie – spełnione 8-9 kryteriów chorobowych.

Warto dodać, że zwiększyła się czułość rozpoznawania zaburzeń związanych z hazardem według kryteriów DSM-5 (Rennert i in., 2014).

W Polsce diagnoza pacjentów z problemem hazardu opiera się na jeszcze obowiązującej klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia ICD-10. Przymusowy (patologiczny) hazard według tej klasyfikacji należy do grupy zaburzeń nawyków i popędów związanych z kontrolą impulsów. W ICD-10 hazard definiuje się jako zaburzenie polegające na powtarzającym się uprawianiu hazardu, który przeważa w życiu człowieka ze szkodą dla wartości i zobowiązań społecznych, zawodowych, materialnych czy rodzinnych (Lelonek-Kuleta, 2014). Woronowicz, opierając się na kryteriach diagnostycznych uzależnienia od substancji według ICD-10, proponuje następujące kryteria dla patologicznego hazardu:

1. Silna potrzeba lub przymus hazardowego grania.
2. Subiektywne przekonanie o istnieniu trudności w kontrolowaniu zachowań związanych z hazardowym graniem, tj. upośledzenie kontroli nad powstrzymaniem się od grania oraz nad długością czasu poświęconego na granie hazardowe.
3. Występowanie, przy próbach przetrwania lub ograniczenia gry, niepokoju, rozdrażnienia czy gorszego samopoczucia oraz ustępowanie tych stanów z chwilą powrotu do gry.
4. Spędzanie coraz większej ilości czasu na graniu w celu uzyskania zadowolenia czy dobrego samopoczucia, które poprzednio uzyskiwane były w krótszym czasie, ale także wydawania coraz większych kwot pieniędzy na granie i stawianie w grach coraz wyższych stawek w tym samym celu.
5. Postępujące zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub dotychczasowych zainteresowań na rzecz grania.
6. Kontynuowanie hazardowego grania pomimo szkodliwych następstw (fizycznych, psychicznych i społecznych), o których wiadomo, że mają związek ze spędzaniem czasu na graniu (Woronowicz, 2021).

Zdiagnozowanie w ostatnim roku trzech spośród sześciu wymienionych objawów uprawnia do rozpoznania hazardu patologicznego.

Zarówno badania, jak i praktyka kliniczna coraz częściej wskazują na silne powiązanie hazardu z uzależnieniami. Rewizja ICD-11, która ukazała się w 2022 roku, zapowiada bardzo oczekiwaną zmianę w klinicznej conceptualizacji uzależnienia i zachowań uzależniających (Brand i in., 2020; Ali, 2021; Kim, Hodgins, 2019). Wprowadzony został nowy rozdział „Zaburzenia spowodowane używaniem substancji lub zachowaniami uzależniającymi”. Zdefiniowano je jako zaburzenia psychiczne i behawioralne, które rozwijają się w wyniku używania substancji psychoaktywnych (w tym leków) lub specyficznych powtarzających się zachowań nagradzających i wzmacniających

(Chmielecki, Sobolewska-Nowak, 2022). W ten oto sposób połączono zaburzenia używania substancji z zaburzeniami zachowań uzależniających w ramach jednej koncepcji. Pod tym względem rozwija podobne zmiany wprowadzone w DSM-5. W ICD-11 poszerzono jednak zaburzenia spowodowane zachowaniami uzależniającymi, wymieniając ich następujące kategorie (Łabęcka, 2022):

- zaburzenia hazardowe,
- zaburzenia związane z grami sieciowymi,
- inne określone zaburzenia spowodowane zachowaniami uzależniającymi,
- zaburzenia spowodowane zaburzeniami uzależnionymi, nieokreślone.

Zaburzenia związane z grami sieciowymi mogą dotyczyć zarówno zachowań online, jak i offline. Po raz pierwszy wprowadza się grupę zaburzeń związanych z zachowaniami uzależnieniowymi, które rozwijają się w wyniku powtarzających się zachowań nagradzających innych niż stosowanie substancji, a obejmujących nie tylko hazard, ale również gry sieciowe. Co więcej, jest propozycja dalszego poszerzenia tych kategorii (Stein i in., 2020). Zachowania uzależniające mogą więc obejmować zakupy, kradzieże, korzystanie z mediów społecznościowych itp. Oczywiście niektóre z nich mogą nakładać się na zaburzenia kontroli impulsów, jak np. kleptomania, kompulsywne zaburzenia zachowania seksualnego czy zaburzenia obsesyjno-kompulsywne. Jednak wymaga to dalszych badań i prac koncepcyjnych. W swoich propozycjach ICD-11 opiera się na użyteczności klinicznej i ochrony zdrowia publicznego z wyraźnym celem poprawy podstawowej, niespecjalistycznej opieki zdrowotnej. Stąd też oczekuje się, że nowa klasyfikacja zwiększy świadomość wśród specjalistów i ogółu społeczeństwa w zakresie problemów związanych z zachowaniami uzależniającymi. Choć pojawiają się także głosy, że może doprowadzić do napiętnowania nieproblematicznych graczy (Stein i in., 2020). Z drugiej jednak strony zrezygnowanie z określenia „patologiczny hazard” jest krokiem w kierunku destygmatyzacji graczy, wśród których większość gra bezproblemowo. Warto podkreślić, że klasyfikacja w ICD-11 zachowań hazardowych w ramach uzależnień wspiera podejście, zgodnie z którym zachowania uzależniające są nie tylko problemem medycznym, ale też problemem z zakresu zdrowia publicznego. Stąd zapobieganie im i profilaktyka staje się ważnym działaniem prozdrowotnym, które można podejmować zarówno w obszarze zdrowia, jak i poza nim (tamże).

Kryteria diagnostyczne zaburzenia hazardowego według klasyfikacji ICD-11:

„Zaburzenie hazardowe charakteryzuje się wzorcem uporczywych lub nawracających zachowań związanych z hazardem, które mogą mieć charakter online (tj. przez internet) lub offline, objawiających się:

1. Upośledzoną kontrolą nad hazardem (np. początek, częstotliwość, intensywność, czas trwania, zakończenie, kontekst).
2. Rosnącym priorytetem nadawanym hazardowi do tego stopnia, że hazard ma pierwszeństwo przed innymi zainteresowaniami życiowymi i codziennymi czynnościami.

3. Kontynuacją lub eskalacją hazardu pomimo wystąpienia negatywnych konsekwencji.

Wzorzec zachowań związanych z hazardem może być ciągły lub epizodyczny i powtarzający się. Wzorzec zachowań związanych z hazardem powoduje znaczny dystres lub znaczne upośledzenie w życiu osobistym, rodzinnym, społecznym, edukacyjnym, zawodowym lub w innych ważnych obszarach funkcjonowania. Zachowania hazardowe i inne cechy są zwykle widoczne przez okres co najmniej 12 miesięcy, aby można było postawić diagnozę, chociaż wymagany czas ich występowania może być skrócony, jeśli wszystkie wymagania diagnostyczne są spełnione, a objawy poważne” (Łabęcka, 2022, s. 180-181).

Uwarunkowania, przebieg i typologia zaburzeń hazardowych

Badania nad uwarunkowaniami zachowań uzależnieniowych prowadzono przede wszystkim w odniesieniu do uzależnień od substancji psychoaktywnych. Jednak od wielu lat prowadzi się pogłębione badania kliniczne nad zachowaniami uzależnieniowymi, które przynoszą interesujące dla badacza rezultaty (Silczuk, Habrat, 2016). Wśród czynników etiopatogenetycznych zaburzeń hazardowych tradycyjnie wymienia się:

- Czynniki neurobiologiczne. Badania nad czynnikami neurobiologicznymi wpływającymi na rozwój patologicznego hazardu są jeszcze stosunkowo nieliczne i początkowo skupiały się głównie na kontekście zaburzeń kontroli impulsów (Potenza, 2013). Stwierdzono, że w rozwój hazardu i patologicznego hazardu zaangażowanych jest wiele systemów neurochemicznych i mózgowych, jak np. układ adrenergiczny (pobudzenie), serotonergiczny (kontrola impulsów), dopaminergiczny (nagroda, wzmocnienie) czy opioidalny (przyjemność). Pojawiło się mocno uzasadnione założenie, że nadmiernie powtarzające się czynności i zachowania (jak np. hazard czy granie w gry komputerowe) mogą spowodować powstanie specyficznych mechanizmów związanych z pobudzeniem ośrodka nagrody, które w następstwie będą sprzyjać rozwinięciu uzależnienia. Badania poszerzone o różnorodne czynniki biologiczne wydają się obiecujące, choć przynoszą nadal dość niespójne wyniki. Wydaje się, że czynniki genetyczne mogą zwiększać ryzyko patologicznego hazardu, podobnie jak czynniki konstytucjonalne czy temperamentalne. Ich do pewnego stopnia zbieżność z badaniami nad uzależnieniami od substancji psychoaktywnych była jednym z powodów przesunięcia w DSM-5 zaburzeń hazardowych z grupy zaburzeń kontroli impulsów do grupy zaburzeń zachowań uzależniających (Yau, Potenza, 2015).
- Czynniki środowiskowe. Czynniki te mogą mieć charakter uwrażliwiający, wyzwalający lub podtrzymujący zaburzenie (nie wprost, ale w tym znaczeniu opisują je między innymi: Niewiadomska, Palacz-Chrisidis, 2016; Ogińska-Bulik, 2010; Panasiuk, Panasiuk, 2016; Cierpiałkowska, Grzegorzewska, 2018).

a) Czynniki uwrażliwiające

Czynniki uwrażliwiające są związane z okresem dzieciństwa i dojrzewania. Efektem ich działania jest powstanie specyficznego uwrażliwienia, podatności, która w życiu dorosłym może zaowocować pojawieniem się zaburzenia. Szczególną rolę mogą odgrywać negatywne doświadczenia dzieciństwa (Poole i in., 2017). Liczne badania wskazują na znaczącą rolę traum i negatywnych doświadczeń z dzieciństwa w powstawaniu szeregu zaburzeń psychicznych i problemów przystosowawczych. W grupie tej znajdują się również czynniki społeczno-kulturowe, jak np. dostępność do gier, zwyczaje kulturowe, wartość i liczba wygranych czy stosunek szans do ryzyka.

b) Czynniki wyzwalające

Są to wszystkie możliwe zdarzenia i sytuacje, które bezpośrednio poprzedzają pojawienie się grania problemowego i ryzykownego. Mogą być one bardzo zróżnicowane: zaangażowanie w granie relaksacyjne, konieczność szybkiego usamodzielnienia się i wyjścia z domu rodzinnego, problemy małżeńskie czy rodzinne (zarówno w rodzinie generacyjnej, jak i obecnej) czy zamknięcie związane z pandemią. Czynnikiem wyzwalającym zaburzone zachowania często są pierwsze znaczące doświadczenia związane z graniem, np. doświadczanie zwycięstw czy „pogoń za wygraną”. Najczęściej z tymi właśnie czynnikami pacjenci wiążą pojawienie się grania patologicznego.

c) Czynniki podtrzymujące

Czynniki podtrzymujące pojawiają się już w trakcie trwania i rozwoju zaburzenia oraz związane są z subiektywnymi i obiektywnymi korzyściami wynikającymi z choroby. Związane są również z mechanizmami choroby (uzależnienia), ale też mechanizmami radzenia sobie z traumatycznym i chronicznym stresem, który jest nieodłącznym elementem codziennego funkcjonowania gracza.

Wszystkie grupy czynników wzajemnie na siebie oddziałując wzmacniają objawy zachowania uzależniającego. Tworzy się też specyficzny uzależnieniowy i potraumatyczny mechanizm regulowania swoich uczuć, co wpływa na procesy myślenia, podejmowania decyzji i zachowania.

Przebieg rozwoju zaburzenia hazardowego

Czy hazardowe zachowania uzależniające mają jakiś typowy przebieg? Wielu badaczy i autorów publikacji wskazuje na procesualność i fazowość rozwoju tego uzależnienia. Fazy przebiegu uzależnienia przedstawił np. Custer (za: Niewiadomska, Brzezińska, Lelonek, 2006):

- 1. Okres poprzedzający zachowanie problemowe.** Jest to czas, w którym gracz eksperymentuje z różnymi rodzajami gier hazardowych. Większość nałogowych graczy podaje, że w dzieciństwie czy okresie dorastania interesowali się grami, grali na automatach czy z kolegami, czasami grali pod okiem rodziców. Okres ten może mieć różną długość trwania (kilka miesięcy – wiele lat), granie ma charakter relaksacyjny i nie pociąga za sobą szkód.

2. **Faza zwycięstw.** W okresie tym zaczyna pojawiać się u gracza fantazjowanie na temat wygranych, wzmacniane rzeczywistymi wygranymi. Początkowo granie ma charakter okazjonalny, stopniowo zwiększa się jego częstotliwość i kwoty lokowane w graniu. Zdecydowana większość patologicznych graczy doświadczyła okresu zwycięstw. Inwestowanie coraz większych kwot, chęć szybkiej i wysokiej wygranej powoduje coraz większe straty. W tym okresie pojawiają się pierwsze symptomy uzależnienia.
3. **Faza strat.** Mechanizmy uzależnienia związane z nałogowym regulowaniem uczuć i zaprzeczaniem problemom wynikającym z graniem dynamicznie się rozwijają. Angażowanie coraz więcej czasu i kwot w graniu zaczyna przynosić coraz więcej strat. Rośnie zadłużenie oraz silna chęć odegrania się i zlikwidowania zadłużenia. Osoba uzależniona od hazardu zaczyna ukrywać przed otoczeniem fakt grania, ale też i jego skutki. Nasila się przekonanie, że „wielka wygrana” rozwiąże wszystkie problemy finansowe.
4. **Faza desperacji.** W tej fazie wzrasta izolowanie się gracza od najbliższych. Ciągłe ukrywanie przed nimi swoich problemów oraz próby zaprzeczania i minimalizowania strat połączone z nadzieją „wygranej” nie zapobiegają jednak zwiększaniu się dyskomfortu, wyrzutów sumienia czy wyczerpania psychicznego. Na tym etapie następuje znacząca zmiana w obrazie siebie i funkcjonowaniu osobistym. Kłamstwa i manipulacje już nie dają się ukryć, często dochodzi do konfrontacji z otoczeniem. Przestaje dominować fantazja o „wielkiej wygranej” na rzecz takiej wygranej, która pozwoli uwolnić się od bieżących długów. Narastanie kryzysu czasami powoduje ujawnienie swoich problemów i pod presją długów czy otoczenia osoba uzależniona zaczyna szukać pomocy.
5. **Faza utraty nadziei.** Jest to okres apogeum strat i problemów związanych z hazardem, gdzie nasilenie kryzysu jest najwyższe. U gracza pojawia się zawężenie poznawcze, emocjonalne i osobowościowe, dominuje skupienie się na emocjach, sytuacja postrzegana jest jako bez wyjścia, narasta beznadzieja. W tej fazie obserwuje się największe nasilenie prób samobójczych. Często jednak dochodzi do przełomu i gracz zaczyna koncentrować się na działaniu: szuka pomocy i podejmuje leczenie.

Nieco inne ujęcie rozwoju zaburzenia hazardowego z uwzględnieniem jego poziomów i narastania objawów według DSM-IV-TR przedstawiają Silczuk i Habrat (2010). Wymienione kryteria poziomów uprawiania hazardu są dość umowne, niemniej stanowią według wspomnianych autorów ważną dla terapii i profilaktyki propozycję:

Poziom 0. Pełna abstynencja od grania. Na tym poziomie znajdują się osoby, które nigdy wcześniej (w całym życiu) nie grały w jakąkolwiek grę losową. Chodzi tutaj o takie zachowania jak zakup kuponu loteryjnego, skorzystanie z automatu hazardowego itp. Chodzi tu także o graczy, którzy w ostatnim roku utrzymywali pełną abstynencję od grania.

Poziom 1. Granie relaksacyjne, incydentalne. Osoby te grają przede wszystkim dla przyjemności i nie doświadczają jakichkolwiek problemów czy negatywnych skutków związanych z graniem, a ich aktywność nie skutkuje powstaniem jakichkolwiek znaczących problemów lub szkód. Pojawienie się szkód jest kryterium rozstrzygającym o przejściu na kolejny poziom.

Poziom 2. Wystąpienie trudności i szkód związanych z graniem. Szkody te mogą być różnorodne – od poczucia winy aż po pojawienie się zadłużenia, przy czym nie są spełnione kryteria diagnostyczne zaburzenia. Poziom ten dawniej określany był jako hazard ryzykowny.

Poziom 3. Spełnione kryteria diagnostyczne dla hazardu patologicznego. Występujące objawy spełniają kryteria DSM-IV-TR, a skutki dotyczą szeregu wymiarów funkcjonowania jednostki.

Określenie poziomów nasilenia zachowań hazardowych ma swoje znaczenie dla terapii i profilaktyki. Odwołując się do DSM-5, można zmodyfikować i poszerzyć wyżej opisane poziomy o ujęte w tej klasyfikacji poziomy nasilenia zaburzenia: lekkie (poziom 2), umiarkowane (poziom 3) oraz ciężkie (poziom 4).

Rozwój zaburzenia hazardowego jako kryzys psychologiczny

Opis faz rozwoju zaburzenia hazardowego (hazardu patologicznego) według Custera jest przynajmniej od fazy strat spójny z fazami rozwoju kryzysu. Porównać więc można jego koncepcję z koncepcją przebiegu kryzysu. Terapeuci zajmujący się osobami uzależnionymi od hazardu wskazują na to, że zdecydowana większość z nich, podejmując leczenie, znajduje się w silnym kryzysie (Bielecki, 2010). Doświadczenie kryzysu jest bardzo indywidualne, zależne od wielu czynników i wielu zmiennych, trudno więc mówić o jakimś typowym jego przebiegu. Znaczący autorytet w dziedzinie psychologii kryzysu G. Caplan wymienia następujące etapy w dynamice przebiegu kryzysu (za: Kubacka-Jasiecka, 2010):

1. Etap początkowy: związany jest z pojawieniem się silnego czynnika stresującego, który prowadzi do pierwotnej dezorganizacji i odkrycia, że dotychczasowe strategie przystosowawcze nie działają. Etap ten odpowiada fazie strat według Custera.
2. Etap narastania napięcia: pogłębia się proces dezorganizacji, co prowadzi do skupienia się na emocjach. Zagubienie, lęk, niemożność znalezienia rozwiązania prowadzi do utraty nadziei i nasilenia objawów depresyjnych. Pojawia się myślenie pesymistyczne, skoncentrowane na uczuciach, a nie na działaniu. Etap ten odpowiada fazie desperacji u Custera.
3. Etap kulminacji kryzysu: z jednej strony widać maksymalną dezorganizację funkcjonowania psychicznego człowieka, z drugiej zaś największą mobilizację zasobów. Daje to szansę na wypracowanie innego spojrzenia zarówno na przyczyny, jak i możliwe nowe rozwiązania sytuacji kryzysowej. Następuje przesu-

nięcie punktu ciężkości z emocji na działanie. W tej fazie osoba zaczyna szukać pomocy na zewnątrz. Etap ten odpowiada fazie utraty nadziei według Custera.

4. Etap rozwiązania kryzysu: rozwiązanie kryzysu może być:
 - konstruktywne: znalezienie nowych sposobów i wzorców przystosowawczych, następuje wówczas obniżenie napięcia połączone z poczuciem ulgi, ale i wyczerpania, osoba uzyskuje nową integrację na wyższym i bardziej przystosowawczym poziomie,
 - destruktywne: brak rozwiązania kryzysu, również często połączone z obniżeniem napięcia, wyciszeniem, ale przede wszystkim z poczuciem wyczerpania i rezygnacji, może to prowadzić do zachowań autodestrukcyjnych (próby samobójcze) i regresji funkcjonowania osobistego i psychospołecznego.

Rozwiązanie kryzysu zależne jest od natury problemu, zasobów osobowościowych, dotychczasowych doświadczeń życiowych oraz efektywności wsparcia ze strony otoczenia. Kryzys staje się w większości przypadków szansą rozwojową, a nie tylko przekleństwem i zbędnym cierpieniem. Spojrzenie na osobę uzależnioną od hazardu jako na osobę, która nie tylko zmaga się z mechanizmami uzależnienia, ale także zgłasza się po pomoc w silnym kryzysie, może ułatwić zrozumienie i nawiązanie współpracy pomiędzy specjalistą a pacjentem.

Współwystępowanie zaburzeń

Częstość występowania zaburzeń hazardowych w poszczególnych krajach jest zmienna. Zresztą trudno te badania porównywać, ponieważ opierają się na różnych systemach klasyfikacyjnych i różnej metodologii. Według Światowej Organizacji Zdrowia wskaźniki uzależnienia od hazardu wahają się od 0,1% do 6% w ogólnej populacji, a młodzi dorośli należą do najbardziej podatnych; przy czym aż 14% studentów zgłasza problem z hazardem (Abbot, 2017). Istnieje wiele narzędzi diagnostycznych dotyczących hazardu i patologicznego hazardu, niestety większość nie jest dostępna w języku polskim. Dobrego przeglądu tychże narzędzi dokonali: Silczuk i Habrat (2016) oraz dla młodzieży Jarczyńska (2016), natomiast na narzędzia oparte na ICD-11 należy jeszcze poczekać, choć już pierwsze się ukazały (Zhang i in., 2022).

Duże zainteresowanie wśród badaczy budzi współwystępowanie zaburzeń zdrowia psychicznego z zaburzeniami hazardowymi. Petry (2005) w swojej monografii podaje, że ryzyko współwystępowania hazardu patologicznego dla zaburzeń osobowości (iloraz szans) jest 8-krotne, zaburzeń używania substancji – 5,5-krotne; zaburzeń depresyjnych czy lękowych – 3-krotne. Jak widać, najczęściej – oprócz zaburzeń osobowości – wśród grających patologicznie występuje uzależnienie od alkoholu (73%) oraz uzależnienia od innych substancji psychoaktywnych (57,5%) (Yau, Potenza, 2015). W grupie osób z zaburzeniami hazardowymi są nadreprezentowane również negatywne doświadczenia z dzieciństwa, które istotnie zwiększają ryzyko pojawienia się złożonego stresu pourazowego. Wskazuje to na konieczność

uwzględnienia w programie terapii problemów związanych ze współwystępowaniem zaburzeń. Dobór terapii może być zależny od typologii uzależnienia, jeżeli takową da się w sposób sensowny wyodrębnić. Pojawiło się kilka prób opracowania typologii patologicznego hazardu (Ogińska-Bulik, 2010; Niewiadomska i in., 2006). Custer wymienia 6 typów graczy: okazjonalni–zabawowi, antyspołeczni, okazjonalni–relaksacyjni, hobbystyczni, ucieczkowi i kompulsywni. Jest to jednak podział wynikający bardziej z obserwacji niż z badań i wiedzy klinicznej. Silczuk i Habrat (2016) przytaczają starszy (z lat 80. XX wieku), ale uzasadniony klinicznie i terapeutycznie podział osób uzależnionych od hazardu Błaszczyńskiego na dwie grupy: podtyp graczy redukujących lub starających się uniknąć cierpienia poprzez poddawanie się w wyniku grania stanom podobnym do dysocjacji oraz podtyp poszukujących pobudzenia. Doświadczenia terapeutów wydają się jak najbardziej zgodne z tą dawno już opisaną typologią (Bielecki, 2010).

W ostatnich latach, jak podaje Jarczyńska (2016), coraz wyraźniej widać zjawisko „feminizacji” hazardu. Do tej pory w grupie osób uzależnionych od hazardu zdecydowanie dominowali mężczyźni (podobnie jak i w innych uzależnieniach, poza lekowymi). Ale sytuacja się zmienia i coraz więcej kobiet podejmuje ten rodzaj aktywności. Przeglądając się kobietom i mężczyznom uwikłanym w hazard stwierdzono, że podobnie jak w przypadku uzależnienia od alkoholu występuje u nich „teleskopowy” rozwój uzależnienia (Stein i in., 2020). Cechuje go szybszy rozwój uzależnienia, częstsze występowanie problemów psychicznych, większe poczucie winy i wstydu. U mężczyzn zaś uzależnienie wolniej się rozwija, częściej współwystępują problemy z nadużywaniem substancji psychoaktywnych oraz problemy prawne.

Pomoc i psychoterapia zaburzeń hazardowych

Nowe spojrzenie na zaburzenia hazardowe uwidocznione w DSM-5 oraz ICD-11 pociąga za sobą istotne konsekwencje zarówno w zakresie profilaktyki, jak i terapii osób cierpiących na to zaburzenie. Profilaktyka nie może mieć wyłącznie charakteru zdrowotnego (medycznego), ale powinna być realizowana przez różne służby społeczne. Powinna zająć ważne miejsce w polityce państwa, jak i samorządu czy organizacji pozarządowych. W Polsce takie działania podejmowane są od lat, ale wydaje się, że nadal jeszcze w zbyt małym zakresie i w zbyt małej intensywności. Tym bardziej że skutkiem pandemii spowodowanej przez COVID-19 może być intensywny wzrost uzależnień behawioralnych związanych również z grami hazardowymi.

Na świecie jest dostępnych wiele form terapii dla osób z zaburzeniami hazardowymi. Nie czekając bowiem na reakcję środowiska medycznego i zmiany w klasyfikacjach chorób, praktyka społeczna od dziesiątków lat wskazywała na wymiar uzależnieniowy patologicznego hazardu. Wielu psychoterapeutów uzależnień zwraca uwagę na to, że przebieg i mechanizmy rozwoju patologicznego hazardu są zbieżne z rozwojem uzależnienia pewną specyfiką, co musi mieć odzwierciedlenie w terapii.

Przede wszystkim terapia zaburzeń hazardowych powinna odbywać się we w miarę jednorodnych grupach pacjentów. Osoba uzależniona od hazardu, która znajdzie się wśród pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych, ma poważne problemy ze zidentyfikowaniem się z objawami choroby. Bielecki (2010) wskazuje tu przede wszystkim na trudność w identyfikowaniu głodu, ponieważ jest on w większości przypadków inaczej doświadczany przez osoby uzależnione od hazardu i np. od alkoholu. Osoby uzależnione od alkoholu po przerwaniu picia w pierwszych dniach i tygodniach doświadczają nieraz silnego pragnienia picia, natomiast u osób uzależnionych od hazardu ten czynnik nie występuje po przerwaniu grania. Praca nad głodem alkoholowym jest dla nich początkowo czystą abstrakcją. Kolejną specyficzną rzeczą jest moment podjęcia decyzji o zgłoszeniu się na terapię. Osoby uzależnione od hazardu w tym momencie przeważnie są w silnym kryzysie psychologicznym czy wręcz kryzysie życiowym. Najczęściej jest on związany z nagłym ujawnieniem problemów związanych z graniem, szczególnie dotyczy to strat finansowych i zadłużenia. Sięgają one kilkunastu, kilkudziesięciu czy kilkuset tysięcy złotych. Są to sytuacje, które niekiedy kończą się rozpadem rodziny czy utratą pracy. Taki stan rzeczy wymaga innego podejścia pomocowego, czyli podjęcia interwencji kryzysowej, która ma ochronić pacjenta przed dalszą destrukcją czy zagrożeniem życia. W Polsce model terapii uzależnienia zakłada, że w pierwszej kolejności należy skupić się nad rozbrajaniem mechanizmów uzależnienia: mechanizmu nałogowego regulowania uczuć, zaprzeczania i iluzji oraz rozpraszenia i samodestrukcji Ja. Tymczasem osoby uzależnione od hazardu często źle reagują na ten etap terapii. Jak pisze Bielecki (2010), konfrontowanie ich z prawdziwym obrazem choroby, praca nad głodem hazardowym, którego w czasie terapii jeszcze nie doświadczyli, obniża ich motywację, a nawet może zwiększać tendencje autodestrukcyjne. Destabilizacja Ja spowodowana nie tylko rozwojem zaburzenia hazardowego, ale również doświadczeniem nieraz głębokiego kryzysu życiowego, jest główną figurą w obrazie osoby uzależnionej od hazardu. Z tego względu skupienie się na obszarze działania mechanizmu „rozproszonego Ja” potrafi przynosić dość ważne zmiany w funkcjonowaniu psychospołecznym osób uzależnionych od hazardu. Kryzys życiowy, egzystencjalny wymaga przyjrzenia się wartościom i celom życiowym. Co więcej, wymaga choćby w minimalnym stopniu pobudzenia czy przywrócenia nadziei, którą osoba uzależniona od hazardu w trakcie grania straciła. Taka propozycja terapeutyczna, która jest mieszaniną oddziaływań interwencyjnych i terapeutycznych zazwyczaj motywuje pacjenta do pozostania w terapii i podjęcia trudu zmiany.

Istotnym etapem terapii jest praca nad nawrotami. To właśnie na tym etapie osoby uzależnione od hazardu zaczynają rozumieć, co to jest głód hazardowy i co go buduje oraz wzmacnia. Jest wiele propozycji pracy nad nawrotami, jedną z nich podaje Bielecki (2010). Jest ona oparta na modelu osobowości jako systemie poznawczo-afektywnym (Shoda, Mischel, 1999) i oddziaływaniach behawioralno-poznawczych. Od lat model terapii behawioralno-poznawczej jest rekomendowany jako wiodący do

pracy z osobami uzależnionymi od hazardu (Woronowicz, 2021). W czasie terapii poważnym problemem zagrażającym jej efektom jest stopień zadłużenia pacjenta. I w tym przypadku terapeuta może podjąć wątki interwencyjne w pracy z pacjentem. Wiele osób uzależnionych od hazardu przeszło drogę upadłości konsumenckiej w trakcie leczenia i w ten sposób poradziło sobie z długami.

Podjęcia i metody pracy terapeutycznej

Dobrego przeglądu metod i programów leczenia osób uzależnionych od hazardu oraz ich efektów dokonała Jelonkiewicz (2014). Wskazała, że niebagatelną rolę w terapii i zdrowieniu pacjenta może pełnić uczestnictwo w ruchu Anonimowych Hazardzistów (GA – *Gamblers Anonymus*), który powstał w latach 50. XX wieku na wzór Anonimowych Alkoholików. W początkach leczenia osób uzależnionych od hazardu właśnie tam kierowano pacjentów. Uzupełnieniem pomocy dla partnerek/partnerów osób uzależnionych od hazardu było utworzenie grup dla członków rodzin – GamAnon. Oba ruchy samopomocowe kierują się Programem 12 Kroków skupionym na uznaniu bezsilności i przemianie moralnej oraz niesieniu pomocy innym osobom z podobnymi problemami. W Polsce ruch samopomocowy AH rozwija się dość dynamicznie i posiada już swoją stronę internetową (www.anonimowihazardzisci.org). Terapia profesjonalna zaczęła się od psychoanalizy, następnie terapii awersyjnej opartej na behawioryzmie. Jednak w ówczesnym ujęciu oba podejścia nie przynosiły dobrych efektów. Dopiero pojawienie się terapii poznawczo-behawioralnej zmieniło tę sytuację. Prawdziwy przełom nastąpił w latach 90. ubiegłego wieku, kiedy to zaczęto wprowadzać terapię i programy wielomodalne. Łączą i integrują one wiele różnorodnych oddziaływań: poznawczo-behawioralne, systemowe, samopomocowe, interwencyjne.

Należy przypuszczać, że wprowadzenie do nowych klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych kategorii zaburzeń spowodowanych zachowaniami uzależniającymi pociągnie za sobą intensywne prace zarówno nad etiopatogenezą, narzędziami diagnostycznymi, jak i programami terapeutycznymi i profilaktycznymi ukierunkowanymi na te zaburzenia. Jest to nie tylko potrzebne, ale wręcz konieczne, gdy obserwujemy, jak intensywnie zachowania uzależniające się nasilają.

Bibliografia

- Abbot, M. (2017). The epidemiology and impact of gambling disorder and other gambling-related harm. Discussion paper developed for the WHO Forum on Alcohol. *Drugs and Addictive Behaviours*, June, s. 26-28.
- Ali, A.Y. (2021). Behavioral Addictions: The Substance of “Non- Substance Related Addictive Disorders”. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 23(1), s. 1-6.
- American Psychiatric Association (2015). Kryteria diagnostyczne z DSM-5. *Desk Reference*. Wrocław: Edra Urban & Partner.

- Brand, M., Rumpf, H., Demetrovics, Z., Müller, A., Stark, R., King, D.L., Goudriaan, A., Mann, K., Trotzke, P., Fineberg, N., Chamberlain, S., Kraus, S.W., Wegmann, E., Billieux, J., Potenza, M. (2020). Which conditions should be considered as disorders in the International Classification of Diseases (ICD-11) designation of „other specified disorders due to addictive behaviors”? *Journal of Behavioral Addictions*, Jun 30. DOI: 10.1556/2006.2020.00035.
- Jarczyńska, J. (2016). *Zaangażowanie w hazard młodzieży gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej. Diagnoza zjawiska i jego wybranych uwarunkowań*. Bydgoszcz: Wyd. UKW.
- Jelonkiewicz, I. (2014). Psychoterapia hazardu — jak skutecznie leczyć hazardzistów? Efektywność stosowanych metod terapeutycznych. *Psychoterapia*, 2 (169), s. 31-41.
- Kim, H.S., Hodgins, D.C. (2019). A Review of the Evidence for Considering Gambling Disorder (and Other Behavioral Addictions) as a Disorder Due to Addictive Behaviors in the ICD-11: a Focus on Case-Control Studies. *Current Addiction Reports*, 6, s. 273–295.
- Niewiadomska, I., Palacz-Chrisidis, A. (2016). Zmiany kryteriów w diagnozowaniu zaburzeń związanych z hazardem oraz uzależnień chemicznych i czynnościowych. *Resocjalizacja Polska*, 12, s. 91-104.
- Panasiuk, K., Panasiuk, B. (2016). Patologiczny hazard – możliwości rozpoznania i leczenia. *COLLOQUIUM Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych*, 3, s. 85-110.
- Petry, N.M. (2005). Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment. *American Psychological Association*. <http://doi.org/10.1037/10894-000>.
- Poole, J.C., Kim, H.S., Dobson, K.S., Hodgins, D.C. (2017). Adverse Childhood Experiences and Disordered Gambling: Assessing the Mediating Role of Emotion Dysregulation. *Journal of Gambling Studies*, 33(4), s. 1187-1200. DOI: 10.1007/s10899-017-9680-8.
- Silczuk, A., Habrat, B. (2016). Zaburzenia uprawiania hazardu. W: Habrat, B. (red.), *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*, s. 83-159. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Yau, Y.H.C., Potenza, M.N. (2015). Gambling Disorder and Other Behavioral Addictions: Recognition and Treatment, *Harv Rev Psychiatry*; 23(2), s. 134–146. DOI: 10.1097/HRP.000000000000051. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4458066/.

ROZDZIAŁ 5

dr n. med. Sławomir Jakima

Seksoholizm (hiperseksualność)

Seksoholizm jest terminem niejednoznacznym. Obejmuje bowiem szereg mniej lub bardziej kontrolowanych zachowań seksualnych zarówno impulsywnych, jak i kompulsywnych, które po pewnym czasie stają się zachowaniami mającymi charakter uzależnienia. Pomimo ewidentnych strat, pacjent nadal kontynuuje te zachowania. Termin seksoholizm wprowadził w 1981 roku Patric Carnes i pod taką nazwą to uzależnienie jest najbardziej znane. Ponieważ materia tego uzależnienia obejmuje przekraczanie granic w intymności człowieka, wiąże się z często szkodliwymi zarówno dla pacjenta, jak i jego rodziny zachowaniami, podjęcie próby terapii staje się jednym z ważniejszych problemów terapii uzależnień. Problem hiperseksualności dotyczy około 6% populacji z ogromną przewagą mężczyzn. Dokładne dane nie są jednak znane.

Niekontrolowane zachowania seksualne mogą obejmować:

- utratę kontroli nad oglądaniem pornografii z towarzyszącą jej masturbacją. Pornografia jest najczęstszą formą uzależnienia, co jest związane z powszechną dostępnością do internetu i innych środków przekazu. Wzmacnianiu określonych treści pornograficznych służy masturbacja. Tworzy się wtedy tzw. podwójny system wzmocnień. Niebezpieczeństwem tej formy uzależnienia jest, oprócz utraty kontroli (natychmiastowe regulowanie emocji z uzyskaniem szybkiej gratyfikacji), wytworzenie tolerancji – typowego zjawiska w uzależnieniach. Tolerancja polega na potrzebie poszukiwania i oglądania coraz bardziej drastycznych stron pornograficznych, ponieważ oglądane przez wiele lat dotychczasowe treści nie dają już tak silnego bodźca wywołującego podniecenie. Problem może się pojawić w związkach małżeńskich bądź partnerskich, kiedy pojawia się u uzależnionej osoby konieczność wprowadzania fantazji z oglądanych treści pornograficznych, aby uzyskać jakąkolwiek formę podniecenia w relacji intymnej z partnerką/partnerem. U niektórych osób uzależnionych może stać się to jedyną formą uzyskania jakiegokolwiek pożądania lub podniecenia;

- cyberseks – zwiększona aktywność seksualna w internecie lub innych formach przekazu, polegająca na używaniu kamer lub innych środków audio-wizualnych, bardzo często z prawie anonimowymi dla tej osoby partnerami. Polega to na przedstawianiu scen z masturbacją, zachowaniami seksualnymi, wysyłaniem zdjęć części intymnych. Jedną z ważnych form jest umawianie się z osobami, z którymi nie ma się żadnej relacji, „tylko na seks”. Często formą cyberseksu może być opisywanie aktywności seksualnej na forach internetowych;
- impulsywna potrzeba korzystania z płatnych usług seksualnych. Często z bardzo dużym elementem ryzyka, bez zabezpieczenia. Niesie to bardzo poważne skutki w postaci niebezpieczeństwa zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową łącznie z możliwością zarażenia osób najbliższych;
- uwikłanie się w kilka związków naraz opartych głównie na relacji seksualnej, z potrzebą ciągłego poszukiwania dalszych relacji z nowymi osobami.

Istotą uzależnienia od seksu jest brak relacji emocjonalnych. Kontakt z drugą osobą, która jest traktowana przedmiotowo, ma służyć tylko zaspokojeniu seksualnych potrzeb osoby uzależnionej. Inne czynności seksualne nie służą uzyskiwaniu satysfakcji seksualnej typowej w relacji partnerskiej, ale przede wszystkim regulowaniu uczuć i emocji. Istotną też cechą uzależnienia od seksu jest nadmierna seksualizacja w większości aspektów życia pacjenta. Twórca terminu seksoholizm, Carnes, bazując na swoich badaniach i obserwacjach klinicznych, przedstawił 10 wskaźników, spośród których, jeżeli u danej osoby można zaobserwować przynajmniej trzy z nich, prawdopodobne jest potwierdzenie uzależnienia od zachowań seksualnych. Są to:

1. Powtarzające się porażki w powstrzymaniu impulsów seksualnych.
2. Bardziej intensywne i dłuższe w czasie zachowania seksualne niż to zamierzono.
3. Podejmowanie bezskutecznych wysiłków, by zatrzymać, zmniejszyć lub kontrolować swoje zachowania seksualne.
4. Nadmierne poświęcanie czasu na aktywności zmierzające do realizacji zachowań seksualnych, na same zachowania seksualne, na „powracanie” z doświadczeń seksualnych.
5. Poczucie zaabsorbowania zachowaniami seksualnymi i/lub czynnościami przygotowawczymi do nich.
6. Działania związane z seksem utrudniają wywiązywanie się z obowiązków zawodowych, szkolnych, domowych lub społecznych.
7. Kontynuowanie zachowań seksualnych pomimo wiedzy o wynikających z nich trwałych, powtarzających się problemach społecznych, finansowych, psychologicznych czy zdrowotnych.
8. Zwiększanie intensywności lub częstości zachowań seksualnych, by uzyskać pożądaną efekt; lub zmniejszenie się poziomu uzyskiwanego efektu przy zachowanym poziomie intensywności i częstości zachowań seksualnych.

9. Celowe ograniczanie aktywności społecznych, zawodowych czy odpoczynku, by poświęcać czas na zachowania seksualne.
10. Cierpienie, zniecierpliwienie, drażliwość w przypadku niemożności realizowania zachowań seksualnych.

Powyżej wymienione czynniki stały się podstawą stworzenia jednego z najbardziej popularnych kwestionariuszy, opublikowanych w 1988 roku, stosowanych w rozpoznaniu seksoholizmu. Jest to test wspólny dla obu płci. Zawiera 20 pytań, na które osoba wypełniająca go udziela odpowiedzi: „tak” lub „nie”.

W 2010 roku powstała nowa wersja oparta na poprzedniej wersji SAST-R (*Sexual Addiction Screening Test-Revised*), również przeznaczona dla obu płci.

Powszechnie stosowanymi terminami są seksoholizm (uzależnienie od seksu), kompulsywne zachowania seksualne, impulsywność seksualna, parafilia bez określonych bodźców. Próbowano też wprowadzić w klasyfikacji DSM-5 w kategorii zachowań seksualnych zaburzenia hiperseksualne.

Przedstawił ten projekt Kafka, który zaproponował kryteria diagnostyczne. Aby rozpoznać hiperseksualność, u pacjenta przez okres sześciu ostatnich miesięcy wystąpić powinny trzy z pięciu kryteriów objawowych (A) oraz jedno subiektywne (B) przy jednoczesnej nieobecności kryteriów wykluczenia (C):

- A1. Poświęcanie dużej ilości czasu na fantazje lub zachowania seksualne, przy notorycznym zaniechaniu innych ważnych (niezwiązanych z seksem) celów, aktywności i zobowiązań.
- A2. Powtarzające się zaangażowanie w zachowania lub fantazje seksualne w odpowiedzi na dysforyczne stany emocjonalne (lęk, przygnębienie, znudzenie, poirytowanie).
- A3. Powtarzające się zaangażowanie w zachowania lub fantazje seksualne w odpowiedzi na stresujące wydarzenia życiowe.
- A4. Powtarzające się, ale nieskuteczne próby kontroli lub znacznej redukcji zachowań bądź fantazji seksualnych.
- A5. Powtarzające się zaangażowanie w zachowania seksualne, przy bagatelizowaniu ryzyka doznania lub zadania innym krzywdy fizycznej lub emocjonalnej.
- B. W związku z częstotliwością lub intensywnością zachowań i fantazji seksualnych u pacjenta widoczny jest wysoki poziom stresu, dysfunkcji społecznych, zawodowych lub dysfunkcji obejmujących inny ważny obszar życia.
- C. Zachowania i fantazje seksualne nie są bezpośrednim efektem fizjologicznym stosowania substancji zewnętrznych (np. narkotyków lub leków).

Hiperseksualność jako zaburzenie nie zostało uwzględnione w ostatecznej wersji klasyfikacji DSM-5 ze względu na brak dostatecznej ilości danych naukowych oraz rozbieżności dotyczące mechanizmów leżących u podłoża tego zaburzenia. Obecnie w DSM-5 nie mamy jakiegokolwiek diagnozy odnoszącej się do problemów hiperseksualności. Wydaje się jednak, że kryteria Kafki są dość czytelnie diagnostycznie propozycją rozpoznania hiperseksualności (uzależnienia).

Natomiast w klasyfikacji ICD-10, która może być stosowana do 2025 roku, brak jest kryteriów diagnostycznych używających terminu „seksoholizm” lub „hiperseksualność”. Można jednak kodować takie problemy jako: nadmierny popęd seksualny F52.7, niespecyficzne dysfunkcje seksualne F52.9 lub F63.8 jako inne zaburzenia kontroli impulsów. Jeżeli pojawiają się zachowania o charakterze parafilnym, można kodować to pod numerem F65 jako zaburzenia preferencji seksualnej.

W klasyfikacji ICD-11, która za sprawą WHO zaczęła obowiązywać 1 stycznia 2022 roku, zaproponowano określenie tego zjawiska kompulsywnym zaburzeniem zachowań seksualnych (*Compulsive Sexual Behavior Disorder* – CSBD) lub w innym tłumaczeniu – kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi (kod: 6C72).

Kompulsywne zaburzenie zachowań seksualnych (CSBD) jako zaburzenie kontroli impulsów i „charakteryzujące się uporczywym wzorcem braku kontroli intensywnych, powtarzających się popędów i zachowań seksualnych”, jest wówczas, gdy osoba:

(1) poświęca zbyt dużo czasu i uwagi czynnościom seksualnym do tego stopnia, że zaniedbuje zdrowie, opiekę osobistą, zainteresowania i odpowiedzialność,

(2) doświadcza zmniejszonej kontroli przejawiającej się wielokrotnymi nieskutecznymi próbami ograniczenia zachowań seksualnych,

(3) kontynuuje aktywność seksualną pomimo negatywnych konsekwencji,

(4) kontynuuje zaangażowanie w zachowania seksualne, nawet jeśli nie uzyskuje się satysfakcji lub jej brak, oraz

(5) doświadcza znacznego stresu lub upośledzenia we wszystkich dziedzinach życia lub ważnych obszarach funkcjonowania.

W klasyfikacji ICD-11 zawarto również ostrzeżenie: „Cierpienie, które jest całkowicie związane z osądami moralnymi i dezaprobatą wobec impulsów, popędów lub zachowań seksualnych, nie jest wystarczające, aby spełnić ten wymóg”. Dodatkowo wykluczają zaburzenia parafilne.

Koncepcje hiperseksualności

Obecnie wyróżnia się pięć najszerzej opisanych koncepcji hiperseksualności:

- koncepcja psychodynamiczna,
- koncepcja kognitywno-behawioralna,
- koncepcja zaburzenia kompulsywno-impulsywnego,
- koncepcja uzależnienia,
- koncepcja zaburzeń parafilnych bez określonego bodźca.

Koncepcje te są związane z różnymi paradygmatami szkół psychoterapeutycznych, ich filozofią i elementami, na jakie kładą nacisk. Jednak we wszystkich tych koncepcjach uwzględnia się w diagnozie utratę kontroli, impulsywne zachowania seksualne, szkody oraz systemy iluzji i zaprzeczeń. Metody leczenia także są podobne.

Leczenie

Leczenie hiperseksualności z reguły jest terapią długoterminową. Wymaga jednak dużego zaangażowania ze strony osoby uzależnionej. Wskazana jest także terapia partnera lub partnerki osoby uzależnionej. Formy terapii obejmują terapię indywidualną i grupową, niezwykle ważne w leczeniu hiperseksualności. Ogromną trudnością na początku terapii jest problem ujawniania zachowań seksualnych wobec partnera. Istnieją dwa podejścia: pierwsze, dość radykalne mówi o poinformowaniu partnera o wszystkim, co w zamyśle ma dać przestrzeń do dalszej terapii. Rodzina osoby uzależnionej z tego powodu powinna być także objęta natychmiastową terapią. Drugie podejście mówi o stopniowym informowaniu partnera o zachowaniach seksualnych. Podstawą jednak jest ujawnianie tylko wtedy, jeżeli nie zagrazi to trwałości związku na początku terapii. Jest to bardzo trudny problem, ponieważ terapeuta staje się powiernikiem, właścicielem tajemnicy.

Etapy leczenia

Etapy dotyczą zarówno terapii indywidualnej, jak i grupowej. Terapia grupowa ma ogromne znaczenie w terapii seksoholizmu. Proces terapeutyczny jest taki sam jak w terapiach uzależnień, jednakże „materia uzależnienia”, jest dla wielu pacjentów wstydliva, istnieje lęk przed możliwością „wyjścia informacji na zewnątrz”. Jednakże sama istota tej formy terapii daje uczestnikom poczucie, że ich problem jest podobny, mają możliwość przełamania uczucia wstydu, przepracowania problemów związanych z uzależnieniem w grupie podobnych osób. Ważna jest też świadomość akceptacji oraz braku ocen moralnych.

Najlepiej jeżeli grupa jest jednorodna (to samo uzależnienie lub trwanie w abstynencji z współlistniejącym uzależnieniem). Ważne jest też ustabilizowanie stanu psychicznego pacjentów z diagnozami psychiatrycznymi. Należy rozważyć dobór uczestników terapii grupowej wcześniej (terapia grupowa rozpoczyna się właściwie na etapie doboru uczestników) oraz tworzenie grup mieszanych (kobiety i mężczyźni).

1. Faza diagnozy – dokładne zebranie wywiadu z informacjami o ryzykownych zachowaniach seksualnych, przebytych i obecnych chorobach, a szczególnie o istnieniu innych uzależnień. Niezwykle istotne jest też ustalenie motywacji do podjęcia leczenia (pozorna czy właściwa).
2. Plan terapeutyczny – ustalenie kontraktu terapeutycznego, przedstawienie planu terapii pacjentowi, ustalenie planu leczenia dla terapeuty.
3. Wstępna faza leczenia – praca nad zrozumieniem problemu utraty kontroli oraz zrozumieniem wytworzonych w trakcie powstawania uzależnienia specyficznego systemu zaprzeczeń i iluzji. Ten etap jest bardzo ważny, ponieważ warunkuje często dalszy sukces w terapii. Pacjent powinien zaakceptować swoje ograniczenia oraz zobaczyć straty związane z utrzymywaniem przez wiele lat systemem zaprzeczania. W tym etapie wprowadza się zakaz wszelkich zachowań seksu-

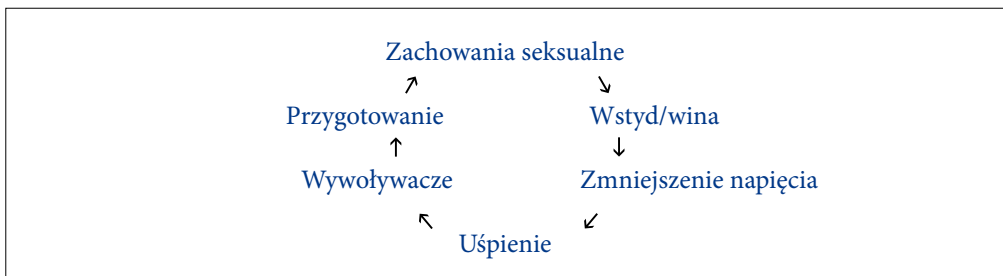
alnych, które wiążą się z ryzykiem zdrowotnym. Wprowadzenie systemu 24 h oraz zatrzymanie oglądania pornografii. Propozycja uczestniczenia w grupach samopomocowych.

4. Faza leczenia – emocje i uczucia. Pokazanie istoty problemów emocjonalnych, ich roli w powstawaniu nałogu, rozpoznawania i nazywania uczuć i emocji. Praca nad zjawiskiem wstydu i winy. W tym etapie istotne jest poznanie własnego cyklu nawrotów oraz zarządzanie emocjami. Istotne wydaje się w tym etapie podjęcie terapii partnerskiej i terapii współzależnienia z pełnym uwzględnieniem problemu tajemnicy. Dobrym rozwiązaniem jest wprowadzenie programu HALT. Możliwość wprowadzenia treningów autogennyh.
5. Faza leczenia – zmiana. Omówienie dotychczasowego przebiegu terapii, ustalenie, że abstynencja lub znaczna redukcja zachowań nie jest końcem procesu. Podjęcie problemów, leczenie chorób współistniejących. Praca nad relacjami rodzinnymi, towarzyskimi, problemy związane z pracą zawodową. Treningi asertywności.
6. Faza leczenia – utrwalenie zmian. Praca nad seksualnością, oddzieleniem zachowań seksualnych od seksu, praca nad zdrowym satysfakcjonującym obie strony seksem i bliskością. Umiejętność szukania pomocy, radzenie sobie z sytuacjami kryzysowymi. Przyjęcie odpowiedzialności pacjenta za swoje życie i terapię.
7. Faza leczenia – utrzymanie zmian w życiu codziennym. Ustalenie programu dalszego rozwoju osobistego, przyjęcie odpowiedzialności za swoje życie oraz za dalszą terapię wspomagającą.

Ważne jest także ustalenie, jaka forma zachowań jest dominująca u pacjenta, tzn. czy dominują impulsywne zachowania seksualne, czy kompulsywne. Ma to duże znaczenie dla dalszej terapii.

Interesującym modelem pracy jest model opisany przez Paulę Hall. Oparty jest on na tzw. modelu 6 kroków, czyli pewnym cyklu, według którego pacjent funkcjonuje w uzależnieniu. Znajomość tych faz i przepracowanie ich przez pacjenta pozwala uzyskać dystans i szersze spojrzenie na własną przeszłość oraz możliwość reagowania w sytuacji zwiększonego napięcia.

Rysunek 5.1. Model 6 kroków (według Pauli Hall)



Źródło: Hall P. (2013). *Understanding and treating sex addiction*. Routledge, London and New York.

Bardzo ważne jest przyjęcie założenia i przedstawienie pacjentowi, że uzależnienie od seksu to jest cykliczne powtarzanie podobnych zachowań seksualnych przy podobnych czynnikach poprzedzających powrót do cyklu. Warto przedstawić, że każdy człowiek ma własny cykl, co prawda podobny do innych, ale jednak charakterystyczny dla każdego pacjenta. Przedstawiony schemat pozwala na uporządkowanie zasad terapii.

- a. Zachowanie seksualne – początkuje określone zachowanie seksualne. W okresie pewnej abstynencji pojawiają się myśli i fantazje seksualne, czasami trudne do opanowania. W tym etapie działa silnie system iluzji i zaprzeczeń. Po różnego rodzaju zachowaniu seksualnym pojawiają się określone uczucia i emocje.
- b. Wstyd i wina – mogą się pojawiać uczucia związane z poczuciem winy lub wstydu. Jest dość ważne rozróżnienie tych uczuć, wina oznacza „źle zrobiłem”, wstyd oznacza „jestem całkowicie do niczego”. Jest to też ważne dla terapii, warunkuje dalsze postępowanie.
- c. Uspokojenie – po określonym czasie może pojawić się uczucie pewnego rozluźnienia oraz pojawienia się elementów iluzji i zaprzeczeń. Nadal w pamięci jest fakt przerwania abstynencji, jednak pojawić się może myśl, że skoro teraz „nic się nie dzieje, to może nie mam problemu” lub „sam sobie dam radę”. Mogą też pojawić się myśli o zaprzestaniu lub niepodejmowaniu terapii.
- d. Uśpienie – ten etap może być długi; pacjent utrzymuje abstynencję, względnie maksymalnie zmniejsza zachowania seksualne, zajmuje się innymi życiowymi sprawami. Jest to etap, w którym należy podjąć terapię związaną ze stylami przywiązania oraz pracę nad nazywaniem i odkrywaniem własnych emocji. Jest to bardzo trudny etap terapii, prowadzący do głębszego poznania świata uczuć, emocji, zaprzeczeń i iluzji pacjenta.
- e. Wywoływacze. Bardzo ważny etap terapii. Pacjent musi poznać i przeanalizować czynniki, które z reguły powodowały powrót do nawrotu. Jest to praca nad radzeniem sobie w okresie naporu emocji, poznanie tak zwanych pozornie nieważnych decyzji oraz sposobu natychmiastowego szukania pomocy (sponsor, terapeuta, grupa, lekarz).
- f. Przygotowanie – etap ten pojawia się po aktywacji wywoływacza, który prowadzi do natłoku emocji oraz tworzenia tzw. tunelowego myślenia, czyli porywczego dążenia do znanych zachowań seksualnych. Napięcie emocjonalne w tym etapie jest tak silne, że mechanizmy hamowania i pobudzania w korze przedczołowej przestają funkcjonować. Niezwykle silna potrzeba natychmiastowej gratyfikacji w celu zmniejszenia napięcia powoduje wystąpienie niekorzystnego zachowania seksualnego. Na tym etapie pacjent musi wypracować własne mechanizmy ratowania się z podobnych sytuacji.
- g. Zachowanie seksualne – rozpoczyna następny cykl. Może się pojawiać zjawisko tolerancji, potrzeba szukania mocniejszych bodźców, wydłużenie w czasie.

Pacjent musi poznać swój cykl nawrotów. Powinno to być dokładnie omówione z treningami radzenia sobie w określonych sytuacjach naporu.

Niezwykle ważnym elementem terapii jest uczestnictwo w grupach samopomocowych. Kontakt z innymi uzależnionymi osobami, możliwość uzyskania wsparcia od osób z dłuższym stażem w grupie – funkcja sponsora, daje pacjentowi większą swobodę ekspresji wypowiedzi, mniejsze poczucie wstydu, możliwość uzyskania pomocy w możliwie krótkim czasie. Uczestnictwo w mityngach daje też poczucie sprawczości oraz świadomość, że wyjście z kryzysu spowodowanego uzależnieniem jest możliwe.

Bardzo ważnym i niezwykle trudnym aspektem jest rozpoznanie innych chorób, które mogą imitować zachowania hiperseksualne. Należą do nich: zespół przetrwałego pobudzenia seksualnego (*Persistent genital aorousal disorder* PGAD), uszkodzenie płata czołowego, głównie spowodowane guzem lub urazami mózgowo-czaszkowymi, demencja (otępienie), zespół Kleine-Levina, choroba Parkinsona i leki przeciwparkinsonowskie (zespół dysregulacji dopaminowej), choroba afektywna dwubiegunowa, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, psychozy oraz używanie narkotyków: kokainy, amfetaminy, metamfetaminy, mefedronu, MDMA, LSD, popersów (azotan amylu), ketaminy.

Bibliografia

- Carnes, P., Adams K. (2018). *Uzależnienie od seksu. Przewodnik dla klinicystów*. Zamość: Dolce Vita.
- Carnes, P. (2001). *Od nałogu do miłości*. Poznań: Media Rodzina.
- Gola, M., Skorko, M., Kołodziej, A., Sikora, M., Wodyk, M., Wodyk, Z., Dobrowolski, P. (2017). Sexual Addiction Screening Test – polska adaptacja. *Psychiatria Polska*; 51(1), s. 95-115.
- Griffiths, M.D. (2019). The evolution of the ‘components model of addiction’ and the need for a confirmatory approach in conceptualizing behavioral addictions. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. DOI:10.14744/DYPNS.2019.00027.
- Hall, P. (2013). *Understanding and treating sex addiction*. London and New York: Routledge .
- Kafka, M.P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-5. *Arch. Sex. Behav.* 39(2), s. 377–400.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 (2000). Warszawa-Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne, „Vesalius”, IPiN.
- Kryteria Diagnostyczne z DSM-5 (2015). Desk Reference. Wrocław: Edra Urban&Partner.
- Maltz, W., Maltz L. (2014). *Pułapka porno*. Poznań: Media Rodzina.
- Yalom, I. (2006). *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Zdrada, D. (2017). *Seksoholizm*. Warszawa: Engram.

ROZDZIAŁ 6

mgr Andrzej Peda

Uzależnienie od gier – gaming

Definicja

Wpływ nowoczesnych technologii opartych na globalnej sieci internetowej na rozwój współczesnego świata i człowieka jest bezdyskusyjny. Ta wszechogarniająca nas technika prócz zachwyty budzi także uzasadnione lęki.

Dzięki technologii rozwijany jest model pracy i nauki zdalnej, który ma wiele zalet, ale posiada również negatywne strony – zredukowane są bezpośrednie interakcje między ludźmi na rzecz pośrednich kontaktów społecznych. Spotykamy się z coraz szerszą skłonnością ludzi do izolacji. Tryb online stał się dla wielu osób pierwszym wyborem funkcjonowania. W efekcie takich zmian społecznych intensyfikuje się zjawisko uzależnień behawioralnych. Coraz powszechniejsze jest nadużywanie wszelkich urządzeń elektronicznych, poprzez które można między innymi spędzać czas, grając nadmiarowo, np. w gry cyfrowe. Takie właściwości gier elektronicznych, jak łatwość stosowania, anonimowość podczas grania, możliwość dowolnego zmieniania swojej tożsamości, realizacja potrzeby osiągnięć, niezależność od innych w dostarczaniu sobie bodźców i niezależność warunków otoczenia, w których można korzystać z gier, są silnie warunkujące. U użytkowników gier sprzyja to początkowemu zainteresowaniu grami, by przerodzić się w narastające zastępowanie dotychczasowego życia graniem, a w końcu u graczy występuje ucieczka od realnej rzeczywistości w świat wirtualny.

Uzależnienie od grania definiuje się przez wzór ciągłych lub powtarzających się zachowań związanych z graniem (w gry cyfrowe), które może odbywać się online (np. przez internet) lub offline. Taka forma aktywności cechuje się uporczywością, nadmiarowością, utratą kontroli nad czasem używania komputera, tabletu, smartfona, wirtualnych gogli i podobnych urządzeń. W konsekwencji pojawiają się znaczące szkody w różnych wymiarach życia.

Epidemiologia

Z badania przeprowadzonego na zlecenie Urzędu Komunikacji Elektronicznej w Polsce na przełomie października i listopada 2019 roku wynika, że 75,6% dzieci w wieku 7-15 lat gra w gry komputerowe. Odsetek ten jest większy wśród chłopców niż wśród dziewcząt (84,7% do 65,7%). Do tego celu dzieci najczęściej wykorzystują smartfona (71,2%) oraz laptopa lub notebooka (59,3%). Zdecydowanie mniej popularny jest komputer stacjonarny, tablet czy konsola. Dzieci deklarują, że zazwyczaj na graniu w gry spędzają każdego dnia od pół do dwóch godzin (42,9%). Co trzecie dziecko gra tylko w wybrane dni, a co dziesiąte każdego dnia przez dwie-trzy godziny. Niewielki odsetek małych dzieci spędza na graniu więcej niż trzy godziny dziennie.

Powszechne w badaniach jest występowanie znacznie większego ryzyka rozwoju uzależnienia od gier cyfrowych u dzieci i u młodzieży. Jednak objawy uzależnienia nie znikają wraz z upływem czasu i rozwojem dziecka. Obraz uzależnienia może się zmieniać lub uzależnienie może ewoluować w inne współwystępujące uzależnienia. Efekty jednak są destrukcyjne w każdym obszarze życia. Skala problemu uzależnienia od gier jest z pewnością niedoszacowana, na co ma wpływ subiektywizm w ocenie problemu przez respondentów, a także skłonność do minimalizowania skali zjawiska, by uniknąć etykiety osoby uzależnionej. Inną przyczyną jest to, że konsekwencje świadczące o uzależnieniu często występują po jakimś czasie. Mogą być pośrednio mierzone skalą zaburzeń afektywnych w populacji, problemami interpersonalnymi, niskimi kompetencjami społecznymi, wypadaniem z ról społecznych w powiązaniu z nadużywaniem cyfrowych urządzeń.

Patogeneza

Rozumienie uzależnienia od gier jako nałogu koresponduje z odkrywanymi mechanizmami neurobiologicznymi podobnymi do używania substancji psychoaktywnych. Badania z wykorzystaniem narzędzi obrazujących wskazują, że nałóg internetowy, cyfrowy jest bezpośrednią przyczyną zniszczeń w obrębie połączeń włókien nerwowych, co prowadzi do problemów z samokontrolą, emocjami i podejmowaniem decyzji. Badania dowodzą, że uzależnienie behawioralne może także modyfikować neuronalny układ nagrody, mimo że nie przyjmujemy substancji psychoaktywnej. W efekcie rozwija się preferencja do wyraźnie określonych bodźców i form zachowania, np. dotyczy to korzystania ze szklanych ekranów, co wiąże się z warunkowaniem na wzbudzaną w wąski sposób przyjemnością. Osoba poszukuje w ten sposób pozytywnych odczuć i odreagowania napięcia emocjonalnego. Z czasem wzmacnia się zależność, co przekłada się na głód psychiczny bodźca, objawy odstawienne, jak drażliwość, niepokój, agresja, a także typowa trudność z powstrzymaniem się od powtarzania tego typu zachowania.

Także cechy osobowości sprzyjają występowaniu zależności od nałogowego grania, jak impulsywność, która wykazuje silny związek z podatnością na uzależ-

nienia. Wiąże się to z odhamowaniem zachowania, ujawnianym zwłaszcza w negatywnym stanie emocjonalnym.

Kolejną cechą jest deficyt samokontroli, czyli trudności z odraczaniem nagrody oraz ze znoszeniem napięcia emocjonalnego w sytuacji, kiedy pojawia się frustracja związana z mechanizmami hamowania, sprzyja to angażowaniu w gry, gdzie niemal natychmiast otrzymuje się silne gratyfikacje.

Young wyróżnia trzy fazy uzależnienia od internetu, co koresponduje z obserwacjami zachowań osób uzależnionych także od gier:

- faza zaangażowania – użytkownik poznaje możliwości i zasady funkcjonowania sieci, nawiązuje kontakty z osobami w podobnej sytuacji życiowej,
- faza zastępowania – osoba angażuje się w kontakty internetowe kosztem relacji „twarzą w twarz”,
- faza ucieczki – spędzanie czasu w sieci pozwala osobie zapomnieć o problemach i stanowi ucieczkę od nich.

Tabela 6.1. Podmiotowe czynniki sprzyjające uzależnieniu od gier

| | |
|--|--|
| Potrzeba wrażeń, stymulacji | Gry dostarczają silnych bodźców, są bardzo angażujące na poziomie emocji. |
| Potrzeba kontaktów społecznych, afiliacji | Poznajemy innych graczy, rywalizujemy, budujemy społeczność graczy. |
| Potrzeba osiągnięć | Gracz, pokonując kolejne etapy gry, wykazuje się sprawnością i osiąga cele gry, nagrody, a także wysoki status w społeczności graczy. |
| Kompensacja niepowodzeń w świecie realnym, ucieczka od problemów | Gry stają się drogą do odreagowania napięć emocjonalnych z życia codziennego. Regulują emocje poprzez oderwanie myśli. Mogą sprzyjać poprawie samooceny jako środek do osiągnięcia sukcesów. |
| Lęk społeczny czy zaburzenia nastroju | Gry stają się doraźnym sposobem na opanowanie niepokoju, poprawę nastroju, odreagowanie napięć emocjonalnych. |
| Możliwość eksperymentowania z wizerunkiem, tożsamością | Wcielanie się w dowolną postać i przypisywanie sobie pożądanых cech osobowości, fizyczności, płci, zachowania. |
| Radzenie sobie z nudą, brakiem bodźców | Zaangażowanie w gry organizuje czas, uwagę, odbywa się w szybki i łatwy sposób, angażuje. |

Źródło: Opracowanie własne.

W rozwoju uzależnienia od nowoczesnych technologii znaczący wpływ mają nieprawidłowe postawy wychowawcze wobec dzieci i młodych osób ze strony ich opiekunów. Czynnikiem sprzyjającym rozwojowi uzależnienia w systemie rodzinnym jest:

- brak bliskiej, wzajemnej relacji opartej na rozumieniu i współdziałaniu,
- trudności z egzekwowaniem wymagań, brak konsekwencji,
- brak prawidłowych, rodzinnych rytuałów (wspólnych posiłków, rozmów, form pracy, spędzania czasu wolnego czy świąt),

- konflikty rodzinne i wysoki poziom napięć emocjonalnych w rodzinie, co ogranicza współdziałanie, wzajemną troskę, buduje natomiast warunki do odrealizowania poprzez nadmierowe granie w gry.

Obraz kliniczny

U nastolatków uzależnionych od gier cyfrowych w pierwszej kolejności występują problemy na poziomie osiągniętych wyników w nauce, frekwencji szkolnej, stopnia zaangażowania w naukę oraz ograniczanie lub porzucanie zainteresowań, hobby, które nie są związane ze światem cyfrowym. Konsekwencją uzależnienia są także nawarstwiający się problemy w relacjach rodzinnych. U osób pracujących widoczny jest spadek zaangażowania w pracę, pogorszenie stanu psychofizycznego wynikającego z braku odpowiedniej ilości snu, niskie zaangażowanie w życie rodzinne, kontakty towarzyskie, realizację dotychczasowych zainteresowań. Z czasem problemy w codziennym funkcjonowaniu się intensyfikują. Jednak proces ten jest wydłużony w czasie, bowiem używanie szklanych ekranów jest racjonalizowane potrzebami, np. używanie komputera do nauki szkolnej lub podkreślanie tego, że komputer jest wykorzystywany jako narzędzie do pracy zawodowej.

Kolejnym etapem rozwoju problemu z nadmiarowym używaniem szklanych ekranów jest ograniczanie wypoczynku nocnego. Czas przeznaczony na sen w dużej mierze jest wykorzystywany na granie. Ponadto gracze cenią sobie noc, ponieważ naturalne zaciemnienie poprawia kontrast ekranów. Natomiast brak hałasów i względny spokój w domu sprzyja temu, by jeszcze bardziej angażować się w gry. Pora nocna ogranicza także poczucie winy w związku z zaniedbaniem obowiązków dnia codziennego, a także nie wymusza ukrywania swoich nieakceptowanych przez osoby bliskie zachowań, z uwagi na brak świadków. W większości przypadków problem nadużywania gier najpierw dostrzega otoczenie, np. nauczyciele u osób uczących się lub współpracownicy u osób pracujących. W wielu przypadkach system rodzinny w swoisty sposób dostosowuje się do stylu funkcjonowania osoby uzależnionej. Zmniejszają się kierowane do takiej osoby oczekiwania, a jej izolacyjny styl bycia często jest racjonalizowany wtórnymi korzyściami. Przykładowo, syn, córka nie sprawia innych problemów, nie utrzymuje kontaktów z osobami o negatywnej opinii społecznej, nie używa alkoholu czy innych środków psychoaktywnych, częściej przebywa w domu niż poza nim, nie wraca późno. W przypadku dzieci z nadpobudliwością psychoruchową rodzice postrzegają zaangażowanie w gry jako okoliczności terapeutyczne, gdzie czasowo niewidoczne są objawy nadpobudliwości, a występuje wysokie pozorne zaangażowanie i skupienie na wykonywanej czynności. Także dzieci ze spektrum autyzmu mogą w odbiorze rodziców lepiej funkcjonować. Pozornie mają interakcje społeczne przez internet, tymczasem rozwija się u nich w pierwszej kolejności zależność od gier internetowych i wszystkie związane z tym konsekwencje. Natomiast osoby z objawami lękowymi i zaburzeniami nastroju, angażując się w gry komputerowe kosztem życia i codziennych aktywności, maskują swoje problemy emocjonalne, izolując się od ludzi i nie stawiają sobie wyzwań.

Wśród osób funkcjonujących zawodowo lub niepracujących dorosłych do wtórnych korzyści dla systemu rodzinnego można zaliczyć zmniejszenie napięć i konfliktów w obszarach związku, gdy daje się oczekiwaną przestrzeń osobie uzależnionej do aktywności w sieci internetowej. Wtórne korzyści dla osób z otoczenia mogą sprzyjać brakowi korektywnej reakcji na postępującą zależność bliskich od szklanych ekranów. Często zgłoszenie na leczenie występuje w sytuacji znacznego kryzysu, do którego można zaliczyć nagłą zmianę we wzajemnych relacjach czy sposobie spędzania czasu. Na przykład koniecznością staje się zaangażowanie osoby uzależnionej w nowe zadania, a te jednak kolidują z czasem spędzonym przed komputerem czy telefonem. U osób dorosłych przez brak przygotowania do pracy zawodowej albo nawet poświęcanie czasu pracy na granie realne staje się zagrożenie utraty pracy. W sytuacji szkolnej kryzysem może być zagrożenie nieuzyskania promocji do następnej klasy albo niepowodzenie na ważnym egzaminie. Towarzyszą temu takie zachowania, jak zasypianie na lekcjach, mała aktywność i niskie zaangażowanie. W życiu rodzinnym niespodziewana odmowa wspólnego wyjazdu wakacyjnego może korespondować z objawami uzależnienia od komputera, sieci internetowej, bowiem granie jest dla osoby uzależnionej o wiele atrakcyjniejsze. Niejednokrotnie w przypadku nagłej utraty dostępu do możliwości korzystania ze szklanych ekranów w dotychczasowej formie może wystąpić agresja słowna, fizyczna. Objawy odstawienne w uzależnieniu ujawniają się w zachowaniach agresywnych, niepokoju.

U osób uzależnionych od gier można zauważyć różnice pomiędzy płciami. Dziewczynki, nastolatki w większym stopniu angażują się w gry czy inne aktywności w sieci oparte na budowaniu społeczności, relacji, systemu koleżeńkiego lub rodzinnego związanego z pokonywaniem wyzwań dnia codziennego. Chłopcy, czy nastolatkwie, preferują gry, w których występuje rywalizacja, aktywność oparta na zdobywaniu nagród, realizacji zadanych celów czy zespołowa gra z podziałem na role prowadząca do zwycięstwa lub uzyskania przewagi nad innymi rywalizującymi grupami.

Co istotne, osoba uzależniona raczej nie ma poczucia utraty kontroli nad swoim zaangażowaniem w gry. Jest to bardzo subiektywne i odnosi się do wyznaczonych norm, ponoszonych konsekwencji, a także oczekiwań i standardów obowiązujących w jej otoczeniu. Pacjenci na ogół są bezkrytyczni wobec problemu, nie odczuwają potrzeby leczenia w tym zakresie. A pomoc otoczenia odbierają jako atak na swoją osobę, złośliwość. Jednak problem pojawia się z chwilą utraty kontroli nad czasem i sposobem użytkowania gier cyfrowych.

Objawy uzależnienia od grania

Objawy główne to:

- niekontrolowanie czasu spędzanego przed szklanym ekranem (wszelkie urządzenia elektroniczne służące do grania). Czyli granie wielogodzinnymi ciągami w dzień, a także w nocy, w każdym wolnym od innych zobowiązań czasie lub

kosztem porzucania aprobowanych społecznie form aktywności, często przy braku poczucia nadmiernego korzystania z sieci;

- straty wynikające z porzucania lub zmniejszania zaangażowania w wykonywanie realnych i znaczących zadań. Osoba uzależniona przestaje angażować się w naukę w szkole, a osoba pracująca ma niskie wyniki lub dużą absencję w pracy. Osoby nadmiarowo grające rezygnują z zainteresowań, hobby, unikają kontaktów bezpośrednich w rodzinie i wspólnej aktywności. W konsekwencji intensyfikują się ich problemy życiowe;
- przymus grania – aktywność z użyciem nowoczesnych technologii staje się nadrzędna i osoba nie potrafi powstrzymać się od jej używania. Osoba może nie dbać o spożywanie posiłków, a potrzeby fizjologiczne może opóźniać lub realizować jak najszybciej, by np. nie odrywać się od komputera.

Do szkód wynikających z nadużywania nowoczesnych technologii można zaliczyć zaburzenia poznawcze związane z procesami uwagi, zdolności do uczenia się, mogą też pojawiać się problemy społeczne, jak lęk przed wychodzeniem z domu, kontaktami społecznymi. Mogą także występować objawy psychopatologiczne: depresja, zaburzenia lękowe, obsesyjno-kompulsywne, fobia społeczna, nasilona agresja, które mogą nie tylko zwiększać ryzyko uzależnienia od internetu, ale także być skutkiem nadmiernego korzystania z sieci.

Kryteria rozpoznawania

Według Światowej Organizacji Zdrowia z uzależnieniem od gier komputerowych i wideo mamy do czynienia, gdy przez co najmniej 12 miesięcy obserwujemy stałe i powtarzające się zachowania:

- gracz traci kontrolę nad graniem (gra zbyt często, zbyt długo, ma problem, by przestać grać),
- granie staje się ważniejsze od innych czynności życiowych, zajęć i zainteresowań, kontynuowanie grania mimo zauważania przez gracza negatywnych skutków, wpływających na jego życie rodzinne, zdrowie, edukację, pracę oraz inne istotne aspekty życia.

Różnicowanie

Diagnostyka różnicowa osób z uzależnieniem behawioralnym może być utrudniona z uwagi na podobne zachowania osób z zaburzeniami afektywnymi, co maskuje ich problemy natury emocjonalnej. Nietrudno zauważyć nakładanie się wielu objawów zaburzeń depresyjnych i lękowych. W obu zaburzeniach izolowanie się od społeczeństwa i realnych kontaktów międzyludzkich jest podobne do stylu funkcjonowania osoby uzależnionej od gier. Podobieństwa występują także w pojawianiu się trudności ze snem, koncentracji. Widać je w upośledzeniu aktywności, zmęcze-

niu i drażliwości. Na zaburzenia depresyjne wskazuje przede wszystkim obecność znacznie obniżonego nastroju przez co najmniej kilka tygodni. Pojawia się myślenie depresyjne, negatywny obraz siebie i otaczającej rzeczywistości, a także myśli rezygnacyjne. Różnicujące jest izolacyjne funkcjonowanie w uzależnieniu od gier od niechęci utrzymywania kontaktów społecznych w depresji w związku z brakiem energii czy anhedonią. W przypadku uzależnienia od gier unikanie innych osób jest po to, by stworzyć sobie warunki do nieograniczonego i niekontrolowanego grania. Istotny jest brak występowania stałego, nasilonego lęku w uzależnieniu od gier, co z kolei występuje w zaburzeniach afektywnych. Lęk może pojawić się w związku z perspektywą utraty dostępu do nośnika gier.

W procesie diagnozy różnicowej warto sięgnąć do wywiadu rodzinnego i osobniczego. Także dodatni wywiad rodzinny w kierunku chorób afektywnych będzie wskazywał na zaburzenia depresyjne. Warto zwrócić uwagę na cykliczność zaburzeń afektywnych. Największe nasilenie objawów występujące w godzinach rannych czy w porze jesienno-zimowej może wskazywać na zaburzenie depresyjne. W uzależnieniu od gier nastrój poprawia się szybko w sytuacji odzyskania dostępu do urządzenia, które daje dostęp do gier. Natomiast nastrój błyskawicznie się pogarsza, aż do stanu drażliwości czy agresji, gdy dostęp do gier jest nagle zablokowany.

Tabela 6.2. Zaburzenia do różnicowania z uzależnieniem od gier

| Zaburzenia depresyjne | Uzależnienie od gier |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - nastrój depresyjny, - utrata zainteresowań lub anhedonia, - zmniejszenie aktywności, męczliwość, - cykliczność zaburzeń nastroju. | <ul style="list-style-type: none"> - nastrój szybko się zmienia w reakcji dostępu do nośników gier lub jego nagłej utraty, czyli szybka poprawa nastroju lub szybkie jego obniżenie. |
| Zaburzenia tożsamości | Uzależnienie od gier |
| <ul style="list-style-type: none"> - poczucie nieadekwatności, - poczucie uwięzienia w swoim ciele, - potrzeba doświadczania innej płci. | <ul style="list-style-type: none"> - eksperymentowanie z tożsamością poprzez przybieranie różnych właściwości postaci, bez imperatywnej potrzeby doświadczania innej tożsamości poza grami. |
| Zaburzenia lękowe | Uzależnienie od gier |
| <ul style="list-style-type: none"> - niepokój, - napięcie emocjonalne, - unikanie interakcji, nowych miejsc, - niepodejmowanie wyzwań. | <ul style="list-style-type: none"> - objawy lękowe są z reguły wtórne do uzależnienia od gier lub gry w pewnym stopniu sprzyjają ograniczeniu intensywności lęku w drodze przekierowania uwagi na inny bodziec, - lęk szybko mija w trakcie grania. |

Źródło: Opracowanie własne.

Algorytm postępowania

1. Zbudowanie płaszczyzny do współpracy terapeutycznej (dialog motywujący).
2. Opracowanie diagnozy problemowej i zbudowanie kontaktu terapeutycznego.
3. W przypadku nasilonej agresji, masywnych zaburzeń nastroju korzystamy z konsultacji psychiatrycznej.
4. Podczas leczenia w ramach treningu nowych zachowań warto zastosować:
 - opracowanie szczegółowego planu dnia i oceny sposobów korzystania z sieci (forma, zakres, preferowane urządzenia techniczne, aplikacje, czas, miejsca), a także plan wypoczynku i interakcji bezpośrednich,
 - wypracowywanie technik zarządzania czasem (pacjenci nie mają poczucia czasu grając w gry, pomocne okazuje się wykorzystanie np. budzika, który wyznacza granice używania sprzętu),
 - bardzo pomocna jest zmiana rytmu korzystania z sieci, tj. więcej krótszych, a mniej dłuższych sesji,
 - weryfikacja i dopracowywanie technik zarządzania czasem i kontroli własnych zachowań związanych z korzystaniem z sieci,
 - identyfikacja wyzwalaczy, czynników ryzyka sprzyjających nadużywaniu gier, sieci internetowej (np. łatwy dostęp do komputera, konsoli, co sprzyja graniu),
 - rozwijanie alternatywnych form zachowań, aktywności, hobby do nadużywania sieci,
 - poszukiwanie i tworzenie alternatyw, swoistych „kół ratunkowych” pomagających pokonać kryzys i potrzebę grania, tworzenie sieci wsparcia wśród znajomych, bliskich,
 - rozwiązywanie problemów intrapsychicznych, relacyjnych.
5. Edukacja i nadzór w rozwiązywaniu problemów życiowych.
6. Wspieranie osób z najbliższego otoczenia osoby uzależnionej poprzez psychoedukację w zakresie umiejętności stawiania granic, egzekwowania naturalnych konsekwencji dla negatywnych zachowań i rozwijania modelu relacji, wzajemnej współpracy w różnych kontekstach życia.

Leczenie

Podstawową formą leczenia jest psychoterapia, a najlepsze efekty zapewnia dialog motywujący i terapia poznawczo-behawioralna (*cognitive-behavioural therapy* – CBT), czyli praca na przekonaniach, identyfikacji przekonań, myślach automatycznych i pośredniczących oraz zniekształceniach w myśleniu i modelowanie właściwych zachowań w praktyce.

Sesje terapii powinny być regularne i początkowo rekomenduje się dwie sesje w tygodniu, a w miarę postępów w terapii raz na tydzień.

Od samego początku w procesie terapii dobrze sprawdza się wprowadzanie zasad pracy z zastosowaniem dialogu motywującego, w którym stosujemy się do poniższych zasad w pracy terapeutycznej:

1. Wyrażanie empatii – skupianie się na znaczeniu, jakie mają przeżycia klienta dla niego samego.
2. Wspieranie poczucia własnej sprawczości poprzez podtrzymywanie wiary klienta w jego zdolność do kontrolowania własnych zachowań i wpływania na własne życie.
3. Rozwijanie rozbieżności, czyli wydobycie rozbieżności między obecnym postępowaniem pacjenta a wartościami, które są dla niego ważne; podkreślenie tej wewnętrznej sprzeczności.
4. Podążanie za oporem, czyli próba zrozumienia trudności z punktu widzenia rozmówcy i znalezienie satysfakcjonujących go rozwiązań, zamiast „przekonywania na siłę”.

W dialogu motywującym stosuje się specyficzny język zmiany, stawiając na pytania otwarte, dowartościowanie, odzwierciedlanie i konstruktywne podsumowania.

Pierwszym krokiem w pracy z uzależnieniem od gier jest przeprowadzenie dokładnego wywiadu z bliskimi, a także osobno z osobą zgłoszoną do terapii. Wówczas nie intensyfikujemy wzajemnego konfliktu stron, a pozyskujemy szerszy obraz sytuacji. Realizując wywiad, uzyskujemy przydatne informacje diagnostyczne, a także opracowujemy diagnozę problemową. Taka forma diagnozy jest już leczeniem i dynamicznie ewoluuje w toku pracy terapeutycznej, uwzględniając potrzeby terapeutyczne pacjenta i jego postępy. Ważne jest to, aby wspólnie z pacjentem uzgadniać obszary problemowe i cele terapii, co wymaga dobrej relacji terapeutycznej, a przy okazji buduje współodpowiedzialność terapeuty i pacjenta za przebieg terapii oraz osiągnięte efekty.

Przydatnymi pytaniami pochodzącymi z własnej praktyki i pomagającymi zobrażować skalę problemu uzależnienia od gier mogą być:

1. Czy czuje się pan/i zaabsorbowana/y gramami cyfrowymi do tego stopnia, że ciągle rozmyśla o odbytych grach lub nie może doczekać się kolejnych sesji gier?
2. Czy odczuwa pan/i potrzebę zwiększenia ilości czasu spędzanego z cyfrowymi gramami, aby uzyskać większe zadowolenie (mieć więcej satysfakcji)?
3. Czy podejmował/a pan/i wielokrotnie nieudane próby kontrolowania, ograniczania lub zaprzestania grania w gry cyfrowe?
4. Czy odczuwał/a pan/i wewnętrzny niepokój, miał/a nastrój depresyjny albo był/a rozdrażniona/y wówczas, kiedy próbował/a pan/i ograniczać lub przerwać grę w jej trakcie?
5. Czy zdarza się pani/panu spędzać więcej czasu grając, niż było to pierwotnie zaplanowane?
6. Czy kiedykolwiek ryzykował/a pan/i utratą bliskiej osoby, ważnych relacji z innymi ludźmi, pracy, nauki albo kariery zawodowej w związku ze spędzaniem zbyt dużej ilości czasu na graniu?

7. Czy kiedykolwiek skłamał/a pan/i swoim bliskim, terapeutom albo komuś innemu w celu ukrycia swojego nadmiernego zainteresowania grami?
8. Czy używa pan/i internetu, gier w celu ucieczki od problemów albo w celu uniknięcia nieprzyjemnych uczuć (np. poczucia bezradności, poczucia winy, niepokoju lub depresji)?

W terapii uzależnienia od gier celem nie jest wprowadzanie całkowitej abstynencji od gier cyfrowych. Nie jest to możliwe do osiągnięcia, gdy żyjemy w cyfrowym, nowoczesnym świecie. Cele terapeutyczne muszą być realne i podzielone na następujące po sobie cele pośrednie.

Realnym założeniem terapii będzie dążenie do wprowadzenia świadomego i kontrolowanego używania gier cyfrowych i komputera, a także ochrona przed zamianą jednego uzależnienia cyfrowego na inne. Istnieje coraz więcej dowodów na to, że zbyt częste korzystanie z Facebooka, YouTube'a, TikToka itp. prowadzi do uzależnienia. Presja zaglądania się i sprawdzenia najświeższych informacji, obejrzenia filmików, najnowszych zdjęć oraz porównanie wyników gier czy testów jest tak silna, że staje się nadrzędna i szkodliwa.

W terapii zwraca się uwagę na wypracowanie sposobów odpowiedniego wykorzystania sieci. Sprawdza się wprowadzanie techniki zarządzania czasem w postaci sposobów mierzenia czasu spędzonego na graniu i wszystkie techniki, które normalizują poczucie czasu osoby uzależnionej i techniki radzenia sobie z trudnościami, a także określenie systemu wsparcia dla osoby uzależnionej.

Istotne jest fizyczne ograniczanie dostępu do nowoczesnych technologii, np. poprzez wyznaczenie widocznego miejsca w domu do korzystania z nich, co umożliwi weryfikację czasu spędzonego przed szklanym ekranem. Dobrze jest na noc i w czasie nieobecności osób nadzorujących osobę uzależnioną odebrać możliwość korzystania z nowoczesnych technologii poprzez zabranie sprzętu elektronicznego, by nie był on wyzwalaczem ciągów grania.

Kluczowa okazuje się równoległa praca z rodziną pacjenta poprzez wzmacnianie w systemie rodzinnym kompetencji wychowawczych, umiejętności stawiania granic i regulowania dostępu do nowoczesnych technologii.

W psychoedukacji rodziców małych dzieci w wieku 5-12 lat wskazuje się na konieczność bilansowania aktywności dziecka z nowoczesnymi technologiami a aktywnością fizyczną i bezpośrednimi relacjami rówieśniczymi. To rodzic odpowiada za czas korzystania przez dziecko z technologii, jak i powinien wybierać formę, w jakiej jej dziecko używa. W przypadku starszych dzieci opracowuje się z rodzicami np. plan korzystania z internetu, gier i plan aktywności, wypoczynku poza technologią cyfrową.

Istotne jest, by nie nagradzać dziecka dostępem do nowoczesnych technologii, ale z kolei ważne, by ograniczać do niego dostęp jako formę naturalnej konsekwencji. Czyli wyznaczony limit czasu na nowoczesne technologie może być ograniczany, a nie całkowicie odbierany na długi czas. Operujemy tu godzinami, ewentualnie pojedynczymi

dniami, a nie wprowadzamy długich w czasie zakazów na kontakt z elektroniką. Osoby uzależnione różnią się zmienionym poczuciem czasu, a zbyt długi zakaz dostępu do urządzeń elektronicznych powoduje u nich rezygnację i spada przez to ich motywacja do zmiany zachowania. Także wprowadzając nadmiernie czasowe konsekwencje, ograniczamy pole manewru we wprowadzaniu dalszych konsekwencji z uwagi na to, że ryzykujemy pojawienie się w międzyczasie kolejnych nieprawidłowych zachowań osoby uzależnionej, która jest zrozpaczona, rozgoryczona, zdemotywowana, a przez to nie kontroluje swoich zachowań. Rodzic powinien maksymalizować wspólny czas korzystania z nowoczesnych technologii, a z drugiej strony stawiać granice, ramy jego używania.

Rekomendacje

W terapii uzależnienia od nowoczesnych technologii w pierwszej kolejności sprawdza się psychoterapia. Najlepiej, gdy jest ona prowadzona przez doświadczonych specjalistów psychoterapii uzależnień, oparta na metodach pracy poznawczo-behawioralnej, dialogu motywującym, diagnozie problemowej. W terapii trzeba także uwzględnić kontekst życia pacjenta oraz współpracę z osobami bliskimi.

W przypadku nasilonych objawów abstynencyjnych w formie agresji fizycznej, autoagresji zaleca się konsultację psychiatryczną, rozważenie farmakoterapii czy ograniczonej w czasie hospitalizacji psychiatrycznej z uwagi na bezpieczeństwo pacjenta lub jego bliskich.

Po zakończeniu terapii właściwej zaleca się wprowadzanie terapii podtrzymującej i terapii zapobiegania nawrotom opartej na modelu terapii grupowej, samopomocowej. Co istotne – bez rozwijania równoległego modelu dobrego życia, opartego na aktywnościach w świecie rzeczywistym, efekty terapii będą krótkotrwałe.

Leczenie możliwe do zastosowania – dobra praktyka kliniczna

Propozycja oddziaływań terapeutycznych może opierać się na innych paradygmatach psychoterapii, niekoniecznie na modelu poznawczo-behawioralnym. Decydujące są tu umiejętności terapeuty oraz diagnoza potrzeb i konfliktów pacjenta. Psychoterapia powinna mieć na celu pobudzenie mechanizmów kontroli odbiorcy, co będzie sprzyjać refleksyjnemu, świadomemu, ukierunkowanemu wykorzystywaniu nowoczesnych technologii cyfrowych, sieci internetowej przy jednoczesnym wypełnianiu oczekiwanych społecznie ról partnerskich, rodzinnych, zawodowych. Celem terapii jest także poprawa jakości życia odbiorcy w zakresach budowania adekwatnego obrazu siebie, samooceny, możliwości zaspokajania swoich potrzeb w kontakcie bezpośrednim z innymi ludźmi i poczucie satysfakcji z możliwości realnego wpływu na własną sytuację życiową, a także stan fizycznego, emocjonalnego, psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia.

Profilaktyka

Oddziaływania profilaktyczne powinny koncentrować się na rozwijaniu u odbiorców świadomości problemu, kompetencji społecznych, zdolności do rozumienia swoich emocji, przy rozwijaniu ciekawości i doświadczania świata. Ważne jest, by podczas zajęć profilaktycznych stwarzać warunki do rozwijania umiejętności nawiązywania i podtrzymywania relacji międzyludzkich w sposób bezpośredni, a nie pośredni.

W ramach profilaktyki uniwersalnej rekomenduje się taki styl życia, który koncentruje się na aktywności redukującej używanie czy ekspozycję na nowoczesne technologie. Sprawdzą się takie formy aktywności grupowej, jak uczestnictwo, np. w harcerstwie, obozach żeglarskich, wolontariacie, kołach zainteresowań, klubach sportowych. Silnym czynnikiem chroniącym jest niewątpliwie relacja rodzinna oparta na współdziałaniu w wykonywaniu codziennych zadań, a także wspólne dzielenie aktywności sportowej czy podróźniczej, co sprzyja relacji opartej na wzajemnym zaufaniu, a także bliskości i wzajemnej trosce.

W ramach profilaktyki selektywnej rekomenduje się zajęcia psychoedukacyjne najlepiej oparte na twórczych działaniach i kreatywnej pracy własnej uczestników lub na wymianie argumentów w formie debaty. W takiej formie pracy wysoka jest aktywność własna uczestników, a poprzez argumentację i kontrargumentację uczula się uczestników na występujące zagrożenia przy korzystaniu z nowoczesnych technologii w warunkach, jakie przynosi rozwój cywilizacyjny. Są to zajęcia silnie aktywizujące, jednocześnie minimalizujące opór grupy w pracy psychoedukacyjnej poprzez swoją atrakcyjną formę. Istotne jest rozróżnienie formy zajęć psychoedukacyjnych stosownie do wieku odbiorców. W przypadku małych dzieci w wieku 5-9 lat istotna jest praca zarówno z dzieckiem, jak i rodzicami.

Rokowanie krótkookresowe i długookresowe

Doświadczenia ostatniej dekady, a zwłaszcza kilku ostatnich lat związanych z rozwojem pracy zdalnej i niestabilne czasy związane z rozwojem ogólnoswiatowej pandemii przyspieszają zmiany społeczne oraz sposoby pracy, rozrywki, spędzania czasu wolnego. Można przewidywać, że na tym tle problem uzależnień behawioralnych związanych z nadużywaniem nowoczesnych technologii będzie się nasilać, a same uzależnienia będą coraz bardziej agresywne i zmienne w swojej formie, dostosowując się do nowych możliwości. Rozwój technologii, który dotychczas kojarzył nam się z korzyściami i postępem, z czasem stanie się postępującym zagrożeniem. Istnieje nieodległe ryzyko, że ludzie nie będą tylko korzystać z technologii, ale w jej używaniu będą musieli się podporządkowywać sztucznej inteligencji, ponieważ sami nie podołają swobodnej ekspozycji na tak silne bodźce, jakie niesie ze sobą technologia. Z czasem sama technologia będzie oceniać, kto jest podatny na uzależnienie cyfrowe i na tej podstawie dostęp do niej będzie reglamentowany. Już teraz rozważa się wprowadzenie

diagnozy przesiewowej i konsultacji psychologicznych z wykorzystaniem algorytmów czy czatbotów. W takiej rzeczywistości konieczne staje się odpowiednie przygotowanie ludzi do zmieniających się warunków życia i równoległe rozwijanie kompetencji do korzystania ze świata cyfrowego jako obowiązkowego zakresu edukacji. Obecnie dostęp do technologii jest zbyt łatwy, bez żadnego przygotowania, a koniecznym staje się, aby użytkownicy technologii odbywali odpowiednie szkolenia w tym zakresie, podobnie jak uczy się ludzi używania wszelkich dóbr czy korzystania z możliwości, które zarówno dają szansę, jak i niosą za sobą zagrożenie.

Bibliografia

- Beck, A.T., Wright Fred, D., Newman Cory, F., Liese Bruce, S. (2007). *Terapia poznawcza uzależnień*. Kraków.
- Jaraczewska, J.M., Adamczyk-Zientara, M. (2015). *Dialog motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie*. Ministerstwo Zdrowia, PTTM.
- Kiraly, O., Griffiths, M.D., Urban, R., Farkas, J., Kokonyei, G., Elekes, Z., Tamas, D., Demetrovics, Z. (2014). Problematic Internet Use and Problematic Online Gaming are not the Same: Findings from Nationally Representative Adolescent Sample. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*; 17(12), s. 749-754.
- Lemmens, J.S., Valkenburg, P.M., Gentile, D.A. (2015). The Internet Gaming Disorder Scale. *Psychological Assessment*, 27(2), s. 567-582
- World Health Organization. Gaming disorder: January 2018.
- Yellowlees, P. (2007). Problematic Internet use or Internet addiction, *Comp.Hum.Behav*, 23.
- Young, K., Klausing, P. (2009). *Uwolnić się z sieci*. Katowice: Księgarnia św. Jacka.

ROZDZIAŁ 7

mgr Józef Leśniak

Inne uzależnienia behawioralne i zaburzenia nawyków

Kompulsywne kupowanie

Pierwsze wzmianki na temat zjawiska szkodliwego, kompulsywnego, noszącego znamiona uzależnienia kupowania pojawiły się już na początku XX wieku. Na ten fenomen zwrócili uwagę dwaj psychiatrzy: Niemiec Emil Kraepelin i Szwajcar Eugene Bleuler. Kraepelin w 1915 roku opisał „manię kupowania” lub „oniomanię” jako patologiczny odruch kupowania, a Bleuler w roku 1924 włączył to pojęcie do „odruchów reaktywnych”.

Nie ma zgodności co do nazewnictwa tego zjawiska, a do wyżej wymienionych już pojęć dodać można, takie jak: natręctwo kupowania, kupnoholizm, kompulsywne kupowanie, shopoholizm, kupowanie dysfunkcyjne, niekontrolowane, impulsywne, nałogowe czy wreszcie uzależnienie od kupowania. Niezależnie od zastosowania terminologii w celu określenia zjawiska, takie zachowania prowadzą bardzo często do zadłużeń finansowych, do strat w relacjach międzyludzkich, negatywnie wpływają na życie osoby poddającej się kompulsywnemu kupowaniu oraz jej bliskich.

Definicje

Zjawisko niekontrolowanych, kompulsywnych zakupów rzadko jest traktowane jako uzależnienie lub zaburzenie przez samych kupujących. Cesare Guerreschi w swojej pracy *Nowe uzależnienia* w rozdziale „Natręctwo kupowania” pisze, że zjawisko to można zaliczyć do zaburzeń osobowości obsesyjno-kompulsywnych, a w ich obrębie zaklasyfikować je jako zaburzenia obsesyjno-kompulsywne z symptomami w postaci introyektowania przedmiotów, typowe również dla bulimii. APA (American Psychological Association) w 2001 roku zaliczyło natręctwo kupowania do tej kategorii dia-

gnostycznej, ponieważ cechuje je kompulsywność, to znaczy pociąg do określonych zachowań, które bardziej niż do osiągnięcia przyjemności zmierzają do zlikwidowania złego samopoczucia. Grzegorzewska i Cierpiałkowska w swojej książce *Uzależnienia behawioralne* podają, że z jednej strony badacze są zgodni, że szkodliwe kupowanie jest manifestacją innego zaburzenia, jednak nie ma wśród nich zgody, o jakie zaburzenia chodzi. Ogólnie rzecz ujmując, rozpatruje się cztery z nich: zaburzenia kontroli impulsów, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, uzależnienia behawioralne i zaburzenia nastroju. Każde z nich ma pewne wspólne cechy z nałogowym kupowaniem, jednak największą uwagę skupiły na sobie zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i uzależnienia.

W literaturze przedmiotu istnieje rozróżnienie na kupowanie kompulsywne i impulsywne, które należałoby zaliczyć do grupy zaburzeń kontroli impulsów niż do zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych.

Zakupy impulsywne są podejmowane nagle i spontanicznie, najczęściej pod wpływem bodźca zewnętrznego. Kupowanie kompulsywne rozłożone jest w czasie i realizowane głównie po to, aby rozładować napięcie emocjonalne – wpływ na podejmowanie określonych zachowań mają czynniki wewnętrzne wywołujące przymus kupowania. W przypadku zakupów impulsywnych nie występuje element redukcji napięcia, radzenia sobie z negatywnymi odczuciami czy sytuacjami. Dwaj badacze, Rook i Hoch, w swojej pracy zidentyfikowali pięć charakterystyk odróżniających schematy kupowania impulsywnego od kupowania pozbawionego cech impulsywnych:

- nagła, spontaniczna chęć działania wykraczającego poza wcześniejsze schematy postępowania,
- nierównowaga psychologiczna, powodująca czasowe poczucie utraty kontroli,
- konflikt psychologiczny między uzyskaniem natychmiastowej gratyfikacji i oparciu się temu, co jest postrzegane jako irracjonalne czy złe,
- zmniejszenie wagi kryterium maksymalizacji użyteczności przy ocenie produktu,
- lekceważenie potencjalnych negatywnych konsekwencji związanych z aktem konsumpcji.

Przyjmuje się, że kupowanie impulsywne jest mniej groźne dla funkcjonowania człowieka niż kupowanie kompulsywne, które w rezultacie prowadzi do uzależnienia.

W przypadku kupowania kompulsywnego możemy wyróżnić:

- kupowanie okazyjne (szczęściarz), gdzie ważny jest akt zakupu, obejmuje osoby, które kupują głównie na wyprzedażach, przecenach i okazyjnych aukcjach internetowych. Zakupione w ten sposób przedmioty nie interesują swoich nabywców po dokonanych już akcie zakupu. Niejako są porzucane po ich nabyciu, często nawet kupujący ich nie rozpakowuje, bo ważny w istocie był fakt zakupu. W ten sposób nabywca obdarowuje siebie poczuciem wyjątkowej własnej wartości i ma powody do dumy z samego siebie,
- kupowanie kolekcjonerskie (ekspert), w tym przypadku ważne są kompetencje; kobiety są najczęściej kolekcjonerkami ubrań, biżuterii, kosmetyków, z kolei mężczyźni to kolekcjonerzy sprzętu muzycznego, płyt gramofonowych, narzędzi

dzi. W tej grupie innowatorzy to osoby goniące najczęściej za nowinkami, unikatami, małymi nakładami, gadżetami, które są modne i na tzw. topie,

- z uzależnieniem od zakupów powiązane jest „windows shopping” – to zjawisko dotyczące osób chętnie odwiedzających galerie handlowe, supermarkety czy surfujących po stronach internetowych, których nie stać na dokonanie zakupów, robią to w celu oglądania towarów, przymierzania czy przebywania w obecności atrakcyjnych, często bardzo drogiej i nieosiągalnych dla nich towarów.

Jak podają Grzegorzewska i Cierpiałkowska, podobieństwo nałogowego kupowania zarówno do zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, jak i uzależnień skłania badaczy do rozważenia wszystkich za i przeciw zaklasyfikowania tego zaburzenia do odpowiedniej kategorii diagnostycznej. Niektórzy badacze postulują na podstawie klinicznej charakterystyki zjawiska nałogowego kupowania, aby zaliczyć je do kategorii „Nieokreślone zaburzenia niszczycielskie, kontroli impulsów i zachowania” w klasyfikacji DSM-5, która je opisuje i wyjaśnia.

W przypadku diagnozowania nałogowego kupowania o uzależnieniu możemy mówić, gdy występują co najmniej trzy spośród sześciu poniższych objawów:

- poczucie przymusu i/lub silna potrzeba dokonywania zakupów,
- upośledzenie kontroli nad powstrzymaniem się od zakupów oraz nad długością i częstotliwością czasu poświęcanego na zakupy,
- doświadczenie niepokoju, rozdrażnienia czy gorszego samopoczucia przy próbach ograniczenia możliwości dokonywania zakupów oraz ustępowanie tych stanów z chwilą pojawienia się możliwości realizowania planów zakupowych,
- spędzanie coraz większej ilości czasu na zakupach w celu uzyskania zadowolenia czy dobrego samopoczucia, które uprzednio było osiąganego w znacznie krótszym czasie,
- postępujące zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności czy dotychczasowych zainteresowań na rzecz dokonywania zakupów i zdobywania na nie środków finansowych,
- kontynuowanie zakupów, mimo szkodliwych następstw (fizycznych, psychicznych i społecznych), o których wiadomo, że mają związek z ich dokonywaniem (Cierpiałkowska, Ogińska-Bulik).

Etiologia

Podobnie jak w wielu innych zaburzeniach, w obszarze uwarunkowań predestynujących do szkodliwego uzależnienia od zakupów możemy wymienić uwarunkowania środowiskowe i podmiotowe. Te pierwsze to wzorce, schematy zaczerpnięte najczęściej z domu rodzinnego, zaobserwowane w zachowaniach znaczących osób. Wczesnodziecięce doświadczenia związane z obdarowywaniem przez opiekunów różnymi przedmiotami i dobrami w sytuacjach złego samopoczucia, choroby, płaczu czy wynagradzania w ten sposób za stopnie w szkole lub każdą nawet najbardziej błahą czyn-

ność. Nie bez znaczenia jest tutaj również wiek, płeć, status społeczny i ekonomiczny, zmiany cywilizacyjne, społeczne i kulturowe czy wreszcie silny konsumpcjonizm. Czynniki podmiotowe to określona osobowość, przeżywane problemy, zaburzenia afektywne (najczęściej w obrębie deficytów związanych z regulacją emocji), inne zaburzenia psychiczne, uwarunkowania neurobiologiczne (najczęściej związane z niedoborem serotoniny). Istotna jest też zależność pomiędzy uzależnieniem od zakupów a temperamentem. Ogińska-Bulik wskazuje w swoich badaniach na ujemne korelacje zachowań zakupowych z takimi wymiarami temperamentu, jak żwawość i wrażliwość sensoryczna, dodatnie korelacje wiąże także z aktywnością. Duże znaczenie przypisuje się doświadczeniu traumatycznych przeżyć, zaniedbań w dzieciństwie czy wcześniejszemu życiu w ubóstwie. Zjawisko uzależnienia od zakupów jest rozpoznawane również u osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, często w czasie abstynencji od alkoholu czy narkotyków, pełni ono rolę najczęściej nieświadomego, kompulsywnego łagodzenia dyskomfortu pojawiającego się w okresach związanych z nawrotem i/lub objawami głodu w czasie budowania trzeźwości. Czynnikiem ryzyka są również inne zachowania nałogowe, takie jak: impulsywne objadanie się, pracoholizm czy uzależnienie od internetu. Można więc mówić o dwóch kategoriach osób uzależnionych od kupowania: tych, którzy robią zakupy pod wpływem czynników zewnętrznych oraz tych, którzy robią to pod wpływem motywacji wewnętrznej.

Diagnozowanie

Dotychczas opracowano kilka narzędzi do pomiaru zaburzeń związanych z nałogowym kupowaniem. W zależności od perspektywy konceptualizacyjnej tych zaburzeń możemy je podzielić na trzy grupy:

- skonstruowane z perspektywy zachowań impulsywnych,
- skonstruowane z perspektywy zachowań obsesyjno-kompulsywnych,
- skonstruowane z perspektywy uzależnienia.

Do dwóch pierwszych opracowano skale, w których znajduje się od kilku do kilkunastu pytań odnoszących się do nałogowego kupowania. Dotyczą one między innymi skłonności do wydawania pieniędzy, odczuwania pragnienia robienia zakupów, pozakupowego poczucia winy, oceny członków rodziny (kanadyjska skala Gilles'a Valenc'e'a). W Polsce wykorzystywane jest narzędzie skonstruowane przez Ogińską-Bulik – Skala Zachowań Zakupowych, która zawiera 16 pytań odnoszących się między innymi do przymusu kupowania, utraty kontroli, do nabywania często niepotrzebnych rzeczy, redukcji napięcia negatywnych emocji oraz wystąpienia poczucia winy po epizodzie kupowania. W zależności od wyników badane osoby można zakwalifikować do trzech grup: niskiego, średniego i wysokiego ryzyka uzależnienia. Inną polską skalą to Skala Zakupów Nieplanowanych, skonstruowana przez Mącika, zawierająca 28 itemów odnoszących się do motywów kupowania: hedonistycznego, impulsywnego i kompulsywnego.

W kontekście trzeciej konceptualizacji problemu nałogowego kupowania, noszącej znamiona uzależnienia, najnowsza definicja uzależnień behawioralnych w DSM-5 wymusiła skonstruowanie przez Bergena Skali Uzależnienia od Zakupów. Zawiera ona siedem kryteriów uzależnienia:

- pragnienie (*myślę o kupowaniu różnych rzeczy przez cały czas*),
- modyfikacja nastroju (*robię zakupy, aby poprawić sobie nastrój*),
- konflikt (*kupuję tak często i tak dużo rzeczy, że wpływa to na moje codzienne obowiązki*),
- tolerancja (*czuję, że muszę kupować coraz częściej i coraz więcej, aby uzyskać taką poprawę nastroju jak kiedyś*),
- symptomy odstawienia (*źle się czuję, jeśli z jakiegoś powodu nie mogę zajmować się kupowaniem tak, jakbym chciał/a*),
- nawroty (*nieraz postanowiłem/am ograniczyć zakupy, ale nigdy jeszcze to mi się nie udało*),
- negatywne konsekwencje (*kupuję tak dużo, że źle to wpływa na moje codzienne funkcjonowanie*).

Leczenie i terapia uzależnienia od zakupów

W leczeniu uzależnienia od zakupów, w odróżnieniu od farmakoterapii, zdecydowanie lepsze efekty przynosi psychoterapia. Zwraca się uwagę na fakt, że antydepresanty czy duże dawki serotoniny mają korzystne działanie w przypadku leczenia zaburzeń kontroli impulsów, mimo to zdecydowanie lepsze efekty przynosi psychoterapia, w której akcent kładzie się przede wszystkim na działania nakierowane na umiejętności radzenia sobie ze stresem i regulację emocji. Innym istotnym elementem skutecznej psychoterapii w tym zakresie jest kształtowanie samooceny klienta, jego poczucia własnej wartości i sprawczości oraz włączenie do procesu psychoterapii jego rodziny. Dużą skutecznością wykazuje się tutaj terapia poznawczo-behawioralna bazująca głównie na zmianie przekonań, terapia schematów czy – w zakresie terapii długoterminowej – terapia psychodynamiczna. Na wzór funkcjonujących w Stanach Zjednoczonych i na zachodzie Europy coraz większego znaczenia i popularności nabierają w Polsce grupy samopomocowe Anonimowych Zakupoholików czy Anonimowych Dłużników, opierających się na Programie 12 Kroków AA. Jak dotąd w Polsce nie opracowano i nie wdrożono żadnych specyficznych programów terapeutycznych przeznaczonych dla tej grupy odbiorców. Najczęściej trafiają oni do poradni leczenia uzależnień, podejmują psychoterapię indywidualną, rzadziej grupową. Dobrze jest, jeśli specjalista psychoterapii uzależnień prowadzący terapię, ma wiedzę na temat pracy z osobami uzależnionymi behawioralnie i potrafi dostrzec subtelne niuanse symptomów odróżniających osoby uzależnione od zakupów od innych osób uzależnionych behawioralnie.

Skala zjawiska

Szacuje się, że w Europie skala rozpowszechnienia nałogowego kupowania waha się w granicach od 1% do 10%, w Stanach Zjednoczonych jest to określane na poziomie 6% populacji Amerykanów. W Polsce problem kompulsywnego kupowania może dotyczyć aktualnie 3,7% populacji od 15. roku życia (CBOS, 2019). W ciągu ostatnich pięciu lat zjawisko kompulsywnego kupowania wyraźnie się nasiliło wśród ludzi bardzo młodych, w wieku od 15 do 17 lat. Odsetek najmłodszych respondentów wykazujących symptomy problemowego kupowania zwiększył się od 2014 do 2019 roku o 5,5 punktu procentowego – z 8,5% do 14,1%.

Uzależnienie od jedzenia i odchudzania

Zaburzenia odżywiania są coraz częstszym problemem dotyczącym krajów wysoko rozwiniętych, mają podłoże psychiczne. Zaliczono do nich w DSM-IV zaburzenia specyficzne, takie jak jadłowstręt psychiczny – anoreksja i żarłoczność psychiczną – bulimia, oraz niespecyficzne. Ten rozdział poświęcony zaburzeniom karmienia i odżywiania się w DSM-5 w porównaniu z wcześniejszymi wersjami klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego znacznie się poszerzył. Zawiera on aktualnie jednostki diagnostyczne dotyczące zarówno dorosłych, jak i dzieci, w tym niemowląt. Liczba jednostek w DSM-5 wzrosła ponaddwukrotnie.

Coraz więcej uwagi wielu badaczy poświęca ortoreksji. Rowicka w swojej pracy *Uzależnienia behawioralne. Profilaktyka i terapia* pisze o tym zjawisku jako o coraz częściej pojawiającym się zaburzeniu jedzenia. Ortoreksja polega na unikaniu spożywania pewnych pokarmów (tych, które uznaje się za niezdrowe) i unikaniu pewnych sposobów przygotowania posiłków, np. smażenia czy mrożenia (takich, które uznaje się za niezdrowe). Początkowo rezygnacja z niezdrowego odżywiania się polega na stopniowym eliminowaniu produktów, które nie spełniają określonych kryteriów wyglądu i składu (Bratman i Knight), takich jak wysokoprzetworzone lub gotowe produkty (np. mrożone dania). Po pewnym czasie znaczenia nabiera miejsce pochodzenia produktu (np. jogurtu), jak i jego składników (mleka, z którego ten jogurt wyprodukowano). Z czasem zmniejsza się zakres i różnorodność produktów dozwolonych, część z nich ortorektyk samodzielnie uprawia lub hoduje. Pierwotną motywacją do zmiany w sposobie odżywiania się może być chęć uniknięcia choroby lub poprawa kondycji fizycznej, a problem zaczyna się dopiero wtedy, kiedy nieustające myśli o utrzymaniu diety utrudniają realizację codziennych obowiązków. Wówczas sposób odżywiania zaczyna dominować nad pozostałymi aktywnościami człowieka, a każde odstępstwo od diety wiąże się z negatywnymi emocjami (poczuciem wstydu lub winy). Mimo że ortoreksja nie została uwzględniona w żadnej z obowiązujących klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych (ICD-10, DSM-5), znalazła się w obszarze zainteresowań badaczy zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i w Europie.

Fairburn (2013) w swojej pracy *Terapia poznawczo-behawioralna i zaburzenia odżywiania* podaje, że samo rozróżnienie poszczególnych zaburzeń odżywiania wydaje się arbitralne, a ich analiza w perspektywie podłużnej wykazuje jeszcze wyższy poziom arbitralności.

Anoreksja zwykle zaczyna się w okresie dojrzewania, a jej pierwszym objawem jest rygorystyczna dieta. W rezultacie następuje spadek wagi ciała i osoba zaczyna spełniać kryteria znacznej niedowagi. Często cechą jest występowanie napadowego objadania się, a następnie wzrostu wagi i przejście do bulimii lub mieszanej formy zaburzeń odżywiania, inaczej nieokreślonych.

Napadowe objadanie się jako zaburzenie ma nieco inny przebieg niż pozostałe zaburzenia odżywiania. Większość pacjentów, u których się ono rozwija, to osoby w wieku średnim, a nieco ponad jedna trzecia to mężczyźni. Pacjenci z anoreksją, bulimią i zaburzeniami bliżej nieokreślonymi to zwykle adolescenty lub młodzi dorośli i najczęściej dziewczynki i młode kobiety. Napadowe objadanie się ma charakter przejściowy, większość pacjentów mówi o okresach, w których mają tendencję do napadowego objadania się, ale też o okresach, kiedy są w stanie kontrolować swoje zachowanie w tej kwestii. Zasadniczo pacjenci ci mają tendencję do przejadania się i przybierania na wadze. Tylko u nielicznych wystąpił epizod anoreksji lub bulimii. Pomijając napadowe objadanie się, jedną z zasadniczych cech zaburzeń jedzenia jest migracja diagnostyczna. Tylko niewielka podgrupa pacjentów trwale utrzymuje spójny obraz zaburzenia. Najczęściej kryteria diagnostyczne dla anoreksji są spełnione we wczesnym okresie rozwoju choroby, potem następuje rozwój zachowań typowych dla bulimii lub zaburzeń odżywiania bliżej nieokreślonych. Są też osoby, które od samego początku choroby spełniają kryteria diagnostyczne bulimii lub zaburzeń odżywiania bliżej nieokreślonych, a migracja polega na przechodzeniu pomiędzy tymi dwoma wariantami zaburzenia. Podsumowując za Fairburnem, można stwierdzić, że poza napadowym jedzeniem wszystkie pozostałe zaburzenia jedzenia są tą samą chorobą, która zmienia swój charakter w określonym czasie.

Uzależnienie od jedzenia

W wyszczególnionych powyżej kryteriach klasyfikacji ICD-10, ICD-11 i DSM-5 nie mówi się *expressis verbis* o uzależnieniu od jedzenia. W wielu publikacjach na temat uzależnień behawioralnych pojęcia te mają jednak swoje miejsce.

Badaczki przedmiotu Grzegorzewska i Cierpiałkowska w swojej pracy *Uzależnienia behawioralne* (2018) piszą, że współcześnie istnieją dwa główne teoretyczne podejścia do rozumienia zaburzeń jedzenia – tradycyjne (dotyczy AN, BN oraz BED) oraz oparte na procesie uzależnienia (dotyczy szkodliwego, nałogowego spożywania wybranych pokarmów).

Perspektywy te różnią się między sobą wyjaśnianiem mechanizmów odpowiedzialnych za utratę kontroli nad jedzeniem. Zwolennicy pierwszej z nich podkreślają, że

utrata kontroli wiąże się z restrykcyjnymi dietami oraz obrazem własnego ciała i wagi (między innymi cytowany wcześniej Fairburn). Natomiast zwolennicy nowego podejścia wskazują na potencjał „uzależnieniowy” wysoko przetworzonej żywności oraz sugerują, że osoby podatne na spożywanie takich pokarmów mają zdolność do wzmożonego uaktywniania układu nagrody.

Obie perspektywy mają, oprócz tych różnic, wiele cech wspólnych:

- tradycyjne zaburzenia jedzenia i szkodliwe, nałogowe spożywanie pokarmów charakteryzują podobne czynniki tkwiące u podłoża patologii, u Fairburna nazywane „rdzeniem psychopatologii zaburzeń odżywiania”, a mianowicie: impulsywność, dysfunkcje układu nagrody, dysregulacja emocjonalna;
- w obu typach zaburzeń jedzenia, niektóre kryteria diagnostyczne są podobne, np.:
 - zmniejszona kontrola nad konsumpcją,
 - nadmierne jedzenie, mimo wynikających z tego negatywnych konsekwencji.

Pojawia się pytanie – czy są to odmienne, czy może jednak takie same zaburzenia?

Grzegorzewska i Cierpiałkowska konkludują w cytowanej pracy, że wyodrębnienie zaburzenia związanego z nadmiernym, szkodliwym i nałogowym spożywaniem wybranych pokarmów może wypełniać lukę w rozumieniu niespecyficznych wzorców patologicznego jedzenia oraz świadczyć o ważności tego konstruktu w wyjaśnianiu mechanizmów odpowiedzialnych za rozwój nieprawidłowych zachowań związanych z jedzeniem, jak również powstawania i utrzymywania niektórych form otyłości.

Po opublikowaniu DSM-5, w którym kryteria dotyczące uzależnień i nałogów zostały połączone, i powstała nowa kategoria „zaburzenia używania substancji i nałogów”, istotne znaczenie nadano kryterium głodu substancji oraz jej pragnieniu (pożądaniu) oraz zaproponowano następujące prawdopodobne kryteria dotyczące nałogowego jedzenia:

- spożywanie jedzenia w większych ilościach i dłużej niż planowano,
- uporczywe pragnienie jedzenia lub towarzyszące temu nieudane, uporczywe próby ograniczenia lub kontrolowania spożywanego jedzenia,
- poświęcanie dużej ilości czasu na aktywności związane ze zdobywaniem pożywienia, jedzeniem i niwelowaniem skutków nadmiernego obżarstwa,
- głód lub silne pragnienie albo potrzeba nadmiernego jedzenia powodujące zaniedbanie głównych obowiązków w pracy, w szkole lub w domu,
- nadmierne objadanie się mimo ciągle nawracających problemów społecznych i interpersonalnych, fizycznych lub psychicznych spowodowanych bądź pogłębionych przez objadanie się,
- ograniczenie bądź porzucenie z powodu nadmiernego jedzenia określonych produktów ważnych aktywności zawodowych, społecznych lub rekreacyjnych,
- nawracające objadanie się powodujące zaniedbanie głównych obowiązków w pracy, w szkole lub w domu,
- powracanie do objadania się w sytuacjach zagrożenia i fizycznego niebezpieczeństwa,

- ujawnienie się tolerancji na określone produkty żywnościowe związane z potrzebą spożycia znacznie zwiększonej ilości jedzenia dla osiągnięcia pożądanego efektu lub z widocznym znacznym zmniejszeniem efektu spożywania tej samej ilości określonych produktów,
- występowanie zespołu abstynencyjnego związane z ujawnieniem się charakterystycznych dla niego objawów lub z przejadaniem się w celu ich zmniejszenia bądź uniknięcia.

Diagnozę uzależnienia od jedzenia według Grzegorzewskiej i Cierpiałkowskiej można postawić, jeśli dany wzorzec jedzenia prowadzi do znacznych problemów klinicznych i nadmiernego stresu, przy czym objawy muszą wystąpić w ciągu ostatnich 12 miesięcy w następującym natężeniu:

- lekkie (2-3 objawy),
- umiarkowane (4-5 objawów),
- ciężkie (6 lub więcej).

Diagnoza różnicowa obejmuje w zakresie tego zagadnienia:

- nadmierne objadanie się (z otyłością), gdzie problemem są złe nawyki żywieniowe i niezdrowy styl życia – zalecana jest dieta i ruch oraz zmiana stylu życia,
- objadanie się emocjonalne (zaburzenia jedzenia) – zalecana jest kontrola jedzenia i plan ćwiczeń oraz psychoterapia skoncentrowana na radzeniu sobie z emocjami i rozwiązywaniu problemów osobistych,
- szkodliwe, nałogowe jedzenie (prawdopodobieństwo uzależnienia) – charakteryzuje się uzależnieniem od chemicznych składników jedzenia, takich jak tłuszcze, cukier, sól, mąka, pszenica czy kofeina. Pojawia się zespół abstynencyjny w przypadku odstawienia jedzenia takich składników w pożywieniu. W tych przypadkach konieczna jest psychoterapia uzależnienia oparta na abstynencji od określonych, uzależniających składników oraz rygorystycznej dyscyplinie w zakresie kontroli myśli, emocji i zachowania.

Jak podaje Ogińska-Bulik w swojej pracy *Uzależnienie od czynności. Mit czy rzeczywistość?* (2010) – uzależnienie od jedzenia występuje u ludzi, którzy dużą część swojego życia poświęcają nie tylko jedzeniu, ale także myśleniu o nim. Zaabsorbowanie jedzeniem staje się ważną, integralną częścią ich życia, której podporządkowują inne sfery swojego funkcjonowania. Dla uzależnienia od jedzenia, podobnie jak dla innych uzależnień, charakterystyczne jest silne pragnienie lub przymus jedzenia (kompulsja), trudności w kontrolowaniu zachowań jedzeniowych, w tym szczególnie w ilości spożywanego pokarmu, konieczność zwiększania jego ilości, zaniedbywanie innych źródeł przyjemności, a także jedzenie, pomimo jego szkodliwych następstw. Należy jednak zwrócić uwagę na odróżnienie uzależnienia od jedzenia od przejadania się. Uzależnienie od jedzenia to nawykowe, niekontrolowane objadanie się, mające na celu przede wszystkim „zajadanie” problemów i „zagłuszanie” emocji. Jedzenie staje się automatyczną reakcją na stan podwyższonego napięcia, lęku, niepokoju i innych emocji. Kompulsywne (nałogowe) objadanie się

(BED) charakteryzuje się, podobnie jak bulimia, gwałtownym „pochłanianiem” pożywienia, jednak różni się od niej tym, że napadom nadmiernego łaknienia i przyjmowania pokarmów nie towarzyszą wymioty, przeczyszczanie się ani nadmiarowe ćwiczenia fizyczne. Zaburzenie to diagnozowane jest u około 30% otyłych osób podejmujących leczenie.

Czynniki ryzyka i czynniki ochronne

Według Grzegorzewskiej i Cierpiałkowskiej czynniki ryzyka powstawania szkodliwych, nałogowych nawyków jedzenia mają swoje źródła biologiczne i psychologiczne. Niewiele natomiast wiemy na temat czynników ochronnych. W literaturze przedmiotu jako potencjalne czynniki ochronne podaje się:

- ograniczony dostęp do wysokoprzetworzonych, tłustych, słodkich i słonych pokarmów,
- kultura i zwyczaje żywieniowe, a zwłaszcza jedzenie przy stole,
- wspólne spożywanie i celebrowanie posiłków.

Wśród czynników ryzyka wyszczególnia się przede wszystkim:

- otyłość – u osób otyłych szybciej aktywują się obszary mózgu odpowiedzialne za bodźce związane z ulubionym jedzeniem, jak i ze stresem,
- cechy osobowości – badania wykazały pozytywną korelację między problemowym jedzeniem a impulsywnością lub wybranymi jej aspektami, która jest podobna do związku, jaki ma impulsywność z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Impulsywność odpowiada również za gwałtowne reakcje związane z natychmiastową nagrodą, mimo wiedzy o późniejszych negatywnych konsekwencjach. Oprócz impulsywności, należy wyróżnić negatywną emocjonalność i obniżony nastrój, co często manifestuje się jako podatność na stres i niską samoocenę,
- transmisja pokoleniowa – istnieją pewne dowody empiryczne, wskazujące na dziedziczne podłoże spożywania cukru i tłustego jedzenia,
- czynniki socjodemograficzne – czyli najogólniej rzecz ujmując: płeć żeńska, wiek powyżej 35. roku życia oraz wczesna ekspozycja (między 0-5. rokiem życia lub już nawet w okresie prenatalnym) na wysokoprzetworzoną żywność.

Ogińska-Bulik wyróżnia czynniki genetyczne (biologiczne), społeczno-środowiskowe oraz czynniki psychologiczne, jako sprzyjające kompulsywnemu objadaniu się. Wśród tych ostatnich ważną rolę pełni mechanizm samoregulacji, a także cechy osobowości, przekonania i oczekiwania jednostki, doznawany stres i związane z nim negatywne emocje. Czynniki te zostały opisane w książce *Psychologia nadmiernego jedzenia* autorstwa Ogińskiej-Bulik.

Profilaktyka, farmakoterapia i psychoterapia

W zakresie profilaktyki dotyczącej prewencji szkodliwego, nałogowego jedzenia warto według Grzegorzewskiej i Cierpiałkowskiej zwrócić uwagę na:

- zmianę społecznych, szkodliwych nawyków dotyczących jedzenia,
- kształtowanie postawy świadomego konsumenta,
- poszukiwanie psychologicznych, indywidualnych wyzwalaczy uzależnienia od jedzenia, w tym odpowiedzi na pytania:
 - Kiedy zazwyczaj jesz za dużo?
 - Jak wygląda twój schemat przejadania się?
 - Kiedy możesz odszukać jego pierwsze symptomy?
 - Jaką funkcję pełni jedzenie w twoim życiu?

W farmakoterapii dotyczącej nałogowego jedzenia stosuje się leki hamujące apetyt (stosowane w leczeniu otyłości) lub leki stosowane w leczeniu uzależnień od substancji, ukierunkowane raczej na układ nagrody i preferencje żywieniowe niż na hamowanie apetytu. Najczęściej są to substancje działające na mózgowy ośrodek sytości, leki przeciwdepresyjne (SSRI) oraz leki przeciwpadaczkowe. Coraz częściej stosowane są kombinacje tych leków.

Psychoterapia zaburzeń odżywiania

Fairburn w swojej pracy *Terapia poznawczo-behawioralna i zaburzenia jedzenia* (2013) proponuje „wzmocnioną” wersję terapii poznawczo-behawioralnej zaburzeń odżywiania (CBT-E). Odnosi się ona raczej do psychopatologii zaburzeń odżywiania niż ich diagnozy. Została zaprojektowana jako leczenie osób dorosłych, ale może być także zaadaptowana na potrzeby terapii młodszych pacjentów. Stosuje się ją zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Strategią leżącą u podstaw CBT-E jest sformułowanie „konceptualizacji przypadku” lub zestawu hipotez na temat procesów podtrzymujących psychopatologię u pacjenta i użycie ich w celu zidentyfikowania cech, które powinny stać się przedmiotem oddziaływań terapeutycznych. Sformułowanie indywidualnej konceptualizacji przypadku odbywa się na samym początku terapii, ale w toku leczenia ulega modyfikacjom. Zwykle terapia zaburzeń odżywiania odbywa się podczas 20 sesji terapeutycznych w ciągu 20 tygodni.

Biorąc pod uwagę specyfikę objawów zaburzeń odżywiania, terapia poznawczo-behawioralna jest podejściem najbardziej adekwatnym. Nieadaptacyjne schematy dotyczące własnej osoby oraz towarzyszące im nadmierne zaabsorbowanie i przeszacowywanie własnej sylwetki to problemy natury poznawczej (Fairburn, 2013). Natomiast podejmowane zachowania kompensacyjne w postaci nadmiernej aktywności fizycznej, restrykcyjnej diety, przeczyszczania się i wymiotów wskazują na aspekt behawioralny.

Nałogowe uprawianie ćwiczeń fizycznych

W latach 70. XX wieku Glasser opisał szerokie spektrum korzyści, jakie niesie uzależnienie od ćwiczeń w przeciwieństwie do uzależnień od substancji psychoaktywnych. Akcentował głównie aspekty fizjologiczne oraz psychologiczne związane z samodoskonaleniem się i rozwojem osobowości. W prowadzonych przez siebie badaniach zaobserwował również, że zaprzestanie ćwiczeń powoduje objawy odstawienia, które świadczą o obecności „pozytywnego uzależnienia”, towarzyszyły im lęk, poczucie winy, drażliwość, bezsenność, zmęczenie. Konsekwencją tych badań było wprowadzenie przez innego badacza de Coverley Veale’a podziału na uzależnienie pierwotne (niezwiązane z innymi zaburzeniami psychicznymi) oraz wtórne (powiązane z zaburzeniami jedzenia – anoreksją i bulimią). Ponadto Glasser wprowadził pojęcie „nałóg pozytywny”, co niewątpliwie wiąże się z faktem, że w szeroko rozumianym odczuciu społecznym uprawianie ćwiczeń fizycznych i ogólna dobra sprawność fizyczna postrzegane są pozytywnie oraz powszechnie zalecane jako element edukacji promującej zdrowie psychofizyczne.

Pacjenci uzależnieni, leczeni ambulatoryjnie również akceptują u siebie taką formę pracy nad swoim problemem i podejmują ją samodzielnie, często bez sugestii ze strony terapeuty czy grupy terapeutycznej. Przy przyjęciu paradygmatu uzależnienia w odniesieniu do szkodliwego uprawiania ćwiczeń fizycznych można uznać ten element leczenia uzależnień od substancji jako efektywny w zakresie filozofii redukcji szkód (*harm reduction*).

Za Guskowską (2012) możemy wyróżnić stworzone przez de Coverley Veale’a kryteria dla pierwotnego uzależnienia od ćwiczeń fizycznych:

- zawężenie repertuaru ćwiczeń prowadzące do stereotypowych wzorców treningu, odbywanych regularnie co najmniej raz dziennie,
- nadawanie ćwiczeniom wzrastającego i wyraźnego priorytetu w stosunku do innych form aktywności w celu utrzymania wzorca ćwiczeń,
- narastająca tolerancja liczby ćwiczeń wykonywanych w kolejnych latach,
- objawy odstawienia związane z zaburzeniami nastroju po przerwie w ćwiczeniach,
- unikanie lub łagodzenie objawów odstawienia przez dalsze ćwiczenia,
- subiektywne doznawanie natręctw ćwiczenia,
- gwałtowny powrót do poprzedniego wzorca ćwiczeń po dłuższym okresie niećwiczenia.

Autorzy następnych wersji kryteriów diagnostycznych na końcu wyszczególnionych kryteriów dodają uwagę odnoszącą się do uzależnienia wtórnego od ćwiczeń fizycznych (wtórne: jak wyżej, ale występujące/współwystępujące z zaburzeniami odżywiania się).

Zgodnie z wynikami uzyskanymi przy zastosowaniu skali EDS-R Downsa i wsp., badani uprawiający ćwiczenia fizyczne zostali podzieleni na trzy grupy:

- osoby z grupy ryzyka wystąpienia nałogu uprawiania ćwiczeń (mniej niż 5%),
- osoby posiadające pojedyncze objawy, ale nieuzależnione (około 62,5%),
- osoby nieuzależnione (30,6 do 33,8%).

Mechanizmy, koncepcje uzależnienia od ćwiczeń fizycznych

Grzegorzewska i Cierpiałkowska (2018) w swojej pracy *Uzależnienia behawioralne* w rozdziale „Nałogowe uprawianie sportu” za Freimuthem opisują 4 fazy rozwoju uzależnienia u osób uprawiających ćwiczenia. Ich znajomość pozwala na odróżnienie rekreacyjnego uprawiania ćwiczeń od nałogowego. Każda faza składa się z trzech komponentów:

1. Motywacji.
 2. Konsekwencji.
 3. Częstości kontroli zachowania.
- **Faza I** – to etap aktywności rekreacyjnej. Motywem uprawiania ćwiczeń w tej fazie jest dbanie o zdrowie i dobrą kondycję fizyczną i psychiczną. Zachowania związane z tą aktywnością fizyczną są w pełni kontrolowane, jednostka ma plan i go realizuje, ale jest w stanie zatrzymać się, jeśli pojawią się inne, ważniejsze aspekty. W tej fazie negatywne konsekwencje są rzadkie, sporadyczne (np. kontuzje).
 - **Faza II** – to faza ryzyka. Motywacja do ćwiczeń i ich wykonanie przybliża oczekiwaną nagrodę w postaci zmiany nastroju i doświadczanych emocji. Angażowanie w ćwiczenia pozwala np. zapomnieć o zmartwieniach lub uciec od bieżących problemów. Istnieją dowody empiryczne wskazujące, że uprawianie ćwiczeń fizycznych ma wpływ na regulację afektu, np. zmniejszanie symptomów depresyjnych lub lękowych. Cechą odróżniającą fazę rekreacyjnych ćwiczeń od fazy ćwiczeń ryzykownych jest motywacja. W fazie drugiej istotną rolę zachęcającą odgrywa już nie przyjemność z ćwiczeń, ale raczej ulga związana ze zmniejszeniem stresu lub innych negatywnych nastrojów oraz poprawa samooceny (np. zgrabna figura, poczucie mocy, bycie „kims”).

Na tym etapie istnieje duże prawdopodobieństwo, że jednostka będzie się coraz bardziej angażować w to zachowanie pomimo coraz częściej pojawiających się negatywnych konsekwencji. Można zaobserwować także przejściowe, okresowe utraty kontroli nad częstotliwością i długością ćwiczeń. Jest to faza przejściowa między rekreacyjnym a szkodliwym uprawianiem ćwiczeń.

- **Faza III** – problemowe, szkodliwe uprawianie ćwiczeń. Na tym etapie osoba całe swoje życie skupia wokół aktywności fizycznej i tworzy coraz bardziej sztywne i powtarzalne wzorce zachowania. Obok fizycznych konsekwencji pojawiają się nowe negatywne konsekwencje, które mają charakter interpersonalny i wynikają z zaniedbywania innych sfer życia osobistego. Cechą charakterystyczną tej fazy jest też bezkrytyczność jednostki wobec swojego zachowania i trudności

w realnej ocenie nadmiernej dominacji ćwiczeń fizycznych w jej życiu. W tej fazie następuje łatwość zamiany jednej aktywności fizycznej na drugą, jeśli ta pierwsza jest niedostępna lub niemożliwa do wykonania.

- **Faza IV** – w tej fazie motywem dominującym staje się nie tyle poszukiwanie przyjemności czy redukcja napięcia bądź negatywnych emocji, ile chęć uniknięcia objawów odstawienia.

Etiologia uzależnienia od ćwiczeń nie jest dostatecznie poznana – jak pisze Rowicka w swojej pracy *Uzależnienia behawioralne. Profilaktyka i terapia* (2015) – choć poza czynnikami psychologicznymi, które są wspólne dla angażowania się w uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe, badacze podkreślają rolę psychofizjologii, zwłaszcza w odniesieniu do charakterystyki najczęściej wybieranych przez osoby uzależnione ćwiczeń – o charakterze tlenowym. Interesująca wydaje się hipoteza beta-endorfinowa, aczkolwiek w związku z nieprzekraczalną barierą krew-mózg, poziom beta-endorfin w mózgu nie może zostać podwyższony. Steinberg, Sykes i LeBoutillier zaproponowali pośrednie wyjaśnienie związku beta-endorfin z uzależnieniem od ćwiczeń – odczuwanie przyjemności po ćwiczeniach, przy jednoczesnej skłonności do zachowań kompulsywnych i podwyższonym progu bólowym prowadzi do silnie odczuwalnych objawów odstawienia, które można zredukować poprzez podanie antagonistów opiatów.

Inną koncepcją jest hipoteza termoregulacyjna, zgodnie z którą podwyższonej temperaturze ciała (typowo po ćwiczeniach) towarzyszy obniżony poziom stresu czy niepokoju, co z kolei działa jako wzmocnienie, zwłaszcza u osób, które mają tendencję do przeżywania negatywnego afektu i ograniczone umiejętności jego regulacji. Powtarzalność takiego mechanizmu prowadzi do uzależnienia.

Grzegorzewska i Cierpiałkowska (2018) przytaczają koncepcję szkodliwego uprawiania ćwiczeń fizycznych, opartą na schematach poznawczych i doświadczalnych stanach emocjonalnych. W koncepcji oceny poznawczej Attily Szabo podstawą tego zaburzenia jest racjonalizowanie nadmiernego wykonywania ćwiczeń jako zdrowego sposobu radzenia sobie ze stresem. Stopniowe rutynowe zwiększanie tej aktywności i używanie jej przy każdej błażej nawet sytuacji stresogennej prowadzi do symptomów uzależnienia, a w przypadku braku możliwości zredukowania stresu za pomocą ćwiczeń, pojawiają się nasilone nieprzyjemne odczucia, takie jak irytacja, poczucie winy, niepokój, ospałość.

Inną hipotezę jest według Grzegorzewskiej i Cierpiałkowskiej (2018) hipoteza regulacji emocjonalnej Hamera i Karageorghisa, która podkreśla rolę aktywności fizycznej w regulacji nastroju. Ćwiczenia fizyczne wzmacniają pozytywny nastrój i tym samym przyczyniają się do poprawy kondycji psychicznej jednostki, powodując również po dłuższej przerwie w ćwiczeniach poprawę negatywnego nastroju. Autorzy tej koncepcji podkreślają jednak, że pozytywny efekt poprawy nastroju ma charakter czasowy. W dłuższej perspektywie regulacja nastroju za pomocą aktywności fizycznej zwiększa tolerancję, co skutkuje pogorszeniem samopoczucia

w przypadku ograniczeń czasowych w jej uprawianiu. Mogą się wówczas pojawiać symptomy odstawienia, które dają się złagodzić tylko kolejnymi ćwiczeniami. Osiągnięcie pozytywnego efektu i ogólnie dobrego samopoczucia stanie się możliwe tylko przy zwiększeniu częstotliwości i intensywności ćwiczeń. Uruchomi się zatem znana z uzależnień od substancji psychoaktywnych spirala zachowań nałogowych.

Rozpowszechnienie

Habrat podaje, że większość badań dotyczących tego tematu odnosiła się nie tyle do populacji ogólnej, ile do środowisk osób uprawiających regularnie ćwiczenia fizyczne. Z tego powodu uzyskano wyniki o dużej rozpiętości 20-30% systematycznie ćwiczących. Jak podaje Martyniak (2021), w Polsce nie były dotychczas prowadzone badania mające na celu oszacowanie rozpowszechnienia uzależnienia od ćwiczeń.

Profilaktyka i leczenie

Habrat w swojej pracy *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne* uważa, że obecnie nie ma standardów profilaktyki nałogowego uprawiania ćwiczeń fizycznych. Duże znaczenie może mieć edukacja zwiększająca świadomość potencjalnych zagrożeń powstania nałogu. Habrat odnosi się również do zjawiska aplikowania ćwiczeń fizycznych osobom uzależnionym od substancji oraz innych nałogów behawioralnych, w których aktywność fizyczna wspomagała proces terapeutyczny, twierdząc, że ćwiczenia fizyczne stanowią swoistą „terapię substytucyjną”, gdzie substytutem byłyby ćwiczenia.

Bibliografia

- Centrum Badania Opinii Społecznej (2019). *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących hazardu i innych uzależnień behawioralnych*. Warszawa: CBOS.
- Fairburn, Ch.G. (2013). *Terapia poznawczo-behawioralna i zaburzenia odżywiania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Grzegorzewska, I., Cierpiałkowska, L. (2018). *Uzależnienia behawioralne*. Warszawa: WN PWN.
- Guszkowska, M. (2012). Uzależnienie od ćwiczeń fizycznych – objawy i mechanizmy. *Psychiatria Polska*, t. XLVI, nr 5, s. 845–856.
- Habrat, B. (2016). *Nałogowe uprawianie ćwiczeń fizycznych*. W: B. Habrat (red.). *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Martyniak, E. i wsp. (2021). Co za dużo, to niezdrowo. Uzależnienie od ćwiczeń fizycznych: zjawisko, kryteria diagnostyczne, etiologia, terapia, wyzwania badawcze. *Psychiatria Polska*, 55(6), s. 1357–1372.
- Morrison, J. (2016). *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Ogińska-Bulik, N. (2010). *Uzależnienie od czynności. Mit czy rzeczywistość?* Warszawa: Difin.
- Ogińska-Bulik, N. (2016). *Kompulsywne kupowanie*. W: B. Habrat (red.). *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane natłogi behawioralne*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Rowicka, M. (2015). *Uzależnienia behawioralne. Profilaktyka i terapia*. Warszawa: KBPN, Fundacja Praesterno.
- Tatarsky, A. i wsp. (2007). *Redukcja szkód w psychoterapii. Nowe podejście w leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

ROZDZIAŁ 8

mgr Józef Leśniak

Psychologiczne aspekty uzależnień behawioralnych – najczęstsze mechanizmy obronne stosowane przez osoby uzależnione

W pierwszej części tego rozdziału zostanie omówiona geneza powstania mechanizmów obronnych jako metody radzenia sobie z wewnętrznymi konfliktami w celu ochrony osobowości (ego), zmniejszenia lęku, frustracji i poczucia winy. Na ogół mechanizmy te są nawykowe i nieświadomione.

W leczeniu uzależnień coraz częściej terapeuci zajmują się wewnętrznymi konfliktami pacjenta poprzez ich ujawnienie, wgląd i przepracowanie, a sama terapia uwalnia pacjentów od objawów uzależnienia i pozwala na osobisty rozwój. Problemowe używanie substancji lub nałogowe czynności traktowane są jako oznaka wewnętrznych, nieświadomych konfliktów i deficytów pacjenta. Coraz częściej kładzie się nacisk na dotarcie do źródła problemu, a w mniejszym stopniu uwaga jest skupiona na objawie, jakim są w tym przypadku – uzależnienia behawioralne.

W części drugiej rozdziału zostaną omówione typowe dla uzależnień mechanizmy obronne skonceptualizowane i opisane w ramach stworzonej przez Jerzego Mellibrudę i Zofię Sobolewską-Mellibrudę koncepcji psychoterapii integracyjnej leczenia uzależnień od środków psychoaktywnych, która od wielu lat dominuje w naszym kraju w lecznictwie uzależnień.

Pojęcie mechanizmów obronnych zostało wprowadzone przez Zygmunta Freuda jako element psychoanalizy. Są to nieświadome procesy redukcji lęku wzbudzanego przez urazowe lub konfliktowe treści intrapsychiczne. Są one niedostępne w bezpośredniej obserwacji, ale mogą być zidentyfikowane pośrednio przede wszystkim poprzez analizę oporu, tzn. przez poznanie nieświadomych sposobów obrony przed ujawnieniem się ukrytej, zagrażającej – czyli lękowej, wstydlivej lub konfliktowej – treści. Można je diagnozować również na podstawie analizy snów, wolnych skojarzeń czy czynności omyłkowych.

Tabela 8.1. Zestawienie mechanizmów obronnych

| Narcystyczne mechanizmy obronne | Niedojrzałe mechanizmy obronne | Neurotyczne mechanizmy obronne | Dojrzałe mechanizmy obronne |
|---|--|--|---|
| <p>zaprzeczenie – dotyczy spostrzegania zewnętrznej rzeczywistości w sposób, który pozwala uniknąć jej bolesnych aspektów;</p> <p>zniekształcenie – spostrzeganie zewnętrznej rzeczywistości w sposób, który jest zgodny z wewnętrznymi potrzebami;</p> <p>prymitywna idealizacja – na skutek działania tego mechanizmu zewnętrzne obiekty są postrzegane jako „całkiem dobre” albo „całkiem złe” i wyposażone w nierealistyczną moc;</p> <p>projekcja (psychotyczna) – spostrzeganie nieakceptowanych wewnętrznych impulsów oraz ich pochodnych i zachowywanie się w taki sposób, jakby były one zewnętrzne w stosunku do własnego ja;</p> | <p>acting out – bezpośrednie wyrażanie w działaniu nieświadomych życzeń lub impulsów w celu uniknięcia uświadomienia sobie towarzyszących im emocji;</p> <p>blokowanie – wstrzymywanie impulsów, uczuć i myśli wyrażające się napięciem;</p> <p>hipochondryzacja – przekształcenie zarzutów skierowanych do innych ludzi, a wynikających z utraty bliskich, osamotnienia oraz nieakceptowanych agresywnych impulsów, w kierunku do siebie, koncentracja na doznaniach płynących z ciała, przywiązanie nadmiernej uwagi do najmniejszych nawet zaburzeń funkcjonalnych, zwłaszcza bólowych, wyolbrzymienie istniejących objawów schorzeń somatycznych;</p> <p>introjekcja – wprowadzenie do własnej osobowości elementów obiektu wzbudzającego silne emocje, np. identyfikacja z agresorem, ofiarą, internalizacja obiektu miłości;</p> | <p>kontrolowanie – nadmierne dążenie do panowania nad wydarzeniami i obiektami w środowisku w celu zminimalizowania lęku i doraźnego rozwiązania wewnętrznych konfliktów;</p> <p>przemieszczenie – nieświadome przesunięcie instynktownych pragnień z jednego obiektu na inny;</p> <p>dysocjacja – czasowa, drastyczna modyfikacja charakteru lub poczucia tożsamości w celu uniknięcia zmartwienia, np. psychogenne fugi i histeryczna konwersja;</p> <p>eksternalizacja – tendencja do spostrzegania w zewnętrznym świecie i w innych osobach elementów własnej osobowości;</p> <p>zahamowanie – ograniczenie lub rezygnacja z pewnych procesów psychicznych;</p> <p>intelektualizacja – kontrolowanie uczuć i impulsów przez myślenie o nich w miejsce przeżywania ich;</p> | <p>altruizm – zastępcze mechanizmy, ale konstruktywne i zaspokajające instynktowne potrzeby, służenie innym;</p> <p>antycypacja – realistyczne przewidywanie przyszłych wewnętrznych problemów i niekorzystnych sytuacji;</p> <p>ascetyzm – eliminacja przynoszących bezpośrednią świadomą przyjemność uczuć związanych z wszelkimi podstawowymi przeżyciami, będąca źródłem satysfakcji i specyficznej moralnej przyjemności;</p> |

| | | | |
|---|---|---|--|
| <p>projekcja identyfikacyjna – to przypisywanie innej osobie nieakceptowanych własnych przeżyć, jednocześnie przeżywając je jako reakcje na przeżycia odbiorcy projekcji. Zachowanie osoby projektującej wywiera na osobę odbiorcy presję przeżywania siebie i zachowywania się zgodnie z projekcyjną fantazją;</p> <p>rozszczenie (<i>splitting</i>) – zewnętrzne obiekty podzielone są na „całkiem dobre” i „całkiem złe”. Dana osoba może zostać gwałtownie sklasyfikowana w zupełnie przeciwstawny sposób. Podobnie oscyluje obraz samego siebie.</p> | <p>pasywno-agresywne zachowania – agresja w stosunku do obiektu jest wyrażana nie wprost i nieefektywnie przez bierność i masochizm;</p> <p>projekcja – (niepsychotyczna) – przypisywanie innym własnych, nieakceptowanych uczuć;</p> <p>regresja – powrót do wcześniejszych faz rozwojowych w celu uniknięcia lęku i wrogości pojawiających się w późniejszych stadiach;</p> <p>schizoidalne fantazje – tendencja do fantazjowania i spełniania własnych życzeń w autystyczny sposób w celu doraźnego rozwiązania konfliktów i uzyskania satysfakcji;</p> <p>somatyizacja – obronne przekształcenie psychicznych problemów w somatyczne objawy.</p> | <p>izolowanie – oddzielanie uczuć od treści prowadzące do tłumienia uczuć lub treści albo przemieszczania uczuć na inny obiekt;</p> <p>racjonalizacja – uzasadnianie postaw, przekonań i zachowań, które byłyby nieakceptowane, pozornymi powodami i usprawiedliwieniami;</p> <p>reakcja upozorowana (formacja reaktywna) – radzenie sobie z nieakceptowanymi impulsami przez wyrażanie przeciwstawnych im impulsów;</p> <p>wyparcie (represja) – usuwanie treści lub uczuć i utrzymywanie ich poza świadomością, pierwotne – jeśli nie istniały one nigdy, w świadomości nie były dostrzeżone, wtórne – jeśli zostały ze świadomości usunięte (zapomniane);</p> <p>seksualizacja – obdarzenie obiektów lub funkcji seksualnym znaczeniem, którego wcześniej w ogóle nie posiadały lub miały w mniejszym stopniu;</p> <p>odczynianie – symboliczne „odgrywanie” w przeciwnym kierunku zrealizowanych wcześniej nieakceptowanych impulsów.</p> | <p>humor – otwarta ekspresja uczuć bez osobistego dyskomfortu i bez nieprzyjemnych efektów dla innych;</p> <p>sublimacja – zaspokojenie impulsów, których cel jest utrzymany, ale sposób lub obiekt jest zmieniony ze społecznie niepożądanego – na społecznie uznawany;</p> <p>tłumienie (supresja) – świadome lub częściowo uświadamiane odsuwanie uwagi od świadomych impulsów i konfliktów.</p> |
|---|---|---|--|

Źródło: Meissner (1985), za: Kokoszko i Drozdowski (1993).

Freud uznawał istnienie wielu mechanizmów obronnych, ale szczególną uwagę zwracał na wyparcie. Córka Freuda, Anna Freud, w swojej przełomowej pracy *Ego i mechanizmy obronne* rozszerzyła dokonania ojca, wnikliwie opisując dziewięć odrębnych mechanizmów obronnych: regresję, reakcję upozorowaną, odczynianie, introjekcję, identyfikację, projekcję, zwrócenie przeciwko sobie, odwrócenie oraz sublimację. Anna Freud opisała znaczenie szczegółowej analizy obronnych mechanizmów zachowań *ego* w kontekście leczenia, co w konsekwencji ma znaczenie w przebiegu i efektywności samej terapii.

Gabbard, za Vaillantem, dzieli mechanizmy obronne na trzy grupy. Do pierwszej zalicza mechanizmy obronne prymitywne i wymienia wśród nich: rozszczepienie, identyfikację projekcyjną, projekcję, zaprzeczenie rzeczywistości, dysocjację, idealizację, *acting out*, somatyzację, regresję oraz fantazję schizoidalną, czyli wyobrażenia osoby odciętej od rzeczywistości. Kolejną grupą są mechanizmy wyższe, są to u Gabbarda: introjekcja, identyfikacja, przemieszczenie, intelektualizacja, izolacja afektu, racjonalizacja, seksualizacja, reakcja upozorowana, wyparcie, odczynianie związane z myśleniem magicznym. Ostatnią grupą są mechanizmy dojrzałe, takie jak: humor, stłumienie, asceza, altruizm, antycypacja i sublimacja.

W praktyce daje się zauważyć jedynie dominację wyróżnionych rodzajów mechanizmów obronnych w poszczególnych zaburzeniach. Zazwyczaj towarzyszą im inne mechanizmy współwystępujące, dlatego też stwierdzenie istnienia pojedynczego mechanizmu obronnego nie wystarcza do postawienia diagnozy i stworzenia zadowalającej, adekwatnej konceptualizacji zaburzenia w tym obszarze.

Obecnie przedstawiciele kierunku psychodynamicznego uważają za warunek *sine qua non* efektywnej terapii w tej modalności dokonanie diagnozy mechanizmów obronnych pacjenta na potrzeby konceptualizacji jego problemów. McWilliams pisze, że już w trakcie przeprowadzania wywiadu z pierwszorazowym pacjentem daje się odczuć pobudzenie do obrony, co daje klinicyście okazję do zobaczenia, w jaki sposób pacjent radzi sobie ze stresem związanym z koniecznością ujawnienia prywatnych i bolesnych informacji obcej osobie.

Moralne mechanizmy obronne

Na szczególną uwagę zasługują też tzw. moralne mechanizmy obronne, nazwane tak przez Fairbairna, angielskiego psychoanalityka działającego w Brytyjskim Towarzystwie Analitycznym w latach 30. XX wieku. Moralne mechanizmy obronne według Fairbairna pozwalają wciąż uważać się za dobrego człowieka, pomimo naruszania własnych zasad moralnych. W dużej mierze można je odnieść do mechanizmów stosowanych przez osoby uzależnione. Można tu wyróżnić np.:

- racjonalizacje „złych” czynów jako środków prowadzących do wyższego dobra,
- eufemizmy – nazywanie „złych” czynów mniej negatywnymi nazwami,
- porównania – porównywanie własnych „złych” czynów z jeszcze gorszymi czynami innych ludzi,

- roznymie odpowiedzialności – dzielenie się winą z innymi,
- przemieszczenie odpowiedzialności – uzasadnianie „złych” czynów jako dopuszczonych przez jakiś wyższy autorytet,
- wyparcie konsekwencji – ignorowanie negatywnych konsekwencji swoich czynów.

Mechanizmy obronne stosowane przez osoby uzależnione

W przypadku wielu uzależnień behawioralnych daje się zauważyć stosowanie w sposób świadomy lub nieświadomy mechanizmów obronnych przypisywanych osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych. Zostały one opisane przez J. Mellibrudę i Z. Sobolewską-Mellibrudę w koncepcji psychoterapii integracyjnej leczenia uzależnień od środków psychoaktywnych. Na szczególną uwagę zasługuje tutaj mechanizm iluzji i zaprzeczenia, utrudniający rozpoznanie szkód spowodowanych uzależnieniem behawioralnym. Jest to również patologiczny system regulacji psychicznej o charakterze poznawczym. Wpływa na spostrzeganie rzeczywistości, w jakiej żyje osoba uzależniona. Rzeczywistość na skutek nieświadomego działania tych procesów staje się coraz bardziej zniekształcona i prowadzi w konsekwencji do zniekształceń w rozpoznawaniu szkód spowodowanych nałogiem. W wewnętrznym świecie osoby uzależnionej zaczyna obowiązywać „nałogowa logika”, a w rezultacie dochodzi do ukrywania faktu uzależnienia przed samym sobą oraz przed otoczeniem. Tworzenie rozmaitych uzasadnień dla trwania w nałogu uniemożliwia tym samym dostrzeżenie jego zgubnych skutków. W przypadku uzależnienia od hazardu i w mniejszym stopniu w odniesieniu do innych uzależnień behawioralnych daje się również zauważyć u osób uzależnionych mechanizm rozpraszenia granic Ja i rozdławiania Ja. Uszkadza on zdolność do kierowania postępowaniem, do podejmowania decyzji oraz spójność i ciągłość poczucia indywidualności i tożsamości. Poczucie własnego Ja ulega swoistemu rozszczepieniu: jeden biegun jest związany ze światem iluzji i fantazji o odnoszonych sukcesach i powodzeniu, drugi to doświadczane klęski i cierpienie. Będąc na pierwszym biegunie, osoba uzależniona doświadcza doskonałości i sprawstwa, na drugim – bezwartościowości, bezradności i braku wpływu na siebie oraz rzeczywistość. Rozpraszenie granic Ja jest związane także z mechanizmami poznawczego zniekształcenia, polega bowiem na przerzucaniu odpowiedzialności i obarczaniu winą za własne funkcjonowanie innych osób z otoczenia (Mellibruda, 2006).

Inaczej mówiąc, najczęściej stosowanymi przez osoby uzależnione behawioralnie mechanizmami obronnymi są:

- zaprzeczenie,
- racjonalizacja,
- projekcja.

Zaprzeczanie jest sposobem na wypychanie ze świadomości niewygodnych faktów. Powstaje z obawy o możliwość napiętnowania ze strony otoczenia, w wyniku przeko-

kania, że uzależnienie świadczy o słabej konstrukcji psychicznej osoby oraz wskutek braku akceptacji wobec poczucia bezsilności i braku kontroli nad swoimi zachowaniami i działaniami. Mechanizm zaprzeczenia często jest bardzo silny, a bez pokonania go konfrontacja z problemem nie jest możliwa.

Racjonalizacja to wybiórcze podawanie przyczyn określonego zachowania, czasem wręcz „preparowanie” jego powodów. Tak samo jak w przypadku pozostałych mechanizmów zaprzeczenia, racjonalizacja jest procesem nieuświadomionym. Wzmacnia zaprzecanie i pozwala na trwanie w obecnym stanie, bez dostrzegania potrzeby wprowadzania zmian.

Projekcja to proces przerzucania winy na inną osobę. Takie obwinianie innych zwalnia od poczucia odpowiedzialności za własne czyny.

Mechanizmy obronne u osób uzależnionych, jak piszą Grzegorzewska i Cierpiątkowska w swojej pracy, skutkują tak znaczącymi zniekształceniami poznawczymi, że osoba przypisuje negatywne konsekwencje własnego postępowania innym zdarzeniom niż własne nałogowe czy szkodliwe zachowania. Owe zniekształcenia poznawcze współwystępują z nieprzystosowanymi przekonaniem na temat siebie, świata i przyszłości. Obejmują najbliższe otoczenie, najczęściej członków rodziny, zwłaszcza partnera.

Osoby zgłaszają się do terapeutów z mieszkanką nadziei i wstydu. Chcą odsłonić problemy psychiczne, z którymi się zmagają, a jednocześnie chcą je pomniejszyć, tak aby terapeuta postrzegał ich w bardziej pozytywny sposób niż oni siebie. Jednocześnie dążą do zniesienia postawy obronnej i są przymuszani przez swoje lęki, aby bronić się bardziej niż zwykle. McWilliams, cytując Vaillanta, twierdzi, że mechanizmy obronne mogą zmieniać percepcję *Ja*, innego, myśli lub uczucia. Mogą działać w sferze poznania (np. racjonalizacja, która dąży do złagodzenia cierpienia za pomocą manipulowania myślami) emocji (np. reakcja upozorowana, która radzi sobie z przykrym uczuciem, zmieniając je w jego przeciwieństwo), zachowania (np. *acting out*, które pozwala uwolnić się od bolesnych konfliktów poprzez ich odgrywanie na zewnątrz) lub w jakiejś ich kombinacji (np. odwrócenie, które działa za pośrednictwem poznania i zachowania: „To nie ja coś czuję – ty to czujesz i dlatego będę cię traktował w sposób, który złagodzi twoje domniemane uczucie”).

Wzorce obronne ludzi, pisze dalej McWilliams, są niemal tak indywidualne, jak ich głos czy odciski palców. Niektórzy używają smutku jako obrony przed gniewem, podczas gdy inni wpadają w gniew, żeby bronić się przed smutkiem. Niektórzy bronią się przed dojmującym podstawowym wstydem; inni starają się uniknąć poczucia winy. Jedni dysponują szerokim zestawem mechanizmów obronnych, inni zaś trzymają się jednego lub dwóch mechanizmów, bez względu na okoliczności. Aby pomóc danej osobie, musimy zrozumieć szczególnie sposób, w jaki wykorzystuje ona myśli, uczucia i działania do złagodzenia przykrych stanów wewnętrznych.

Bibliografia

- Gabbard, G.O. (2009). *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Grzeżołowska-Klarkowska, H.J. (1982). *Mechanizmy obronne osobowości*. Warszawa: PWN.
- Grzegorzewska, I., Cierpiałkowska, L. (2018). *Uzależnienia behawioralne*. Warszawa: WN PWN.
- McWilliams, N. (2012). *Opracowanie przypadku w psychoanalizie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- McWilliams, N. (2009). *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Mellibruda, J., Sobolewska-Mellibruda, Z. (2006). *Integracyjna terapia uzależnień. Teoria i praktyka*. Warszawa: IPZ PTP.

ROZDZIAŁ 9

dr hab. n. med. Anna Mosiołek

Zaburzenia psychiczne jako przyczyna i skutek uzależnień. Farmakoterapia w leczeniu uzależnień behawioralnych

Definicja

Uzależnienie jest stanem zaburzenia psychicznego i fizycznego, który powoduje zmianę w dotychczasowym sposobie zachowania. Stanowi nabytą, silną potrzebę wykonywania jakiejś czynności bądź zażywania jakiejś substancji psychoaktywnej. Uzależnienie zawsze jest stanem patologii, który wpływa na wszystkie obszary funkcjonowania, w tym na podejmowanie decyzji, kontrolę emocji i zachowania. Środowisko społeczne, w jakim żyje osoba uzależniona, etapy rozwoju i czynniki genetyczne są ściśle związane z występowaniem podatności na uzależnienie.

Objawami uzależnienia wspólnymi dla wszystkich jego rodzajów są częste, powtarzane zachowania, nad którymi osoba uzależniona utraciła kontrolę, pochłaniające znaczną część czasu. Uzależnienie cechuje upośledzona kontrola, kontynuacja lub eskalacja zachowania pomimo negatywnych konsekwencji oraz przedkładanie przedmiotu uzależnienia nad inne potrzeby i działania. Nowa klasyfikacja diagnostyczna WHO ICD-11 zmienia dotychczasową conceptualizację zachowań uzależniających, wprowadzając rozdział „Zaburzenia spowodowane używaniem substancji lub zachowaniami uzależniającymi”. W ICD-11 połączono zaburzenia używania substancji z zaburzeniami zachowań uzależnieniowych w ramach jednej ramy koncepcyjnej. Zachowania uzależniające definiowane są według nowej koncepcji jako klinicznie istotne zespoły związane ze stresem lub dysfunkcją, które rozwijają się w wyniku powtarzających się zachowań nagradzających innych niż stosowanie substancji wywołujących uzależnienie. Obejmują one takie rozpoznania, jak zaburzenia hazardowe, które wcześniej zaliczano do zaburzeń nawyków i impulsów oraz zupełnie nową diagnozę, czyli zaburzenia gry. Co istotne, ICD-11 dostosowało kryteria diagnostyczne zaburzenia hazardowego do ram koncepcyjnych uzależnień.

Epidemiologia

Uzależnienia behawioralne częściej występują w tych krajach, w których dostęp do internetu jest szeroko rozpowszechniony. Badania pokazują, że uzależnienia behawioralne częściej występują u mężczyzn w grupie wiekowej 25–35 lat. Natomiast badania epidemiologiczne, dotyczące współwystępowania uzależnień i innych zaburzeń psychicznych, wskazują wysokie wskaźniki chorób współistniejących. W przypadku uzależnienia od hazardu u 76,3% osób występowało również zaburzenie używania substancji. Niemal połowa osób z uzależnieniem od hazardu była również uzależniona od alkoholu. Metaanaliza Lorains i wsp. (2011) badań epidemiologicznych wykazała, że u osób z zaburzeniami hazardowymi występowały: nikotynizm u 60,2%, używanie substancji psychoaktywnych 57,5%, zaburzenia nastroju 37,9% oraz zaburzenia lękowe 37,4%.

W przypadku uzależnienia od internetu/gier obserwowano częstsze współwystępowanie depresji i zaburzeń lękowych, głównie lęku społecznego. W grupie nastolatków uzależnionych od internetu/gier częściej stwierdzano również ADHD. Impulsywność jest kluczowym aspektem zaburzeń związanych z używaniem substancji i może również odgrywać rolę w rozwoju lub utrzymywaniu innych nadmiernych wzorców behawioralnych. W przeglądzie systematycznym Carli i in. (2013) potwierdzili związek uzależnienia od internetu z objawami ADHD. Ponadto potwierdzili także częstsze występowanie depresji, objawów obsesyjno-kompulsywnych oraz lęku. Niektóre badania wskazują również na występowanie związku pomiędzy uzależnieniem od internetu/gier i częstszym używaniem substancji.

Neurobiologia

Etiopatogenezę uzależnień wiąże się z występowaniem nieprawidłowości w funkcjonowaniu układu nagrody w prążkowie w mózgu, kontrolującym impulsywne podejmowanie decyzji. Teoria ta mówi, że układ nagrody oraz przysiódkowa kora przedczołowa (PFC) w celu aktywowania wymaga silniejszych bodźców, takich np. jak substancje psychoaktywne czy hazard. Osoby z uzależnieniem od hazardu mają zmniejszoną objętość przysiódkowej kory przedczołowej, występują u nich również nieprawidłowości w budowie istoty białej w regionach, między innymi w ciele modzelowatym, obręczy i dolnym pęczku czołowo-potylicznym. Podobnie jak w przypadku uzależnienia od hazardu w przypadku uzależnienia od gier/internetu obserwowano występowanie zmian w mózgu w korze oczodołowo-czołowej (OFC), wyspie oraz w obszarze motorycznym. Badania bliźniąt wskazują na występowanie dowodów na dziedziczenie zaburzeń hazardowych. Odkrycia genetyki molekularnej wspierają dane epidemiologiczne dotyczące powiązania hazardu i zaburzeń związanych z używaniem substancji. Stopień, w jakim uzależnienie od gier/internetu jest dziedziczny i powiązany z genami, które zwiększają ryzyko używania substancji i innych problemów, wymaga dalszych badań.

Patogeneza

Etiologia zachowań uzależniających jest nieznaną, ale prawdopodobnie obejmuje czynniki psychologiczne, neurobiologiczne i kulturowe. Według modelu psychologicznej regulacji afektu u podłoża każdego uzależnienia leży potrzeba regulowania stanów emocjonalnych poprzez używanie substancji psychoaktywnej (alkoholu, leków, narkotyków, dopalaczy, nikotyny) lub podejmowanie zachowań nałogowych. Można zatem przyjąć, że przynajmniej w części przypadków do uzależnienia dochodzi w związku z występowaniem problemów natury psychologiczno-psychiatrycznej.

W patogenezie rozwoju uzależnień nie można także pominąć roli czynników społecznych, do których zaliczamy chęć przynależności do grupy rówieśniczej, chęć by być postrzeganym jako osoba fajna i wyluzowana. Rola czynników społecznych w patogenezie uzależnień jest szczególnie widoczna u nastolatków i młodych dorosłych. Podobnie jak w przypadku uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u pacjentów z uzależnieniami behawioralnymi częściej niż w populacji ogólnej diagnozuje się zaburzenia depresyjne, chorobę afektywną dwubiegunową, zaburzenia osobowości, objawy dysocjacyjne, różnego rodzaju natręctwa.

Zazwyczaj podnosi się istnienie dwóch mechanizmów odpowiadających za współwystępowanie uzależnień i zaburzeń psychicznych. W pierwszym zachowania uzależniające spełniają funkcje łagodzenia problemów oraz samoleczenia. Jest to tzw. model samoleczenia. Mechanizm ten najczęściej pojawia się w przypadku występowania objawów depresyjnych oraz lękowych jako element łagodzenia objawów. Zachowania uzależniające mogą stać się sposobem radzenia sobie z trudnościami w nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji, trudnościami w rozwiązywaniu konfliktów, z nadmiernymi oczekiwaniami wobec siebie lub ze strony otoczenia, poczuciem, że nie jest się dość dobrym, lękiem przed oceną. Podejmowanie zachowań uzależniających może również być związane z potrzebą rozładowywania napięcia czy być wynikiem trudności z kontrolą impulsów (np. w ADHD). W tym mechanizmie uzależnienie jest skutkiem doświadczanych problemów.

Drugi mechanizm współwystępowania zaburzeń psychicznych i uzależnienia związany jest z tym, że uzależnienie staje się przyczyną problemów ze zdrowiem psychicznym. W przebiegu uzależnienia mogą pojawiać się różnorodne zespoły objawów np. depresyjnych, lękowych, zaburzeń snu, może także dojść do aktywacji zaburzeń psychotycznych (zazwyczaj jest to związane z używaniem substancji psychoaktywnych). Niezależnie jednak od mechanizmu pojawienia się objawów, badania wskazują, że psychiatryczna choroba współistniejąca jest powszechna. Częste, zwłaszcza u osób z uzależnieniem behawioralnym, jest występowanie zaburzeń nastroju, lęku, zaburzeń kontroli impulsów i używania substancji psychoaktywnych. W przypadku współwystępowania uzależnienia behawioralnego i psychozy nie ma powszechnie obowiązującego modelu etiologicznego wyjaśniającego związek między psychozą a uzależnieniem. Wbrew oczekiwaniom model samoleczenia nie zo-

stał potwierdzony empirycznie, podczas gdy model psychologicznej regulacji afektu, model wrażliwości na stres oraz neurobiologiczny model wspólnego czynnika dysfunkcji regulacji dopaminy w mezo-kortykolimbicznym układzie nagrody mają pewne poparcie empiryczne. Takie rozumienie powiązań różnych problemów i zaburzeń powoduje, że diagnoza i terapia uzależnienia staje się procesem długotrwałym i obejmującym wszystkie sfery psychologicznego funkcjonowania pacjenta. Do poradni leczenia uzależnień czy poradni zdrowia psychicznego trafiają osoby uzależnione, charakteryzujące się różnym stanem psychicznym i somatycznym, wymagające zróżnicowanej opieki medycznej, psychologicznej i socjalnej. W konsekwencji często zdarza się, że w skutecznej terapii uzależnień powinni wspólnie brać udział psychoterapeuta uzależnień i psychiatra.

Najczęstsze zaburzenia psychiczne współwystępujące z uzależnieniem

Najczęściej zgłaszanymi i badanymi zaburzeniami współistniejącymi z zachowaniami uzależniającymi są problemy związane z eksternalizacją, takie jak zaburzenia zachowania oraz zespół opozycyjno-buntowniczy (ODD), ale często występują również problemy internalizacyjne, takie jak zaburzenia lękowe czy duża depresja.

W przebiegu uzależnienia pojawiają się problemy we wszystkich obszarach funkcjonowania osoby uzależnionej. Problemy te dotyczą sfery zdrowia, w tym zdrowia psychicznego, sfery zawodowej, społecznej oraz rodzinnej. Trudno o wyznaczenie jednej wyraźnej granicy, kiedy uzależnienie stanowi konsekwencję zaburzeń psychicznych, a kiedy jest ich przyczyną. Ważne jest jednak to, że niemal zawsze w przebiegu uzależnienia mamy do czynienia z problemami natury psychiatrycznej. Problemy te, podobnie jak samo uzależnienie, mogą mieć różny charakter, stopień nasilenia i przebieg. Ważne jest diagnozowanie zaburzeń towarzyszących uzależnieniu, bo bez podjęcia ich prawidłowego leczenia wyjście z uzależnienia jest bardzo utrudnione, a niekiedy wręcz niemożliwe.

Tabela 9.1. Współwystępowanie wybranych uzależnień behawioralnych z zaburzeniami związanymi z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych

| Uzależnienia behawioralne | Współwystępowanie z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji |
|----------------------------------|--|
| Patologiczny hazard | 35–63% |
| Uzależnienie od internetu | 38% |
| Kompulsywne kupowanie | 21–46% |
| Kompulsywne zachowania seksualne | 64% |

Źródło: Grant J.E., *Zaburzenia kontroli impulsów: Przewodnik kliniczny dotyczący zrozumienia i leczenia uzależnień behawioralnych*, New York, NY: Norton Press, 2008.

Bardzo często specjaliści w praktyce klinicznej mają do czynienia z sytuacją współwystępowania kilku rodzajów uzależnień. Dotyczyć to będzie zarówno uzależnień od substancji psychoaktywnych, jak i uzależnienia od nowych technologii i hazardu. W zależności od rodzaju towarzyszącego uzależnieniu zaburzenia psychicznego różnie będzie przebiegać leczenie.

Depresja

Szacuje się, że współwystępowanie depresji z uzależnieniami wynosi od 11% do 32%, jest jednym z najczęstszych rozpoznań psychiatrycznych towarzyszących uzależnieniu. Przyjmuje się, że około 10% uzależnień powstaje w wyniku próby leczenia zaburzeń nastroju. Depresja, w zależności od rodzaju uzależnienia, występuje z różną częstotliwością. Zgodnie z aktualnie obowiązującą w Polsce klasyfikacją ICD-10, żeby rozpoznać depresję, musi być spełnione kryterium objawów oraz kryterium określonego czasu ich trwania.

Rozpoznanie depresji jest możliwe, gdy można stwierdzić występowanie minimum dwóch z trzech podstawowych objawów depresji, czyli obniżenie nastroju, utrata zainteresowań i zdolności do radowania się (anhedonia), zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności oraz minimum dwóch spośród następujących objawów: osłabienie koncentracji i uwagi, niska samoocena i mała wiara w siebie, poczucie winy i niskiej wartości, pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości, myśli i próby samobójcze, zaburzenia snu, zmniejszony apetyt. W depresji obniżony nastrój stwierdzany występuje przez większą część dnia i niemal codziennie (u dzieci lub młodzieży zamiast nastroju obniżonego może występować nastrój drażliwy). Zgłaszane objawy depresyjne sprawiają istotne cierpienie lub upośledzają funkcjonowanie społeczne, zawodowe lub inne ważne obszary życia. Bardzo ważne jest, aby przy rozpoznawaniu depresji w przebiegu uzależnień stwierdzić, że nie ma podstaw, aby wystąpienie objawów depresyjnych przypisywać działaniu substancji przyjmowanych przez pacjenta lub innym przyczynom medycznym związanym ze stanem zdrowia pacjenta. W klasyfikacji diagnostycznej ICD-11 WHO (aktualnie w Polsce obowiązuje jeszcze klasyfikacja ICD-10) epizod depresyjny jest definiowany przez jednoczesną obecność co najmniej pięciu z listy dziesięciu objawów, które muszą występować przez większość dnia, prawie codziennie, przez co najmniej 2 tygodnie. Tymi objawami są: obniżony nastrój lub wyraźnie zmniejszone zainteresowanie oraz przyjemności z zajęć. Zaburzenie nastroju musi skutkować znacznym upośledzeniem czynnościowym i nie może być przejawem innego stanu zdrowia, spowodowanego działaniem substancji lub żałobą. Pozostałe objawy to: zmniejszona zdolność koncentracji i utrzymania uwagi lub wyraźne niezdecydowanie, przekonanie o niskiej własnej wartości lub nadmierne lub niewłaściwe poczucie winy, beznadziejność dotycząca przyszłości, nawracające myśli o śmierci lub myśli samobójcze lub dowody próby samobójczej, znacznie zakłócony sen lub nadmierny sen, znaczące zmiany apetytu lub wagi, pobudzenie psychoruchowe lub opóźnienie oraz zmniejszony poziom energii lub zmęczenie.

Na liście znajduje się jeden objaw (beznadziejność), który nie występuje w kryteriach DSM-5 dla dużej depresji, ale który okazał się silniejszy niż około połowa objawów z listy DSM w różnicowaniu osób ze skłonnościami depresyjnymi i niedepresyjnymi. Suicydolog Maurizio Pompili dokonał przeglądu literatury z lat 1980–2011, która dotyczyła związku pomiędzy zachowaniami samobójczymi a nadużywaniem substancji psychoaktywnych wśród młodzieży. Badanie ujawniło silny związek prób samobójczych z nadużywaniem środków odurzających. Do czynników ryzyka zaliczono zaburzenia nastroju, stresogenne doświadczenia na przestrzeni życia, problemy interpersonalne, słabe wsparcie społeczne, samotność oraz poczucie beznadziejności.

Zaburzenia lękowe

Współwystępowanie zaburzeń lękowych z zaburzeniami uzależnienia oceniane jest na 7% do 40%. Podstawowym objawem charakterystycznym dla grupy zaburzeń lękowych jest odczuwanie nieadekwatnego do okoliczności, nieracjonalnego, nasilonego lęku/strachu. W zaburzeniach lękowych uogólnionych będzie to tzw. lęk wolnopłynący, niemożność odprężenia się, stałe uczucie napięcia, często połączone z manifestacją somatyczną. Objawami najczęściej zgłaszanymi przez pacjentów są różnego rodzaju dolegliwości bólowe, objawy z klatki piersiowej – kołatanie serca, uczucie duszenia się, dławienia, dolegliwości dyspeptyczne, nudności, biegunki, zaparcia, uczucie dyskomfortu w jamie brzusznej, nadmierne pocenie się, suchość w ustach, drżenia, drętwienia, poczucie derealizacji. Niekiedy pojawia się poczucie nadmiernej czujności, drażliwość. Pacjenci cechują się tendencjami do myślenia katastroficznego, zamartwiania się i aby poradzić sobie z objawami, stosują nadmierną kontrolę. Lęk ma charakter uporczywy, nie ma on także odzwierciedlenia w rzeczywistym zagrożeniu.

Częstymi objawami, wiążącymi się z lękiem, są trudności z koncentracją uwagi i uczucie pustki w głowie związane z niepokojem i obawami oraz zaburzenia snu. U około 90% osób z lękiem uogólnionym współwystępują inne zaburzenia lękowe. Najczęściej pojawiają się objawy lęku napadowego oraz agorafobii. Nierzadko pacjenci relacjonują objawy lęku społecznego.

Agorafobia to zaburzenie nerwicowe, w którym pacjenci relacjonują występowanie lęku przed otwartą przestrzenią, zamkniętymi pomieszczeniami, w których znajduje się dużo osób oraz brakiem możliwości ucieczki. Osoby z agorafobią unikają lękotwórczych sytuacji i miejsc, dlatego też często agorafobia skutkuje niemal całkowitym wycofaniem się z życia, brakiem aktywności poza środowiskiem domowym. W lęku społecznym (fobii społecznej) występuje silna obawa przed znalezieniem się w centrum uwagi lub obawa zachowania się w sposób, który okaże się kłopotliwy lub kompromitujący, dlatego też osoby z fobią społeczną unikają sytuacji, w których mogłyby się znaleźć w centrum uwagi lub w sytuacjach związanych z obawą zachowania się w sposób, który okaże się kłopotliwy lub kompromitujący. Do rozpoznania lęku społecznego niezbędne jest stwierdzenie występowania co najmniej dwóch z wymienionych objawów: odczucie bicia lub

ciężaru serca, albo przyspieszenie jego czynności, pocenie się, drżenie lub dygotanie, suchość w jamie ustnej niespowodowana lekami ani odwodnieniem, utrudnione oddychanie, uczucie dławienia się, ból lub dyskomfort w klatce piersiowej, nudności lub nieprzyjemne doznania brzuszne, zawroty głowy, brak równowagi, wrażenie omdlewania, uczucie oszołomienia, poczucie nierealności przedmiotów (derealizacja) albo dystansu czy „nierealności” samego siebie (depersonalizacja), obawa utraty kontroli, „zwariowania”, wyłączania się, obawa śmierci, uderzenia gorąca, zimne dreszcze, poczucie drętwienia, swędzenia. Pojawia się niska samoocena i strach przed krytyką. Wydaje się, że osoby z zaburzeniami lękowymi są szczególnie podatne na rozwinięcie się u nich uzależnień behawioralnych. Wycofanie się w swój własny świat, niska samoocena, lęk przed oceną, wychodzeniem z domu, dużymi grupami ludzi czy otwartymi przestrzeniami w sposób naturalny popycha te osoby do „zapełniania” czasu oraz stwarzania pozorów normalnego funkcjonowania w ramach gamingu czy nadmiernego korzystania z internetu. Osoby takie wydają się szczególnie narażone na występowanie zachowań uzależniających. W większości badań oceniających współwystępowanie zaburzeń lękowych i uzależnień potwierdzano ich częstsze występowanie niż w populacji ogólnej. Badania potwierdziły istnienie związku pomiędzy uzależnieniem od nowych technologii a występowaniem bezsenności, stresu i lęku. Badania pokazują, że interwencje terapeutyczne stosowane w zaburzeniach lękowych i uzależnieniu poprawiają ogólne funkcjonowanie pacjentów. Stosowanie oddziaływań w przypadku jednego zaburzenia może pomóc w zmniejszeniu częstości występowania drugiego zaburzenia, albo poprzez zmianę wspólnego czynnika ryzyka (środowisko rodzinne), albo poprzez zmniejszenie zaburzenia podtrzymującego (lęk sprzyjający nadużywaniu substancji). Na przykład interwencje w przypadku uzależnienia od nowych technologii mogą sprzyjać pozytywnemu postrzeganiu własnej skuteczności (mechanizm ochronny zarówno dla lęku, jak i depresji) bezpośrednio poprzez zwiększenie poczucia wpływu, sprawczości, poprawę samooceny, promowanie pozytywnego postrzegania siebie i osobistego sukcesu. Ponadto terapia rodzinna/małżeńska ma na celu kształtowanie pozytywnej postawy partnerskiej/rodzicielskiej, która z kolei może silnie przyczyniać się do zwiększania poczucia bezpieczeństwa i poprawy poczucia własnej wartości (szczególnie jest to istotne u młodzieży), co zmniejsza ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych i lękowych. Możliwe jest również, że wymienna skuteczność interwencji stosowanych zarówno w lęku, depresji oraz uzależnieniach spowodowana jest działaniem na podobne mechanizmy zmiany zachowania.

Diagnostyka i leczenie depresji i zaburzeń lękowych u osób z zachowaniami uzależniającymi

W każdym przypadku podejrzenia współwystępowania zaburzeń psychicznych w przebiegu uzależnienia niezbędne jest poszerzenie wywiadu klinicznego o objawy występujące w depresji i zaburzeniach lękowych. Niektórzy specjaliści uważają wręcz, że granie/internet/nadmierne korzystanie z mediów społecznościowych mogą być

objawem ukrytego problemu, takiego jak depresja lub lęk, a nie tylko samym zaburzeniem lub uzależnieniem. Pomocne może być użycie narzędzi diagnostycznych do oceny nasilenia objawów. W przypadku depresji najczęściej używaną skalą jest skala depresji Becka. Jest to skala samooceny, a więc pacjent wypełnia ją samodzielnie. Wyniki skali nie przesądzają o postawieniu diagnozy, stanowią element pomocniczy, pozwalający na jej postawienie. Skala ta składa się z 21 pytań, w każdym z nich pacjent ocenia występowanie i nasilenie objawów depresyjnych w skali od 0 – brak objawu do 3 punktów – bardzo duże nasilenie objawu. W interpretacji wyników brana jest pod uwagę liczba uzyskanych przez pacjenta punktów.

Wyniki w zakresie od 0 do 11 oznaczają brak depresji. W przypadku, gdy pacjent zgłasza w okresie wypełniania skali Becka pogorszenie samopoczucia, to należy powtórzyć test po 7 dniach i porównać wyniki. Wyniki w przedziale od 12 do 19 mogą oznaczać wystąpienie depresji łagodnej. Wyniki takie wymagają poszerzenia diagnostyki, w wyjątkowych sytuacjach, np. przy zgłaszanych myślach samobójczych, dodatkowo potrzebna jest konsultacja psychiatryczna. Zazwyczaj nie są wskazaniem do włączenia farmakoterapii.

Wyniki w zakresie od 20 do 25 mogą świadczyć o wystąpieniu objawów depresji umiarkowanej. Punktacja w tym przedziale sugeruje konieczność konsultacji psychiatrycznej oraz włączenia farmakoterapii. Wyniki w przedziale od 26 do 63 najczęściej oznaczają wystąpienie u pacjenta epizodu depresji ciężkiej. Jeśli pacjent uzyska w skali Becka powyżej 26 punktów konieczna jest konsultacja psychiatryczna w trybie pilnym.

Niekiedy w diagnostyce depresji używana jest skala Hamiltona. W przeciwieństwie do skali Becka, która jest narzędziem do samooceny pacjenta, skalę Hamiltona wypełnia pracownik medyczny na podstawie wywiadu i obserwacji pacjenta. Występuje ona w dwóch wariantach: 17 pytań i 21 pytań, najczęściej jednak używana jest wersja krótsza. W każdym pytaniu można zaznaczyć nasilenie objawów w skali od 0 do 4 punktów. Uzyskanie wyniku poniżej 7 punktów oznacza brak depresji, wynik od 7 do 12 punktów – depresję łagodną, od 13 do 17 punktów – depresję umiarkowaną. Wynik pomiędzy 18 a 29 punktów może oznaczać depresję ciężką, a powyżej 30 punktów depresję bardzo ciężką.

W skali depresji Hamiltona oceniane są takie elementy epizodu depresji, jak nastrój depresyjny, poczucie winy, zniechęcenie do życia, myśli, tendencje samobójcze, zaburzenia snia oraz zasypiania, aktywność złożona, praca, spowolnienie, zahamowanie, niepokój, podniecenie ruchowe, lęk, objawy somatyczne ogólne, utrata zainteresowania seksem, hipochondria, utrata wagi, krytycyzm (wgląd). Postępowanie jest analogiczne jak w przypadkach wyników uzyskanych w skali Becka. Depresja łagodna – obserwacja pacjenta, kontynuacja oddziaływań terapeutycznych. W przypadku depresji umiarkowanej zalecana jest konsultacja psychiatryczna, rozważenie farmakoterapii. Natomiast przy depresji ciężkiej konieczna jest konsultacja psychiatryczna i farmakoterapia. Depresja bardzo ciężka wymaga pilnej konsultacji psychiatrycznej i wdrożenia farmakoterapii.

Tabela 9.2. Diagnoza i postępowanie¹

| Zaburzenie | Narzędzia diagnostyczne | Postępowanie |
|-----------------|---|---|
| Depresja | Skala Becka Skala Hamiltona Skala Raskin | Lekka – obserwacja, techniki redukcji stresu, relaksacyjne, kontynuacja dotychczasowych oddziaływań terapeutycznych. Umiarkowana – konsultacja psychiatryczna, wskazana farmakoterapia, techniki redukcji stresu, kontynuacja oddziaływań terapeutycznych. Ciężka – pilna konsultacja psychiatryczna, konieczna farmakoterapia – w depresji ciężkiej pacjent jest niezdolny do uczestnictwa w zajęciach grupowych, wskazana terapia wspierająca, oddziaływania indywidualne CBT, treningi redukcji stresu, techniki relaksacji. |
| Lęk uogólniony | Skala GAD-7 | Przy objawach w sposób nieznacznie wpływających na funkcjonowanie pacjenta zalecana jest obserwacja, wdrożenie technik relaksacyjnych, kontynuacja dotychczasowych oddziaływań terapeutycznych. Zalecana jest aktywność fizyczna. Przy nasilonych objawach lękowych wpływających na funkcjonowanie pacjenta rekomendowana jest farmakoterapia. |
| Fobia społeczna | <i>The Leibowitz Social Anxiety Scale – LSAS</i> <i>Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI)</i> | Przy nasilonych objawach lękowych wpływających na funkcjonowanie pacjenta rekomendowana jest farmakoterapia. |
| Lęk paniczny | Narzędzia do oceny nasilenia lęku napadowego dostępne są w wersji angielskiej na stronie www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/dsm-5/online-assessment-measures | Psychoedukacja. Pomocne w pracy z napadami lęku są następujące techniki relaksacyjne: progresywna relaksacja mięśni Jacobsona, trening autogenny Schultza, wizualizacja. Przy nasilonych objawach lękowych wpływających na funkcjonowanie pacjenta rekomendowana jest farmakoterapia. |
| Psychozy | Wywiad | Przez cały okres terapii ścisła współpraca z lekarzem psychiatrą; konieczna jest farmakoterapia. |

¹ Zalecenia te powinny być wykorzystywane do usprawnienia podejmowania decyzji klinicznych, a nie jako jedyna podstawa do postawienia diagnozy klinicznej.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie literatury ujętej w bibliografii i doświadczenia klinicznego.

Narzędzia do oceny nasilenia lęku napadowego dostępne są w wersji angielskiej na stronie www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/dsm-5/online-assessment-measuresX

W ocenie występowania zaburzeń lękowych uogólnionych pomocna jest skala GAD-7. Składa się ona z 7 pytań, które są oceniane w skali od 0 do 3, a maksymalna liczba punktów, którą może uzyskać pacjent, wynosi 21. Wynik poniżej 5 punktów oznacza brak zaburzenia, 6-10 punktów łagodne nasilenie objawów, 11-15 umiarkowane, natomiast uzyskanie wyniku powyżej 15 punktów oznacza ciężkie nasilenie zaburzeń. Skala ta może być również stosowana przy objawach lęku społecznego.

Tabela 9.3. Oddziaływania skuteczne w terapii uzależnień i współtowarzyszącej depresji i zaburzeniach lękowych w grupie nastolatków

| Rodzaje interwencji terapeutycznych | Stosowane techniki | Czas |
|---|---|--|
| Krótką strategiczną terapią rodzin BSFT | Techniki interwencyjne i systemowe – stosowane głównie u nastolatków. Nacisk kładziony jest na identyfikację charakteru interakcji w rodzinie i zmianę tych interakcji, które są nieprzystosowawcze. | 12–16 sesji w okresie 4 miesięcy i do 8 sesji „boosterowych” |
| Programy terapeutyczne adresowane do młodzieży uzależnionej TAU | Jedno lub więcej z następujących: terapia indywidualna i/lub grupowa, grupy szkoleniowe dla rodziców, terapia rodzinna i zarządzanie przypadkiem, co najmniej 1 sesja interwencyjna na tydzień. | 12–16 sesji |
| Programy terapeutyczne oparte na technikach terapii behawioralno-poznawczej CBT | Stosowanie interwencji opartych na uważności: <i>mindfulness-based therapies</i> , MBT, treningów redukcji stresu opartych na uważności <i>mindfulness-based stress reduction</i> lub terapii poznawczej opartej na uważności <i>mindfulness-based cognitive therapy</i> , terapii akceptacji i zaangażowania <i>acceptance and commitment therapy</i> , ACT. | 8–16 sesji |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie literatury wskazanej w bibliografii.

Pomocna w ocenie nasilenia lęku może być skala lęku społecznego Leibowitza (*The Leibowitz Social Anxiety Scale – LSAS*), która pozwala ocenić nasilenie fobii społecznej oraz jej wpływu na codzienne funkcjonowanie. Wyniki uzyskane w skali mają wartość pomocniczą podczas ustalania programu terapeutycznego dla pacjenta. Przy bardzo nasilonej fobii społecznej wskazana jest konsultacja psychiatryczna i rozważenie farmakoterapii. W układaniu programu terapeutycznego dla pacjenta uzależnionego należy uwzględnić jego aktualne zasoby, które mogą ulec ograniczeniu w związku ze współwystępowaniem objawów depresji czy lęku. Przykładowo pacjent z fobią społeczną będzie

miał kłopoty z funkcjonowaniem w terapii grupowej bądź zajęciach wspólnych, wymagających aktywności i narażających go na ocenę. Brak wsparcia dla takiej osoby może być przyczyną przerwania przez nią terapii. Podobnie pacjent z lękiem uogólnionym może komunikować się z terapeutą/grupą terapeutyczną za pomocą objawów, nadmiernie skupiać na sobie uwagę z powodu odczuwanych dolegliwości, przerywać spotkania np. poprzez doświadczanie napadu paniki, a w konsekwencji skupiać się bardziej na przeżywanych dolegliwościach niż pracy terapeutycznej. Pacjenci depresyjni mogą mieć problem z utrzymaniem uwagi czy zapamiętywaniem, zwiększona męczliwość natomiast będzie utrudniała uczestnictwo w zajęciach. W farmakoterapii współwystępowania zaburzeń depresyjnych oraz lękowych z uzależnieniem lekami pierwszego rzutu są SSRI. Przed włączeniem leków u osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych zalecane jest wykonanie EKG oraz badań laboratoryjnych ze szczególnym uwzględnieniem parametrów wątrobowych i trzustkowych – ASPAT, ALAT, bilirubina, amylaza oraz poziomu elektrolitów – K, Na. Rekomendowane jest wykonanie morfologii, poziomu żelaza, poziomu witaminy B12, kreatyniny, poziomu glukozy. Przy zgłaszanych przez pacjenta nasilonych dolegliwościach bólowych niekiedy wskazane jest poszerzenie diagnostyki o USG jamy brzusznej.

Zaburzenia snu

Zaburzenia snu występują częściej u osób z zachowaniami uzależniającymi niż w populacji ogólnej. W grupie osób uzależnionych od alkoholu u prawie 1/5 osób występowały zaburzenia snu. Ocenia się, że w przypadku uzależnień behawioralnych zaburzenia snu występują przynajmniej z taką samą częstością. Konsekwencje zaburzeń snu mogą być istotne dla ogólnego funkcjonowania pacjenta. W przypadku zaburzeń snu pogorszeniu ulega jakość życia, pojawiają się zaburzenia poznawcze, zmęczenie, spadek energii, częściej też występują zaburzenia depresyjne. W leczeniu bezsenności stosuje się oddziaływania poznawczo-behawioralne, treningi higieny snu. W przypadku uporczywej bezsenności można stosować leki przeciwdepresyjne o działaniu nasennym oraz leki przeciwpsychotyczne w bardzo niskich dawkach o potencjale usypiającym i pogłębiającym sen. Rekomendowane jest używanie niewielkich dawek trazodonu, mianseryny, mirtazapiny, kwetiapiny, chloprotixenu, promazyny. U pacjentów nie można stosować leków o wysokim potencjale uzależniającym, takich jak benzodiazepiny czy leków typowo nasennych, jak zolpidem, zopiklon czy zaleplon.

Zaburzenia psychotyczne w przebiegu uzależnień

Aktualnie brak jest jednoznacznych danych na temat współwystępowania uzależnień behawioralnych i zaburzeń psychotycznych. Problem ten stosunkowo rzadko poruszany jest w dostępnej literaturze przedmiotu. Prowadzone od kilkudziesięciu lat badania nad skutecznością leczenia pacjentów ze współwystępującą psychozą i uza-

leżnieniem, w głównej mierze dotyczą pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Badania pokazują, że niemal połowa pacjentów ze schizofrenią rozwija w ciągu życia zaburzenia używania substancji psychoaktywnych, z tego około jedna trzecia nadużywa alkoholu, a około jedna czwarta nadużywa innych substancji uzależniających. Badania nad terapią pacjentów z psychozą i uzależnieniami są tak niejednorodny, jak niejednorodna jest ta grupa pacjentów, dlatego trudno jest sformułować jednoznaczne zalecenia dotyczące terapii tych pacjentów. Wydaje się, że najbardziej skuteczne jest połączenie interwencji psychospołecznych, psychoterapeutycznych i farmakologicznych, elastycznie dostosowywanych do indywidualnych potrzeb pacjenta. Skuteczne programy leczące pacjentów z doświadczeniem psychozy i z uzależnieniem zazwyczaj obejmują dialog motywujący, interwencje poznawczo-behawioralne specyficzne dla schizofrenii i uzależnień, interwencje, które mogą zmniejszyć używanie substancji, takie jak zapobieganie nawrotom, interwencje kryzysowe oraz interwencje rodzinne/terapię systemową. Konieczne jest łączenie oddziaływań terapeutycznych i farmakoterapii. W ramach farmakoterapii rekomenduje się stosowanie leków przeciwpsychotycznych II generacji. Pacjenci z rozpoznanymi zaburzeniami psychotycznymi i uzależniającymi powinni być objęci długoterminowym procesem terapeutycznym.

Farmakoterapia w uzależnieniach behawioralnych

Choroby współistniejące z uzależnieniami behawioralnymi leczy się zgodnie ze wskazaniami klinicznymi. Brak jest przeciwwskazań do stosowania jakiejkolwiek grupy leków z powodu występowania uzależnienia behawioralnego. Niezalecane jest stosowanie leków nasennych krótko działających i leków benzodiazepinowych ze względu na ich wysoki potencjał uzależniający.

Pojawiły się doniesienia na temat korzystnego wpływu niektórych leków psychotropowych na przebieg uzależnienia behawioralnego. Wśród leków tych wymieniane są SSRI, stabilizatory nastroju oraz antagoniści receptora opioidowego. Lekami pierwszego rzutu w przypadku depresji, zaburzeń lękowych, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych są inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny. Wykazano ich skuteczność w leczeniu tych zaburzeń. Pomocniczo stosowane są również w zaburzeniach osobowości w celu łagodzenia impulsywności, napięcia wewnętrznego, wahań nastroju czy objawów depresyjnych.

Prowadzone dotychczas badania nad wykorzystaniem SSRI w leczeniu patologicznego hazardu nie potwierdzają jednoznacznie ich skuteczności. Leki stabilizujące nastrój są skuteczne w grupie osób, u których współwystępują zaburzenia afektywne dwubiegunowe, zaburzenia o podłożu organicznym, uzależnienie od substancji psychoaktywnych wraz z objawami patologicznego hazardu. Trzeba jednak pamiętać, że leki mogą wywoływać objawy niepożądane, dlatego należy uprzedzić pacjenta o możliwości ich wystąpienia. Najczęstsze z nich to nudności, spadek libido, brak łaknienia,

niepokój, bóle głowy. Objawy te zazwyczaj mają charakter krótkotrwały i samoistnie ustępują po kilkunastu dniach. Leki stosowane w zaburzeniach psychicznych:

- Depresja – SSRI, SNRI.
- Zaburzenia lękowe – SSRI, SNRI (głównie duloksetyna, wenlafaksyna), pregabalina, opipramol, buspiron.
- Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne – SSRI, SNRI, klomipramina.
- Zaburzenia osobowości – SSRI – głównie fluoksetyna, stabilizatory nastroju (głównie kwas walproinowy, lamotrygina).
- Zaburzenia snu – trazodon, mirtazapina, mianseryna.
- Choroba afektywna dwubiegunowa – stabilizatory nastroju.
- Schizofrenia/zaburzenia psychotyczne – głównie leki przeciwpsychotyczne II generacji.

Podsumowanie

Aktualne zalecenia obejmują jednoczesowe prowadzenie terapii uzależnień i zaburzeń współistniejących. Wyjątkiem są tu sytuacje zaostrzenia psychotycznego oraz ciężkich epizodów maniakalnych lub depresyjnych (szczególnie z zagrożeniem prób samobójczych), które wymagają intensywnego leczenia farmakologicznego i pobytu w stacjonarnym oddziale psychiatrycznym. Nie ma natomiast uzasadnienia przekonanie, że najpierw leczymy jedno zaburzenie, a dopiero w następnej kolejności zajmujemy się następnym. Konieczne jest natomiast uwzględnienie w planie terapeutycznym konsekwencji wynikających z podwójnej diagnozy. Plan ten powinien uwzględniać aktualny stan psychiczny pacjenta i wynikające z niego potrzeby terapeutyczne. Mogą być konieczne dodatkowe spotkania indywidualne, treningi relaksacyjne, interwencje kryzysowe, farmakoterapia. Pacjent powinien być systematycznie obserwowany i oceniany pod kątem występowania objawów zaburzenia psychicznego. Analizując dostępną literaturę przedmiotu, wydaje się, że najskuteczniejszą formą terapii jest model zintegrowany, który polega na równoczesnym prowadzeniu leczenia choroby psychicznej i uzależnienia przez ten sam zespół terapeutyczny.

Bibliografia

- Banz, B.C., Yip, S.W., Yau, Y.H., Potenza, M.N. (2016). Behavioral addictions in addiction medicine: from mechanisms to practical considerations. *Prog Brain Res.*, 223, s. 311-28. DOI: 10.1016/BS.PBR.2015.08.003. EPUB 2015 NOV 23. PMID: 26806783; PMCID: PMC6583773.
- Carli, V., Durkee, T., Wasserman, D., Hadlaczky, G., Despalins, R., et al. (2013). Związek między patologicznym korzystaniem z Internetu a współistniejącą psychopatologią: przegląd systematyczny. *Psychopatologia*, 46 (1), s. 1–13.
- Lorains, F.K., Cowlshaw, S., Thomas, S.A. (2011). Rozpowszechnienie współwystępujących zaburzeń w problemowym i patologicznym hazardzie: Przegląd systematyczny i metaanaliza badań populacyjnych. *Nalóg*, 106 (3), s. 490-8. [PubMed] [Google Scholar]

- Moggi, F. (2018). Epidemiologie, Ätiologie und Behandlung von Patienten mit Psychosen und komorbider Suchterkrankung [Epidemiology, etiology and treatment of patients with psychosis and co-morbid substance use disorder]. *Ther Umsch.* Jun; 75(1), s. 37-43. German. doi: 10.1024/0040-5930/a000964. PMID: 29909760.
- Petry, N.M., Zajac K., Ginley, M.K. (2018). Behavioral Addictions as Mental Disorders: To Be or Not To Be? *Annu Rev Clin Psychol.* May 7; 14, s. 399-423. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032816-045120. PMID: 29734827; PMCID: PMC5992581.
- Schou Andreassen, C., Billieux, J., Griffiths, M.D., Kuss, D.J., Demetrovics, Z., Mazzoni, E., Pallesen, S. (2016). The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychol Addict Behav.* Mar, 30(2), s. 252-62. doi: 10.1037/adb0000160. PMID: 26999354.
- Shlosberg, D., Zalsman, G., Shoval, G. (2014). Emerging issues in the relationship between adolescent substance use and suicidal behavior. *Isr J Psychiatry Relat Sci.*, 51(4), s. 262-267.
- Stein, D.J., Billieux, J., Bowden-Jones, H., Grant, J.E., Fineberg, N., Higuchi, S., Hao, W., Mann, K., Matsunaga H., Potenza, M.N., Rumpf, H.M., Veale, D., Ray, R., Saunders, J.B., Reed, G.M., Poznyak, V. (2018). Balancing validity, utility and public health considerations in disorders due to addictive behaviours. *World Psychiatry.* Oct, 17(3), s. 363-364. doi: 10.1002/wps.20570. PMID: 30192089; PMCID: PMC6127815.
- Younes, F., Halawi, G., Jabbour, H., El Osta, N., Karam, L., Hajj, A., Rabbaa Khabbaz, L. (2016). Internet Addiction and Relationships with Insomnia, Anxiety, Depression, Stress and Self-Esteem in University Students: A Cross-Sectional Designed Study. *PLoS One.* Sep 12, 11(9), s. e0161126. doi: 10.1371/journal.pone.0161126. PMID: 27618306; PMCID: PMC5019372.

ROZDZIAŁ 10

dr hab. n. med. Anna Mosiołek

Zaburzenia osobowości w terapii uzależnień behawioralnych

Występowanie osłabionej kontroli we wszystkich rodzajach uzależnień dało początek koncepcji uzależnień behawioralnych, tj. występowaniu objawów analogicznych do uzależnienia od substancji psychoaktywnych, ale z ukierunkowaniem behawioralnym innym niż przyjmowanie substancji psychoaktywnej. Szeroka gama czynników uzależniających obejmuje między innymi substancje psychoaktywne, żywność, seks, gry wideo, internet i hazard. Każdy z tych czynników może prowadzić do „stanu uzależnienia” poprzez szlaki neurobiologiczne częściowo pokrywające się z tymi zaangażowanymi w uzależnienie od substancji psychoaktywnych.

Charakterystyczną cechą wszystkich uzależnień behawioralnych jest powtarzający się wzorzec zachowania w jakimś obszarze funkcjonowania, który wpływa także negatywnie i dezorganizuje inne obszary życia. W tym aspekcie uzależnienia behawioralne są podobne do uzależnień od substancji psychoaktywnych. Wykazano wiele cech wspólnych pomiędzy uzależnieniami behawioralnymi a uzależnieniami od substancji psychoaktywnych. Zazwyczaj wskazuje się ich wczesny początek – pojawiają się w okresie adolescencji i wczesnej dorosłości, i mają określony wzorzec, który ma zazwyczaj charakter przewlekły i nawracający nawet po okresach abstynencji. Nawrót jest związany z odczuwaniem uczucia „napięcia lub podniecenia przed popełnieniem czynu” oraz „przyjemności, gratyfikacji lub ulgi w momencie popełnienia czynu” (ICD-11), związany jest z pragnieniem rozpoczęcia zachowania, a niedługo po rozpoczęciu określonego zachowania – zmniejsza się niepokój. Mechanizm wyzwalający nawrót jest podobny we wszystkich uzależnieniach. Ma on wyjściowo egodystoniczny charakter, chociaż z czasem może zmienić charakter na egosyntoniczny. Dzieje się tak w sytuacji, gdy zachowanie staje się przymusem oraz ma charakter łagodzenia objawów wtórnych do uzależnienia. Słaba kontrola emocji występująca zarówno w uzależnieniach behawioralnych, jak i od substancji psychoaktywnych przyczynia

się do odczuwania głodu zachowania bądź substancji. Większość pacjentów z uzależnieniami behawioralnymi zgłasza potrzebę zwiększenia intensywności zachowania, aby osiągnąć ten sam efekt poprawy samopoczucia. Jest to mechanizm analogiczny do zjawiska tolerancji w uzależnieniach od substancji psychoaktywnych.

Uzależnieniom behawioralnym towarzyszą straty w życiu osobistym oraz zawodowym, pojawiają się problemy finansowe, które mogą prowadzić do zachowań niezgodnych z prawem – kradzieży, defraudacji, fałszowania czeków. Do grupy uzależnień behawioralnych zaliczany jest hazard patologiczny, niektórzy badacze zaliczają tu także uzależnienie od miłości, uzależnienie od seksu, zakupów, pracy, operacji plastycznych/dbania o wygląd, uzależnienia od technologii. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób (ICD-11) Światowej Organizacji Zdrowia WHO uwzględniła kryteria diagnostyczne takich uzależnień, jak uzależnienia od gier komputerowych, hazardu oraz kompulsywne zachowania seksualne. Co do zasadności wyodrębniania pozostałych uzależnień behawioralnych nadal toczą się dyskusje. Aby przybliżyć problem zachowań uzależniających, warto pokrótce omówić każdą z propozycji. Uzależnienie od zakupów, podobnie jak uzależnienie od ćwiczeń czy uzależnienie od seksu, w klasyfikacji DSM-5 opisywane jest jako zaburzenie kompulsywnego kupowania w kontekście uzależnień behawioralnych. Uzależnienie od zakupów nie zostało jednak zdefiniowane w związku z niewystarczającymi danymi. Uzależnienie od miłości związane jest z występowaniem fiksacji i kompulsji w zainteresowaniach miłosnych. Jest to rozpoznanie niezwykle kontrowersyjne. Osoby uzależnione od miłości mają potrzebę za wszelką cenę zadowalania obiektu miłości, stawiają potrzeby innych ponad własne. Konsekwencjami takiego przeżywania mogą być określone zachowania behawioralne skutkujące niekiedy rozwodem, romansami, słabą wydajnością w pracy, konfliktem w związku, słabą koncentracją na codziennych zadaniach, uwikłaniem, przywiązaniem i stresem emocjonalnym, w tym lękiem i depresją. Charakterystyczny jest tu brak kontroli wspólny dla wszystkich uzależnień.

Kolejnym dyskusyjnym rozpoznaniem jest uzależnienie od chirurgii plastycznej/wyglądu. Są to takie zaburzenia zachowania o charakterze obsesji, które powodują, że osoba chce stale zmieniać swój wygląd poprzez poddawanie się zabiegom kosmetycznym/operacjom plastycznym. W ramach uzależnienia od technologii najczęściej wyróżnia się uzależnienie od gier wideo, internetu oraz mediów społecznościowych. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) zakwalifikowało „zaburzenie związane z grami internetowymi (IGD)” jako niezwerifikowaną potencjalną diagnozę, która wymaga dalszej analizy, z możliwością, że klasyfikacja ta może ulec zmianie. Natomiast ICD-11 uwzględnia *gaming* w kategorii uzależnień behawioralnych. Podobnie jak uzależnienie od gier, uzależnienie od internetu nie zostało wymienione w najnowszym wydaniu „Podręcznika diagnostyczno-statystycznego zaburzeń psychicznych DSM-5”, prowadzone są natomiast badania mające na celu pogłębienie wiedzy z tego obszaru. Aktualnie uzależnienie od internetu klasyfikowane jest najczęściej jako zaburzenie obsesyjno-kompulsywne lub zaburzenie kontroli impulsów.

W przypadku uzależnienia od mediów społecznościowych (niekiedy szeroko rozumianego jako uzależnienie od internetu) aktualnie za problematyczne uznaje się korzystanie z nich wówczas, gdy służą one rozładowywaniu napięcia, są metodą radzenia sobie ze stresem, samotnością lub depresją. Niestety problematyczne korzystanie z mediów prowadzi do wielu problemów interpersonalnych, które pogarszają samopoczucie, takich jak ignorowanie prawdziwych relacji życiowych, obowiązków oraz dbania o zdrowie. Prowadzi to do wystąpienia mechanizmu błędnego koła, bo osoby z uzależnieniem od mediów społecznościowych, próbując poradzić sobie ze swoimi problemami, niejako „nagrodzić się”, zwiększają czas korzystania z portali społecznościowych. Proces ten ma charakter cykliczny, a w jego efekcie zwiększa się poziom psychologicznej zależności od mediów społecznościowych. Model biopsychospołeczny uzależnień zakłada wzajemne przenikanie się czynników biologiczno-genetycznych, osobowościowych, psychologiczno-społecznych oraz społecznych.

Badania pokazują, że 50% wszystkich chorób psychicznych zaczyna się w wieku 14 lat, a 75% zaczyna się w wieku 24 lat. W tym okresie kształtują się także podstawowe cechy osobowości, które odpowiadają za sposób radzenia sobie i działania w środowisku społecznym. Wzorce te krystalizują się z końcem okresu dojrzewania lub we wczesnych latach dorosłości. W nieprawidłowo ukształtowanej osobowości wzorzec reagowania w sytuacjach stresowych, style radzenia sobie, wchodzenie w relacje i interakcje są nieadaptacyjne, pojawiają się także problemy behawioralne, które mogą różnić się formą i nasileniem. Są to deficyty w zakresie doświadczania emocji, funkcjonowania self (tożsamość, samoocena, adekwatny obraz siebie, samosterowność) oraz deficyty interpersonalne związane ze zdolnością do tworzenia i utrzymywania bliskich i satysfakcjonujących relacji, empatii czy zarządzania konfliktem w relacjach. O zaburzeniach osobowości mówimy, gdy wzorce te są trwałe, tzn. trwają minimum 2 lata. Co istotne, stwierdzone objawy nie mogą być bezpośrednim efektem zażywania leków lub substancji, lub efektem odstawienia, i nie mogą być lepiej wyjaśnione przez inne zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania, chorobę układu nerwowego albo inną przypadłość. Zaburzenia osobowości powodują distress, dyskomfort lub istotne upośledzenie funkcjonowania osobistego, rodzinnego, społecznego, edukacyjnego, zawodowego albo innego ważnego obszaru.

Zaburzenia osobowości

Prawidłowo ukształtowana osobowość to taka według Kernberga, która pozwala na adaptowanie się do swoich potrzeb czy też do otaczającej rzeczywistości. Zdrowa osobowość będzie umożliwiała prawidłowe funkcjonowanie w różnych sferach życia, co będzie dla osoby źródłem satysfakcji. W zaburzonej osobowości wystąpią *zakorzenione i utrwalone wzorce zachowań przejawiające się w mało elastycznych reakcjach na różnorodne sytuacje społeczne i indywidualne* (ICD-10). Gdy osobowość zostaje zaburzona, to zniekształceniu ulega jej funkcja integracyj-

na i inne jej zdrowe właściwości, co powoduje, że zachowania takiej osoby będą znacznie różnić się od przeciętnych w danej kulturze sposobów postrzegania rzeczywistości czy też myślenia. Takie zachowania będą się utrzymywać i wpływać na różne strefy funkcjonowania jednostki – od społecznej, przez emocjonalną, motywacyjno-popędową, po poznawczą. Osoba ta będzie więc bez wątpienia odczuwała pewne trudności w funkcjonowaniu społecznym, co również wpłynie na poziom jej cierpienia. Zaburzenia osobowości najczęściej obejmują kilka wymiarów osobowości. Niemal zawsze występuje odczuwanie znacznej przykrości osobistej i zerwanie więzi społecznych. Pojawiają się one już w okresie dzieciństwa lub adolescencji i utrzymują się w wieku dojrzałym.

Tabela 10.1. Kryteria rozpoznawania zaburzeń osobowości

| |
|--|
| Kryterium A – wzorzec ten musi ujawniać się przynajmniej w dwóch z następujących dziedzin: poznanie, emocjonalność, relacje międzyludzkie, kontrola odruchów. |
| Kryterium B – wzorzec ten musi być trwały i niezmienny oraz obejmować szeroki zakres sytuacji osobistych i społecznych. |
| Kryterium C – wzorzec ten prowadzi do stanu rozpaczki wymagającego interwencji klinicznej. |
| Kryterium D – wzorzec ten jest stabilny i długotrwały. Jego początki przypadają nie później niż na okres dojrzewania lub wczesnej dorosłości. |
| Kryterium E – tego wzorca nie można wyjaśnić objawami innego zaburzenia psychicznego. |

Źródło: ICD-10.

W klasyfikacji ICD-10 umieszczono zaburzenia osobowości w rozdziale zaburzenia osobowości i zaburzenia zachowania osób dorosłych, w podrozdziale specyficzne zaburzenia osobowości. Wyróżniono paranoiczne zaburzenia osobowości (F60.0), schizoidalne zaburzenia osobowości (F60.1), antyspołeczne zaburzenia osobowości (F60.2), zaburzenia osobowości chwiejnej emocjonalnie: typ impulsywny (F60.30) i borderline (F60.31), histrioniczne zaburzenia osobowości (F60.4), obsesyjno-kompulsywne zaburzenia osobowości (F60.5), unikające zaburzenie osobowości (F60.6), zależne zaburzenie osobowości (F60.7), inne określone zaburzenia osobowości: narcystyczne zaburzenia osobowości, bierno-agresywne zaburzenia osobowości (F60.8).

Można wyróżnić wiele typów zaburzeń osobowości i są one reprezentacją najczęstszych wzorców zachowań, gdzie po dogłębnym wywiadzie z pacjentem dominujące zachowanie powinno wskazać na daną kategorię zaburzenia.

W ICD-10 znajduje się również kategoria zaburzenia osobowości mieszane i inne. Odnosi się ona do takich stanów, które często sprawiają trudności z klasyfikacją, ale nie wyrażają się w określonych wzorcach zachowań czy objawach opisanych w wyróżnionych przez ICD-10 zaburzeniach osobowości.

Tabela 10.2. Podział zaburzeń osobowości według klasyfikacji ICD-10

| Osobowość | Cechy charakterystyczne |
|-----------------------|---|
| Paranoiczna | Nadmierna wrażliwość na niepowodzenia, niezdolność do wybaczenia zniewag, podejrzliwość i tendencja do zniekształcania doświadczeń przez opaczoną interpretację obojętnych, a nawet przyjaznych zachowań innych ludzi jako wrogich czy pogardliwych. Nawracająca podejrzliwość bez uzasadnienia, dotycząca seksualnej wierności współmałżonka czy partnera i nieustępliwość w obronie własnych praw. Może też występować tendencja do odwoływania się do nadmiernego poczucia własnej wartości oraz często przesadne odnoszenie wydarzeń do siebie. |
| Schizoidalna | Wycofanie z kontaktów emocjonalnych, społecznych i innych, tendencja do fantazjowania, działania w samotności i introspekcji. Występuje ograniczenie zdolności do wyrażania uczuć i odczuwania przyjemności. |
| Dyssocjalna | Lekceważenie zobowiązań społecznych, nieliczenie się z uczuciami innych, znacząca niewspółmierność pomiędzy zachowaniami a obowiązującymi normami społecznymi. Zachowanie to niełatwo ulega zmianie po różnych negatywnych doświadczeniach, włącznie z karaniem. Niski próg tolerancji na frustrację, niski próg zachowań agresywnych, w tym także czynów gwałtownych. Tendencja do obwiniania innych, uciekanie się do pozornie prawdopodobnych racjonalizacji zachowań, które powodują konflikty z otoczeniem. |
| Chwiejna emocjonalnie | Wyraźna tendencja do działań impulsywnych bez przewidywania konsekwencji tych działań. Nastroj zmienny i niedający się przewidzieć, skłonność do wybuchów emocjonalnych, niezdolność do kontrolowania działań impulsywnych, tendencja do zachowań zaczepnych i konfliktów z innymi, szczególnie wtedy, gdy te zachowania są potępiane lub kończą się niepowodzeniem. Typ impulsywny – niestabilność emocjonalna i brak kontroli działań impulsywnych. Typ borderline – dodatkowo zaburzony jest obraz samego siebie, swoich celów i preferencji, stałe uczucie pustki wewnętrznej, skłonność do wchodzenia w intensywne i nietrwałe związki z innymi oraz tendencja do zachowań samouszkodzających, w tym do gróźb i prób samobójczych. |
| Histrioniczna | Płytką i chwiejną uczuciowość, tendencja do dramatyzowania, teatralności, przesadna ekspresja emocjonalna, sugestywność, egocentryzm, pobłażliwość wobec siebie, nieuwzględnianie potrzeb innych, nadmierna drażliwość oraz pragnienie admiracji, uznania i potrzeba podniet. |
| Anankastyczna | Tendencja do niepewności, wątpliwości, perfekcjonizmu, nadmiernej skrupulatności, potrzeby sprawdzania i zajmowania się drobiazgami, sztywności, uporu i ostrożności. Mogą pojawiać się uporczywe, niepożądane myśli czy popędy, które nie osiągają nasilenia zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych. |

| | |
|-------------------|--|
| Lękliwa/unikająca | Uczucie napięcia, lęku, niepewności i poczucia niższości, pragnienie akceptacji i uznania, nadmierna wrażliwość na odrzucenie i krytykę, zawężenie osobistych więzi społecznych oraz tendencja do unikania niektórych działań przez stałe wyolbrzymianie potencjalnego zagrożenia lub ryzyka w codziennych sytuacjach. |
| Zależna | Bierne opieranie się na innych w podejmowaniu mniej lub bardziej ważnych decyzji życiowych, nadmierna obawa przed porzuceniem, poczuciem bezradności i niekompetencji, bierna uległość wobec życzeń starszych od siebie i innych oraz niedostateczne wypełnianie codziennych zadań. Brak motywacji i bierność może przejawiać się zarówno w sferze intelektualnej, jak i emocjonalnej. Często występuje skłonność do przenoszenia odpowiedzialności na innych. |

Podział zaburzeń osobowości na klastry/wiązki według DSM-5

DSM-5, czyli amerykański podręcznik diagnostyczno-statystyczny określa zaburzenia osobowości jako doświadczenie „znaczących upośledzeń w [sobie] i funkcjonowaniu interpersonalnym”, a także innych cech osobowości, które występują w tym samym czasie, są stabilne i spójne. DSM-5 dzieli zaburzenia osobowości na trzy wiązki/klastry (klastry A, B, C), w których znajdują się zaburzenia osobowości wykazujące się podobieństwem. W wiązce A umieszczone zostały zaburzenia osobowości charakteryzujące się podejrzliwością, dziwacznością, ekscentrycznością, w wiązce B osobowości teatralne, dramatyczne, natomiast w wiązce C – zaburzenia osobowości oparte na strachu/lęku. Podział ten wydaje się bardziej użyteczny klinicznie, gdyż przypisując pacjenta do określonej wiązki, można wstępnie ocenić jego zasoby i deficyty, co ułatwia pracę terapeutyczną.

Tabela 10.3. Podział zaburzeń osobowości według klasyfikacji DSM-5

| Klaster | Zaburzenia osobowości |
|---------|--|
| A | <p>Paranoidalna: charakteryzuje ją patologiczna nieufność do innych, nawet bliskich przyjaciół i członków rodziny, podejrzliwość, interpretowanie i zniekształcanie doświadczeń w celu uzasadnienia obaw przed prześladowaniem. Podstawową obroną ego w tym zaburzeniu osobowości jest projekcja: przypisywanie innym niewłaściwych myśli i emocji.</p> <p>Schizoidalna: oderwanie i zdystansowanie do tego stopnia, że uwaga jest skupiona wyłącznie na własnym życiu wewnętrznym, brak zainteresowania światem zewnętrznym oraz brak ochoty na intymne lub społeczne relacje, niedbanie o normy społeczne i potrzeby innych; rzadko, jeśli w ogóle, występuje odpowiednia reakcja emocjonalna na bodźce.</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>Zaburzenie schizotypowe: ekscentryczna mowa, zachowanie lub wygląd; niezwykle postrzeganie standardowych doświadczeń i nieoczekiwane wzorce myślowe. Może się to objawiać dziwnymi przekonaniem, podejrzliwością i obsesyjnymi myślami. Pacjenci ze schizotypowym zaburzeniem osobowości zwykle unikają kontaktów społecznych i uważają, że inni ludzie mogą im zaszkodzić. Różni się to od schizoidalnego zaburzenia osobowości tym, że osoby z tym zaburzeniem nie są zainteresowane interakcjami społecznymi, podczas gdy osoby ze schizotypowym zaburzeniem osobowości mogą aktywnie obawiać się spotkania z innymi ludźmi.</p> |
| B | <p>Aspołeczna: brak empatii oraz szacunku dla uczuć innych ludzi, brak zwracania uwagi na zasady społeczne, często pojawia się agresja, działania impulsywne, brak poczucia winy, nieelastyczność w zachowaniu.</p> <p>Borderline: uczucie pustki i opuszczenia, obawa przed odrzuceniem, długa historia intensywnych, ale krótkotrwałych związków, niestabilność emocjonalna, nastrój chwiejny, kapryśny, gwałtowne zachowania przemocowe i groźby samobójstwa.</p> <p>Histrioniczna: samopoczucie zależne od aprobaty i uwagi innych ludzi, ucieczka w dramatyzowanie, obsesyjne zainteresowanie wyglądem. Relacje społeczne i romantyczne są zazwyczaj powierzchowne, bardzo wrażliwi na krytykę i nie mogą w zdrowy sposób przetwarzać odrzucenia lub porażki. Im bardziej pacjent czuje się odrzucony, tym bardziej staje się histrioniczny.</p> <p>Narcystyczna: przesadne poczucie własnej ważności, wiara, że mają prawo do podziwu innych. Istnieje głębokie poczucie zazdrości wobec innych ludzi, które pojawia się jako oczekiwanie, że inni będą podobnie zazdrośni o samego pacjenta. Osoby z takim stopniem narcyzmu zwykle nie są empatyczni wobec uczuć innych i chętnie kłamią, aby dostać to, czego chcą.</p> |
| C | <p>Lękowa: lęk i unikanie, tendencja do przeżywania niepokoju, martwienia się, kontrolowania.</p> <p>Zależna: głęboka potrzeba zależności, opieki, lęk przed porzuceniem, niska samoocena, poczucie, że są niezręczni, nieatrakcyjni, unikanie sytuacji, w których nie czują się w pełni akceptowani, często idealizują opiekunów.</p> <p>Anankastyczna: obsesja na punkcie perfekcjonizmu utrudniająca normalne funkcjonowanie, skupianie się na szczegółach, listach, planach kosztem odpoczynku czy podtrzymywania relacji z innymi osobami. Potrzeba kontroli, strach przed podejmowaniem ryzyka, improwizacją.</p> |

Pacjenci uzależnieni mają więcej współlistniejących patologii osobowości w porównaniu z osobami nieuzależnionymi. Dużą rolę w mechanizmie uzależniania się przypisuje się takim cechom jak impulsywność, tendencja do przeżywania złości, wrogość oraz neurotyczność. Cechy te zwiększają ryzyko wystąpienia uzależnienia zarówno w młodszej grupie wiekowej, jak i osób starszych. Młodzi pacjenci trafiający do terapii uzależnień często prezentują objawy niedojrzałości emocjonalnej z niewielkim lub całkowitym brakiem poczucia odpowiedzialności, brakiem planu na życie, słabą wolą, niestabilnymi wzorcami moralnymi. Ocenia się, że u młodzieży i młodych dorosłych mających problem z uzależnieniem występuje wyższy poziom ekstrawersji, większa potrzeba stymulacji oraz otwartość. U uzależnionych pacjentów młodszych wiekowo dominują cechy zaburzenia osobowości z klastra B DSM-5, głównie osobowości borderline oraz dys socjalnej.

Osoby starsze zwykle wykazują niższe wskaźniki rozpowszechnienia zaburzeń osobowości borderline i dyssocjalnej podczas stosowania względem nich oficjalnych progów diagnostycznych, jednak pogłębienie diagnozy zazwyczaj ujawnia występowanie wyżej wymienionych zaburzeń osobowości. Zaobserwowano, że wraz z wiekiem zmniejsza się częstość uzależniania się w grupie osób z osobowością anankastyczną. Uważa się, że jest to związane ze zwiększeniem sumienności oraz perfekcjonizmu. Wykazano również, że osoby anankastyczne „wyrastają” z problemu.

Warto podkreślić, że pacjenci z zaburzeniami osobowości rzadko prezentują objawy, które pasują wyłącznie do jednej grupy. Zazwyczaj u pacjentów występuje pewna mieszanka objawów z różnych kategorii. Dla praktyków istotne jest, które objawy sprawiają pacjentowi największe problemy w funkcjonowaniu, jakie są zasoby tego pacjenta, a jakie ograniczenia wynikające z występowania cech nieprawidłowej osobowości, co daje możliwość opracowania indywidualnego planu terapeutycznego uwzględniającego te czynniki. W przypadku grupy pacjentów z uzależnieniem i zaburzeniami osobowości preferowana jest terapia w warunkach stacjonarnych. Badania pokazują, że uzależnieni pacjenci z zaburzeniami osobowości leczeni ambulatoryjnie mają większą liczbę nawrotów.

Tabela 10.4. Możliwe problemy terapeutyczne występujące w specyficznych zaburzeniach osobowości

| Rodzaj zaburzeń osobowości | Możliwe problemy w terapii |
|----------------------------|---|
| Paranoiczna | Duża nieufność, analizowanie i podważanie słów terapeuty, szukanie drugiego dna, pieniactwo. |
| Schizoidalna | Wycofanie, słaby kontakt werbalny i niewerbalny, pewna dziwaczność, „bycie obok”, terapeuta może mieć poczucie braku komunikacji i współpracy. |
| Dyssocjalna | Brak empatii, brak poczucia winy, skłonność do manipulacji, skłonność do używania przemocy, mogą pojawiać się próby uwodzenia czy zastraszania terapeuty. Próbuje podporządkować sobie terapeutę. |
| Chwiejna emocjonalnie | Rozszczepianie rzeczywistości, postrzeganie terapeuty jako bardzo dobrego bądź bardzo złego, idealizacja i dewaluacja w procesie terapii, skłonność do przekraczania granic, tendencja do manipulacji w mechanizmie „jak nie prośbą, to groźbą”, zachowania impulsywne, mogą pojawić się groźby samobójcze. |
| Histrioniczna | Tendencja do skupiania na sobie uwagi otoczenia, powierzchowność, przy tematach trudnych może pojawiać się somatyzacja. |
| Anankastyczna | Sztywność myślowa, drobiazgowość, perfekcjonizm, skupianie się na szczegółach, trudność w akceptowaniu zmiany i odstępstw od normy. |
| Lękliwa/unikająca | Unikanie trudnych tematów, bierne podporządkowywanie się. Niepewna, nieśmiała, wycofana, z poczuciem niższości. |
| Zależna | Bierne podporządkowywanie się, nieumiejętność sprzeciwiania się, próby wymuszenia opieki, brak pewności siebie. |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie ICD-10, ICD-11, DSM-5.

Osobowość skłonna do uzależnień

Mimo że kryteria rozpoznawania osobowości skłonnej do uzależnień nie zostały wyodrębnione w żadnej z oficjalnych klasyfikacji diagnostycznych, to jednak w literaturze przedmiotu można spotkać się z tym określeniem.

Osobowość skłonna do uzależnień jest określana jako taka, która jest bardziej podatna na uzależnienie od czegoś. Porównanie wyników metaanalizy korelatów osobowości osób z zaburzeniami używania substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu oraz uzależnień behawioralnych wskazuje, że cechą osobowościową wspólną dla uzależnień jest neurotyczność/negatywna emocjonalność. Natomiast odhamowanie/słaba kontrola i niska sumienność są charakterystyczne dla zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, niska ugodowość/elastyczność jest powiązana z uzależnieniami behawioralnymi oraz uzależnieniami od substancji psychoaktywnych. Wskazuje to, że nie ma jednego typu osobowościowego charakterystycznego dla osób uzależnionych. Prowadzone badania nie były w stanie wskazać cech osobowości skłonnej do uzależnień, wyodrębniły jednak cechę wspólną osób uzależnionych, którą jest wysoka negatywna emocjonalność.

Pomimo braku jednoznacznego wyodrębnienia cech osobowości skłonnej do uzależnień, to klinicznie obserwowane są pewne elementy wspólne. Zaliczamy do nich nonkonformizm, słabą kontrolę impulsów, niestabilność emocjonalną, tendencję do przeżywania negatywnego afektu, delegowanie odpowiedzialności na zewnątrz, zewnętrzne umiejscowienie kontroli, niską samoocenę, tendencję do szybkiego nudzenia się, poszukiwania wrażeń. Takie aspekty przeżywania jak psychotyczność, konflikt wewnętrzny, kompulsywność, zdolność do samokierowania mogą odgrywać dużą rolę w uzależnieniu od internetu. Badania wykazały związek między genetyką a zwiększoną podatnością na wystąpienie cech osobowości uzależniającej. Wykazano, że rodzice osób uzależnionych behawioralnie częściej cierpieli na zaburzenia depresyjne, lękowe lub uzależnienia behawioralne.

Opisywane w literaturze przedmiotu proponowane kryteria osobowości skłonnej do uzależnień (Dash i wsp., 2019) to:

- brak umiejętności radzenia sobie ze stresem,
- brak umiejętności rozwiązywania problemów,
- brak umiejętności nawiązywania relacji,
- wysoki neurotyzm oraz niska ekstrawersja,
- tendencja do przeżywania lęku,
- występowanie objawów depresyjnych,
- występowanie objawów zaburzeń odżywiania (psychogenne objadanie się),
- używanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w trakcie spotkań towarzyskich, aby się zrelaksować, poradzić sobie z jakąś trudną sytuacją,
- występowanie zachowań hazardowych,
- zbyt częste sprawdzanie telefonu lub mediów społecznościowych,

- zastępowanie partnerów seksualnych fałszywym poczuciem intymności,
- kompulsywne zakupy/nadmierne zakupy,
- podejmowanie zachowań ryzykownych/potrzeba stymulacji,
- brak odczuwania satysfakcji,
- niemożność zaprzestania używania szkodliwych substancji psychoaktywnych,
- niemożność ograniczenia innych szkodliwych działań.

Najczęściej podawanymi cechami, które charakteryzują osobowość skłoną do uzależnień, jest wysoka potrzeba stymulacji oraz słaba kontrola impulsów. Mogą one wywoływać potrzebę różnorodności, tendencję do szukania nowych nawyków (otwartość), które w konsekwencji mogą stać się przymusem lub uzależnieniami.

Cechy osobowości predysponujące do występowania zachowań uzależniających

Uzależnienia behawioralne stają się coraz poważniejszym problemem społecznym. Szczególnie szybko zwiększa się liczba osób uzależnionych od nowych technologii. Unikanie doświadczenia negatywnych bodźców, takich jak uczucia czy myśli generujących silny stres, odnosi się do strategii samoregulacji obejmującej wysiłki, które mają na celu próbę ich kontrolowania lub ucieczkę od nich. Ta strategia może być adaptacyjna w krótkim okresie, natomiast jest problematyczna, jeśli staje się nieelastycznym wzorcem. Może stać się przyczyną uzależniającego korzystania z nowych technologii, w tym internetu, telefonów komórkowych i gier wideo. Okazuje się jednak, że wzorec ten jest różny u kobiet i mężczyzn. Mężczyźni częściej uzależniali się od gier wideo niż kobiety.

Jeśli weźmie się pod uwagę czynniki osobowościowe, to niska sumienność była związana ze wszystkimi zachowaniami uzależniającymi. W przypadku uzależnień behawioralnych, zwłaszcza uzależnienia od internetu, podkreśla się znaczenie cech osobowości i zachowań predysponujących jednostkę do uzależnienia, takich jak: depresyjność, lęk, wrogość, agresja, impulsywność, objawy psychotyczne, nieśmiałość i zaburzenia samooceny. W literaturze dotyczącej tematyki uzależnień pojawia się określenie tzw. wielkiej piątki, a więc cech osobowościowych predysponujących do wystąpienia zachowań uzależniających. Do wielkiej piątki zaliczane są takie cechy, jak: ekstrawersja, ugodowość, sumienność, neurotyczność i otwartość. Warto podkreślić, że w zależności od rodzaju uzależnienia, może wystąpić różna konfiguracja tych cech.

Interesujące jest to, że w ramach jednego rodzaju uzależnienia może występować kilka podtypów różniących się podstawowymi cechami osobowości. W przypadku uzależnienia od zakupów wykazano, że jeden z podtypów to osoba neurotyczna o niskiej samoocenie, która poprzez zakupy poprawia sobie samoocenę (zgodny z samo-leczeniem), oraz podtyp osoby impulsywnej, która kupuje, poszukując stymulacji (poszukiwanie doznań). Podobnie zaproponowano także różne typy uzależnienia od pracy, w tym typ kompulsywny perfekcjonista oraz typ kontrolujący i impulsywny/nadpobudliwy.

Jak wynika z powyższej analizy, osoby uzależnione stanowią niezwykle heterogenną grupę. Można wyróżnić podstawowe cechy najczęściej występujące w poszczególnych rodzajach uzależnień, jednak podstawą diagnozy będzie prawidłowo przeprowadzony wywiad kliniczny i diagnoza zaburzeń osobowości.

W przypadku uzależnienia od hazardu, badania wskazują, że uprawianie hazardu nie jest jednorodnym zachowaniem, ponieważ istnieją różne rodzaje osób uzależnionych od hazardu w zależności od podejmowanych aktywności w tym obszarze. Najbardziej problematyczne zachowania prezentują osoby uzależnione od hazardu z dużą liczbą graczy (gracze ekstensywni), gracze w loterie elektroniczne oraz gracze kasynowi i tzw. prywatni gracze.

Cechy osobowościowe charakteryzujące poszczególne grupy osób uzależnionych od hazardu:

- gracze prywatni – wyższy poziom poszukiwania doznań, wyższy poziom wrogości i agresji,
- gracze z kasyn – wyższy poziom poszukiwania doznań, wyższy poziom wrogości i agresji, niższy poziom neurotyzmu, wyższy poziom towarzyskości,
- gracze z elektronicznych loterii – wyższy poziom poszukiwania doznań, wyższy poziom wrogości i agresji,
- gracze z dużą liczbą graczy – wyższy poziom towarzyskości.

Osoby uprawiające hazard stosowały bardziej nieprzystosowane i mniej adaptacyjne strategie radzenia sobie niż inne grupy osób z uzależnieniami behawioralnymi. Natomiast osoby uzależnione od gier internetowych IGD charakteryzowała niska sumienność, niska ugodowość, a zwłaszcza niska ekstrawersja i wysoki neurotyzm.

Wśród osób uzależnionych od internetu zaobserwowano wyższy poziom neurotyzmu (neurotyczność wydaje się cechą osobowości najbardziej predysponującą do wystąpienia uzależnienia od internetu), otwartość na doświadczenia, możliwe objawy psychotyczne, niższy poziom sumienności. Badania dotyczące ekstrawersji oraz ugodowości są niejednoznaczne – część badań dowiodła braku związku pomiędzy tymi cechami a uzależnieniem od internetu, w części zaobserwowano niższy poziom ekstrawersji i ugodowości.

Metaanaliza Kays i wsp. (2016) wykazała, że ekstrawersja, ugodowość, sumienność i otwartość są negatywnie powiązane z uzależnieniem od internetu oraz nieprzystosowanymi przekonaniami, podczas gdy neurotyczność jest pozytywnie związana z uzależnieniem od internetu i nieprzystosowanymi przekonaniami. Uzależnienie od internetu może wpływać na cechy osobowości pacjentów, takie jak zwiększenie izolacji, poczucia samotności, problemy z samooceną oraz wywoływać objawy depresyjne.

W przypadku uzależnienia od seksu mężczyźni uzyskali niższe wyniki w zakresie ugodowości, sumienności i otwartości na doświadczenie oraz wyższe w zakresie neurotyczności. Cechy osobowościowe to tendencja do przeżywania lęku, słaba kontrola impulsów, niska empatia, niestabilność emocjonalna, niska sumienność i ugodowość oraz wysoki narcyzm.

Uzależnienia od substancji psychoaktywnych – 65-90% pacjentów nadużywających substancji ma rozpoznane współwystępujące zaburzenie osobowości. Potwierdzono częstsze występowanie zaburzeń osobowości z klastra C w grupie osób uzależnionych od alkoholu, natomiast zaburzenia osobowości z klastra B częściej opisywano u osób uzależnionych od narkotyków. Być może jest to związane z kompulsywnością, która jest ważnym czynnikiem ryzyka w rozwoju uzależnienia. Według oceny Innovations in Clinical Neuroscience aż u 66% pacjentów, u których zdiagnozowano zaburzenie osobowości typu borderline, stwierdzono uzależnienie od alkoholu, innych substancji psychoaktywnych lub obu z nich, co powoduje, że u pacjentów z diagnozą borderline należy zawsze brać pod uwagę nadużywanie substancji. Natomiast według National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, osoby z agresją i brakiem empatii związane z antyspołecznym zaburzeniem osobowości mają wyższy wskaźnik nadużywania i uzależnienia od alkoholu niż populacja ogólna. Pacjenci zazwyczaj mają tendencję do zmniejszania ciężaru emocjonalnego swoich problemów poprzez podejmowanie zachowań uzależnieniowych. Na przykład pacjenci z unikającym zaburzeniem osobowości mogą nadużywać substancji psychoaktywnych, próbując zagłuszyć swoje patologiczne poczucie społecznej niekompetencji. Pacjenci, u których zaburzenia osobowości powodują znaczne obniżenie poczucia własnej wartości, mogą nadużywać alkoholu, aby pozbyć się poczucia głębokiej pustki emocjonalnej, którą odczuwają. Literatura przedmiotu wskazuje, że występowanie zaburzeń osobowości zwiększa prawdopodobieństwo rozwoju uzależnień od substancji psychoaktywnych.

Najczęściej współwystępujące ze sobą uzależnienia:

- łączy je rodzaj sprzętu wykorzystywanego w zachowaniach uzależniających, np. internet, media społecznościowe i uzależnienie od gier,
- łączą je podobne zachowania, np. uzależnienie od miłości, seksu, pornografii,
- są powiązane cechami osobowościowymi, takimi jak sztywny perfekcjonizm, np. uzależnienie od jedzenia i uzależnienie od ćwiczeń u amatorskich sportowców wytrzymałościowych,
- są oparte na mechanizmach rozregulowania, np. jedzenie, substancje psychoaktywne.

Terapia uzależnień behawioralnych przy współwystępowaniu zaburzeń osobowości

Psychoterapia i farmakoterapia są skutecznymi formami pomocy dla pacjentów z zaburzeniami osobowości i uzależnieniami, ale kompleksowe leczenie zaburzeń współwystępujących wymaga długoterminowych oddziaływań, zwykle trwających lata. W leczeniu uzależnień behawioralnych współwystępujących z zaburzeniami osobowości, oprócz standardowych programów terapeutycznych, zazwyczaj stosuje się oddziaływania indywidualne/grupowe, które mają na celu zmianę dysfunkcyjnych mechanizmów osobowościowych, podtrzymujących uzależnienie.

W zależności od rodzaju uzależnienia, rodzaju zaburzeń osobowości, wieku pacjenta mogą one obejmować terapię indywidualną, sesje terapii grupowej i rodzinnej, wsparcie psychospołeczne i farmakoterapię. Oddziaływania te mogą pomóc osobom z zaburzeniami osobowości w kontrolowaniu objawów, unikaniu nadużywania substancji/podejmowania zachowań uzależniających i skupieniu się na dbaniu o siebie. Wśród skutecznych oddziaływań terapeutycznych wymieniana jest terapia behawioralno-poznawcza oraz szkoły i interwencje wywodzące się z tego nurtu.

U pacjentów z ciężkimi postaciami zaburzeń osobowości podnosi się skuteczność terapii dialektyczno-behawioralno-poznawczej DBT. Potwierdzono, że terapia DBT skutecznie zmniejsza objawy zaburzenia osobowości przy jednoczesnym występowaniu zachowań uzależniających. Ta terapia polega na uczeniu pacjentów, jak akceptować emocje, które powodują u nich znaczne cierpienie. Ta akceptacja przychodzi w formie strategii radzenia sobie i praktykowania uważności (bycia „tu i teraz” i nieskupiania się na przeszłych traumach). Ostatecznym celem DBT jest pomoc pacjentowi w zaakceptowaniu tego, kim jest, zamiast podejmowania próby znalezienia potwierdzenia u innych ludzi i dokonywania pozytywnych zmian w życiu w ramach tej akceptacji. Te koncepcje sprawiają również, że DBT jest użyteczną interwencją dla pacjentów z zaburzeniami osobowości, którzy mają współwystępujący problem nadużywania substancji.

W długoterminowych oddziaływaniach w leczeniu pacjentów z zaburzeniami osobowości oraz z zachowaniami uzależniającymi skuteczne mogą być interwencje z nurtu terapeutycznego TFP – *transference focused therapy*/terapia oparta na przeniesieniu. Terapia ta opiera się na teorii relacji z obiektem. Przeniesienie rozumiane jest w niej jako zjawisko, w którym pacjent w sposób automatyczny, nieświadomy nakierowuje na terapeutę uczucia związane z inną ważną dla niego osobą, która miała wpływ na powstanie emocjonalnego konfliktu. Wszystkie emocje, pragnienia pacjenta aktywizujące się podczas rozmowy terapeutycznej zostają przelane na terapeutę. Terapeuta zaś nie milczy, tylko aktywnie uczestniczy w rozmowie, dając jednocześnie przestrzeń pacjentowi do przeanalizowania uczuć mu towarzyszących i zrozumienia ich roli. Podstawowe techniki, które terapeuta stosuje, aby spełnić swoje cele, to: konfrontacja, klaryfikacja i interpretacja. Metoda ta pozwala na zminimalizowanie odczuwanego przez pacjenta lęku, a także zredukowanie stanów depresyjnych, które towarzyszą pacjentowi. Dzięki dogłębnemu przeanalizowaniu sytuacji pacjenta wyłania się obraz wewnętrznego świata osoby o określonym zaburzeniu osobowości. Metoda ta pozwala również na ujrzenie pewnych dysharmonii w strukturze psychologicznej pacjenta. Terapeuta może zobaczyć, jakie destrukcyjne schematy zostały przez pacjenta nabyte w toku życia. Terapia ta daje przede wszystkim możliwość doprowadzenia do zmian charakterologicznych. Celem tych oddziaływań jest integracja obrazu własnej osoby i innych ludzi, określenie dominujących relacji z obiektem, wykształcenie prawidłowej interpretacji doświadczanych uczuć, a także interpretowanie obronnych funkcji rozszczepienia self i obiektu, prowadzące

do zrozumienia swoich mechanizmów obronnych. Ważnymi aspektami, które przemawiają za wykorzystaniem terapii TFP, jest to, że skupia się ona na terażniejszości, mimo tego że przenoszone zostają przeszłe uczucia. Ma również pewną hierarchię celów, gdzie na pierwszym planie jest bezpieczeństwo pacjenta. Terapia ta ma też ściśle określone zasady, w których zawierają się sposoby postępowania w przypadku zamiarów samobójczych czy też naruszenia warunków kontraktu terapeutycznego, który zawsze jest zawierany na początku terapii. Jest to szczególnie istotne w przypadku prowadzenia terapii w warunkach ambulatoryjnych.

Farmakoterapia

Farmakoterapia zlecana jest przez lekarza w zależności od zgłaszanych problemów oraz dominujących objawów. Najczęściej stosowane są leki przeciwdepresyjne i przeciwłękowe z grupy SSRI. Leki te łagodzą objawy rozpacz, niepokoju, objawy lęku społecznego i głębokiego stresu emocjonalnego, zmniejszają uczucie napięcia, agresję, złość. Są skuteczne w leczeniu depresyjnych objawów zaburzeń osobowości. Stabilizatory nastroju, takie jak karbamazepina oraz walproinian, stosowane są u pacjentów, którzy doświadczają drastycznych wahań nastroju lub agresji. Leki przeciwpsychotyczne stosowane są u pacjentów z objawami psychotycznymi lub w grupie pacjentów z zaburzeniami osobowości, u których występują dekompensacje psychotyczne. W uzależnieniu unika się stosowania leków z grupy benzodiazepin, poza sytuacją leczenia zespołów abstynencyjnych związanych z uzależnieniami od substancji. W razie potrzeby doraźnie zalecane są hydroksyzyna, diphergan, małe dawki kwetiapiny, prometazyny, chloprotixenu.

Bibliografia

- Atroszko, P.A., Atroszko, B., Charzyńska, E. (2021). Subpopulations of Addictive Behaviors in Different Sample Types and Their Relationships with Gender, Personality, and Well-Being: Latent Profile vs. Latent Class Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. Aug 14, 18(16), s. 8590. DOI: 10.3390/IJERPH18168590. PMID: 34444338; PMCID: PMC8394473.
- Chew, P.K.H. (2022). A meta-analytic review of Internet gaming disorder and the Big Five personality factors. *Addict Behav*. Mar, 126: 107193. doi: 10.1016/j.addbeh.2021.107193. Epub 2021 Nov 26. PMID: 34844064.
- Clarkin, J.F., Foelsch, P.A., Levy, K.N., Hull, J.W., Delaney, C., Kenrberg, O.F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality Disorders: a preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders*, 15(6), s. 487-495.
- Dash, G.F., Slutske, W.S., Martin, N.G., Statham, D.J., Agrawal, A., Lynskey, M.T. (2019). Big Five personality traits and alcohol, nicotine, cannabis, and gambling disorder comorbidity. *Psychol Addict Behav*. Jun, 33(4), s. 420-429. doi: 10.1037/adb0000468. Epub 2019 May 16. PMID: 31094546; PMCID: PMC7269105.
- Mak, K.K., Scheer, B., Yeh, C.H., Ohno, S., Nam, J.K. (2021). Associations of Personality Traits with Internet Addiction: A Cross-Cultural Meta-Analysis with a Multilingual Approach. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. Dec, 24(12), s. 777-798. doi: 10.1089/cyber.2021.0071. Epub 2021 Nov 17. PMID: 34788555.

- Rachubińska, K., Cybulska, A., Szkup, M., Grochans, E. (2021). Analysis of the relationship between personality traits and Internet addiction. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. Mar, 25(6), s. 2591-2599. doi: 10.26355/eurrev_202103_25422. PMID: 33829445.
- Studer, J., Baggio, S., Mohler-Kuo, M., Simon, O., Daeppen, J.B., Gmel, G. (2016). Latent Class Analysis of Gambling Activities in a Sample of Young Swiss Men: Association with Gambling Problems, Substance Use Outcomes, Personality Traits and Coping Strategies. *J Gambl Stud*. Jun, 32(2), s. 421-40. doi: 10.1007/s10899-015-9547-9. PMID: 25929440.
- Tian Y., Zhao Y., Lv F., Qin N., Chen P. (2021). Associations Among the Big Five Personality Traits, Maladaptive Cognitions, and Internet Addiction Across Three Time Measurements in 3 Months During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychol*. May 20, 12: 654825. doi: 10.3389/fpsyg.2021.654825. PMID: 34093344; PMCID: PMC8172586.
- Trull, T.J., Jahng S., Tomko R.L., Wood P.K., Sher P.K. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: Gender, prevalence, and comorbidity with substance use disorders. *Journal of Personality Disorders*, 24, s. 412–426. doi: 10.1521/pedi.2010.24.4.412.
- Verheul, R., van den Brink, W., Koeter, M.W., Hartgers, C. (1999). Antisocial alcoholic patients show as much improvement at 14-month follow-up as non-antisocial alcoholic patients. *Am J Addict*. Winter, 8(1), s. 24-33.
- Westen, D., Shedler, J. (2000). A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM-5. *J. Pers. Disord.*, 14, s. 109–126.

ROZDZIAŁ 11

prof. dr hab. Krzysztof Gąsior

Współuzależnienie

Wiele lat temu terapeuci i członkowie ruchu samopomocowego AA zwrócili uwagę na to, że problem uzależnienia nie dotyczy tylko osoby nim dotkniętej, ale oddziałuje również na jej bliskich: partnera, współmałżonka, dzieci, a nawet rodziców czy rodzeństwo z rodziny pochodzenia. Szczególną rolę w dynamice rozwoju i przebiegu uzależnienia u osób dorosłych zajmuje ich partnerka/partner. Jest pierwszą i główną osobą towarzyszącą osobie uzależnionej w jej życiu i funkcjonowaniu. Dźwiga także główny ciężar destrukcji powodowanej przez osobę uzależnioną.

Termin „współuzależnienie” (*co-dependency*) pojawił się w środowisku terapeutów już w latach 70. XX wieku w kontekście bliskich osób uzależnionych od alkoholu. W połowie lat 80. ubiegłego wieku głównie za sprawą Timmena Cermaka termin ten zyskał powszechną akceptację, zwłaszcza że został zaakceptowany przez Ruch AA. Współuzależnienie występuje zarówno w przypadku bliskich osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, jak i uzależnień behawioralnych. Nie ma znaczenia, czy dysfunkcja w systemie rodzinnym dotyczy substancji psychoaktywnej czy zachowania, np. nałogowego grania w gry hazardowe czy kompulsywnego kupowania, trudne emocje i stres z tym związany są takie same.

Koncepcje współuzależnienia

Obecnie wskazuje się na trzy grupy koncepcji (modeli) współuzależnienia (Margasiński, 2010):

1. Koncepcja psychopatologiczna – współuzależnienie jako choroba.
2. Koncepcja specyficznego zaburzenia osobowości.
3. Koncepcja adaptacyjna – współuzależnienie jako reakcja na przewlekły stres.

Współzależnienie jako choroba

Podejście to traktuje współzależnienie jako chorobę, podobne jest do ujęcia uzależnienia od alkoholu jako choroby z lat 60. czy 70. XX wieku. Jest ono automatyczną konsekwencją uzależnienia partnera. Wywodzi się z nurtu spostrzegania nie tylko uzależnienia jako choroby, ale też postrzegania rodziny jako zaburzonego systemu. W rodzinie takiej dominują mechanizmy tożsame z mechanizmami uzależnienia. Janet Woititz stwierdziła, że współzależnienie jest lustrzanym odbiciem uzależnienia od alkoholu. Jedna osoba uzależniona jest od substancji psychoaktywnych lub behawioralnie, druga – partner czy partnerka – uzależniona zaś od osoby partnera czy partnerki i jego/jej zachowań. Najważniejsze cechy współzależnienia, wynikające z powyższej definicji, to:

- uzyskanie kontroli nad pićm partnera/męża,
- silna zależność od partnera/podporządkowanie się partnerowi,
- postrzeganie rzeczywistości oparte na systemie zaprzeczeń i iluzji,
- koncentracja na cierpieniu, emocjach i objawach/nałogowy system regulowania uczuć.

Koncepcja współzależnienia jako choroby wniosła jednak wiele dobrego w pracę terapeutyczną. Jej pozytywne skutki są widoczne przede wszystkim w:

- zwróceniu uwagi na system rodzinny z problemem uzależnienia – nie tylko osoba uzależniona od substancji psychoaktywnej lub behawioralnie ponosi konsekwencje, ale także cała rodzina,
- przewlekły stres w rodzinie przynosi konkretne, negatywne skutki,
- nie tylko osoba uzależniona, ale i cała rodzina potrzebuje więc wsparcia i pomocy,
- oparcie pomocy na 12 Krokach i 12 Tradycjach AA stanowi podstawę twórczego i szerokiego rozwoju wsparcia (i bezpłatnej pomocy) dla członków rodzin osób uzależnionych.

Ujęcie współzależnienia w kategoriach choroby może prowadzić do pewnych niebezpieczeństw. Jednym z nich jest nadmierna generalizacja i deterministyczne spojrzenie na skutki uzależnienia w rodzinie, drugim zagrożeniem jest proste przeniesienie mechanizmów uzależnienia na rodzinę, co prowadzi do etykietyzacji i stygmatyzacji rodziny. Doświadczyli tego systemowi terapeuci rodzin, kiedy w latach 70. i 80. XX wieku szukali specyficznych wzorców relacji w rodzinie, mogących wyjaśnić tworzenie się patologii czy zaburzeń psychicznych. Stąd powstawały koncepcje rodzin „alkoholowych”, „anorektycznych” czy „schizofrenogennych” (Goldenberg i Goldenberg, 2006). Koncepcje te tworzono, opierając się na logice deterministycznej, wbrew cyrkularnym założeniom systemowym. Współcześnie zarówno klinicyści, jak i terapeuci zdjęli negatywną etykietę z rodzin z problemem uzależnienia. Rodziny te posiadają swoistą prężność, odporność na przeciwności losu i zróżnicowane drogi rozwojowe (Gąsior, 2012). W koncepcji współzależnienia model pomocy oparty jest na 12 Krokach AA. To z nich wywiedziono „Dwanaście Stopni, Dwanaście Tradycji dla

Al-Anon¹. Do najważniejszych jego charakterystyk należy: uznanie siebie za osobę współzależną, zaakceptowanie własnej bezsilności wobec osoby z uzależnieniem, eliminacja zachowań podtrzymujących uzależnienie behawioralne oraz przemiana moralna i wsparcie innych osób z podobnym problemem. Terapia ma przede wszystkim charakter samopomocowy i realizowana jest w grupach rodzinnych Al-Anon (*Al-Anon Family Group*).

Niektórzy autorzy w tej grupie koncepcji współzależnienia odnajdują poglądy Cermaka (por. Margasiński, 2010). Jednak sam Cermak twierdził, że współzależnienie jest grupą objawów charakterystycznych dla zaburzenia osobowości (1986).

Współzależnienie jako zaburzenie osobowości

Cermak (1986) jako pierwszy opracował listę symptomów współzależnienia na wzór DSM-III z nadzieją, że znajdzie się ono w DSM-IV. Lista tych kryteriów obejmuje: uzależnienie poczucia własnej wartości od zdolności wywierania wpływu na innych, lęk i zaburzenia tożsamości uwidocznione w bliskich kontaktach, wnikanie się w związki z osobami uzależnionymi oraz występowanie przynajmniej trzech z następujących objawów psychopatologicznych: zaburzenia relacji życia emocjonalnego, stany depresyjne, nadmierna czujność, tendencje kompulsywne, stany lękowe, nadużywanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia psychosomatyczne związane ze stresem, powtarzanie epizodów bycia ofiarą przemocy. Ostatnim kryterium jest przebywanie w związku z osobą uzależnioną bez szukania pomocy przez co najmniej 2 lata.

Wspomniane wcześniej badania nad systemami rodzinnymi doprowadziły do ujęcia współzależnienia jako rozpoznawalnego wzorca sztywnych cech osobowości zakorzenionych w zinternalizowanym wstydzie. Cechy te zostały ukształtowane w dysfunkcyjnej rodzinie. Samo współzależnienie dotyczyć miało wszystkich członków rodziny – zarówno dorosłych, jak i dzieci. Tak więc korzenie współzależnienia leżą w przeszłości związanej z dzieciństwem. Koncepcja ta jest m.in. efektem „mrocznych lat w rozwoju terapii rodzin”, kiedy to poszukiwano wzorca relacji rodzinnych prowadzącego do psychopatologii jej poszczególnych członków (w tym przypadku do zaburzonego wzorca osobowości). Współzależnienie jest więc zespołem cech, które wytworzyły się w dzieciństwie w wyniku działania mechanizmów obronnych w odpowiedzi na niewłaściwe traktowanie w rodzinie współzależnienia:

- niskie poczucie własnej wartości,
- problemy z wytyczaniem funkcjonalnych granic,
- negatywne doświadczenia związane z odczuwaniem własnej rzeczywistości dotyczącej ciała, psychiki i zachowania,
- niewłaściwe zaspakajanie własnych potrzeb i pragnień,
- problemy z wyrażaniem własnej rzeczywistości w adekwatny i umiarkowany sposób.

¹ Zob. www.al-anon.org.pl, www.anonimowihazardzisci.org

Ujęcie współzależnienia jako zaburzenia osobowości przyniosło w pewnej mierze pozytywne skutki, czyli:

- spojrzenie na współzależnienie jako skutek dysfunkcyjnych relacji w rodzinie pochodzenia,
- „dziedziczenie” negatywnych schematów bliskich relacji,
- zwrócenie uwagi na dalekosiężne skutki negatywnych doświadczeń z dzieciństwa.

Koncepcja ta niesie ze sobą pewne zagrożenia:

- uznanie determinizmu w przenoszeniu wzorców relacji,
- stygmatyzacja osób z negatywnymi doświadczeniami z dzieciństwa,
- zawężenie grupy osób uwikłanych we współzależnienie poprzez naznaczenie zaburzeniem osobowości.

Na gruncie tej koncepcji starano się wypracować adekwatne formy pomocy i terapii. Rozpoznanie zaburzenia osobowości wskazuje na konieczność stosowania średnio- i długoterminowej psychoterapii. Co więcej, problem relacyjny, czyniąc problemem indywidualnym (lub systemowym), wskazuje na konieczność (możliwość) stosowania różnych form terapii: indywidualnych, grupowych, rodzinnych. Po raz pierwszy z taką siłą uwzględniono też w problematyce osób współzależnionych możliwość doświadczenia traumy w dzieciństwie.

Współzależnienie w ujęciu adaptacyjnym jako reakcja na stres

W koncepcji tej uwaga skupiona jest na stresie, jakiego ktoś doznaje w destrukcyjnej bliskiej relacji z osobą uzależnioną. Współzależnienie jest więc całościową adaptacją do patologicznej sytuacji w związku, obejmującą wszystkie sfery funkcjonowania, ma charakter dynamiczny i może być związane zarówno z aktualnymi doświadczeniami, jak i tymi, które są powiązane z dzieciństwem (Sobolewska, 1996). Współzależnienie nie jest więc chorobą (zaburzeniem) ani cechą (zestawem cech) patologicznej osobowości. Czynniki wpływające na tworzenie się tej „nieadaptacyjnej adaptacji” są złożone. Ważny jest charakter stresora. Jest nim zachowanie i funkcjonowanie osoby uzależnionej, możliwe jest stosowanie przez nią różnych form przemocy, zaniedbywanie rodziny i dzieci itp. Liczy się również czas trwania sytuacji stresującej oraz odpowiedź na tę sytuację ze strony partnerki/partnera, czyli osoby uwikłanej w pułapkę współzależnienia. Odpowiedź ta zależy od aktualnych doświadczeń, ale też schematów zachowań i doświadczeń powstałych w dzieciństwie. Pozwoliły one na określenie następujących cech współzależnienia:

- uporczywa koncentracja na zachowaniach osoby z uzależnieniem behawioralnym,
- konieczność kontrolowania zachowań dysfunkcyjnych partnera i sztywny schemat interakcji obejmujących zachowania nałogowe i abstynencję partnera,
- nieskuteczne próby zmiany reakcji na zachowania partnera/partnerki: zmiana tolerancji na te zachowania,

- regulowanie reakcji emocjonalnych głównie poprzez uśmierzanie bólu psychicznego,
- poczucie niemożności rozstania się z mężem/partnerem (pułapka współzależnienia), paradoksalnie umacnianie więzi w bliskiej relacji.

Badania te wskazują przede wszystkim na zmiany w relacjach z partnerem i prowadzą do następujących wniosków:

1. Współzależnienie jest specyficzną relacją, kształtującą się w wieloletnim bliskim związku między dwiema dorosłymi osobami, w którym destrukcję wnosi głównie jeden z partnerów poprzez zachowania przemocowe bądź uzależnieniowe.
2. Prowadzi to w konsekwencji do szeregu bezpośrednich następstw i zmian u osoby współzależnionej: uporczywej koncentracji i kontroli zachowań związanych z uzależnieniem osoby, podejmowaniu nieskutecznych prób zmiany zachowania osoby uzależnionej, narastaniu problemów emocjonalnych i somatycznych, wreszcie pojawieniu się poczucia znalezienia się w sytuacji bez wyjścia.

Współzależnienie jako reakcja adaptacyjna związana z destrukcyjną, bliską relacją

Dear, Roberts i Lange (2004) podjęli próbę znalezienia tego, co wspólne w 11 najczęściej występujących definicjach współzależnienia, związanych z wymienionymi wcześniej koncepcjami. Zidentyfikowali cztery wspólne, podstawowe elementy definicji współzależnienia:

1. Koncentracja na tym, co zewnętrzne (*external focusing*), skupienie się na sytuacji stresującej związanej z destrukcją wnoszoną przez partnera, skupienie się na partnerze.
2. Poświęcanie się (*self-sacrificing*), unieważnianie swoich potrzeb, poświęcanie się na rzecz innych osób lub reguł kulturowych (nawet tych niesprawiedliwych).
3. Próby kontrolowania innych ludzi (*attempting to control other people*), zachowania nadkontrolne i cechujące się nadodpowiedzialnością.
4. Tłumienie emocji (*suppressing one's emotions*), dysregulacja afektywna związana z tłumieniem lub rozregulowaniem emocji.

Czyniąc za podstawę spojrzenia na współzależnienie jego zakotwiczenie w relacjach interpersonalnych, można je rozpatrywać na wielu poziomach:

1. Adaptacyjnym – kształtowanie się reakcji adaptacyjnej na przewlekły stres związany z sytuacją zewnętrzną.
2. Relacyjnym – kształtowanie się relacji interpersonalnych i relacji w bliskim związku, uwikłanie.
3. Rozwojowym – kształtowanie się osobowości ze szczególnym uwzględnieniem relacji przywiązaniowych w okresie rozwojowym, doświadczenie traum w okresie dzieciństwa, pozabezpieczne formy więzi.

Reakcje te mogą mieć zróżnicowany i złożony charakter. Takie możliwości diagnostyczne daje specjalistom nowe wydanie ICD-11. Warto zwrócić uwagę na nowe rozpoznanie pojawiające się w ICD-11 – złożony zespół stresu pourazowego (*Complex PTSD*). Jest to rozpoznanie, które zdecydowanie poszerza możliwości diagnozy klinicznej w odniesieniu do współzależnienia.

Grupa robocza Światowej Organizacji Zdrowia pracująca nad nową wersją ICD-11 i zaburzeniami związanymi ze stresem uznała, że dane zarówno empiryczne, jak i kliniczne uprawniają do wyodrębnienia nowej kategorii zaburzenia postresowego, którą nazwano Złożonym Zespołem Stresu Pourazowego (*Complex PTSD*). Alternatywne podejście zastosowano w DSM-5, gdzie objawy związane ze złożoną koncepcją PTSD włączono do głównego profilu objawów PTSD w postaci nowej grupy objawów D (negatywne zmiany funkcji poznawczych i nastroju).

Kryteria złożonego stresu pourazowego (*Complex PTSD*) są następujące:

A. Charakter stresora

Zaburzenie, które może się rozwijać w następstwie zdarzenia lub serii zdarzeń krańcowo groźnych lub o przerażającej naturze, długotrwałe oddziałujących, od których uwolnienie się jest bardzo trudne lub wręcz niemożliwe (np. tortury, niewolnictwo, długotrwała przemoc w rodzinie, wielokrotne nadużycia seksualne, fizyczne i emocjonalne znęcanie się).

Zaburzenie CPTSD charakteryzuje się:

B. Podstawowymi objawami PTSD:

1. Ponowne przeżywanie traumy w teraźniejszości (intruzje).
2. Unikanie bodźców związanych z traumą (unikanie).
3. Uporczywe poczucie zagrożenia przejawiające się poprzez wzmożone wzbudzenie lub zwiększoną reakcją na bodźce (wzbudzenie).

C. Dodatkowymi objawami związanymi z dysfunkcją SELF.

1. Utrwalone i powtarzające się problemy z regulacją afektu i emocji (dysregulacja afektu).
2. Uporczywe przekonania dotyczące siebie jako osoby mało wartościowej, odrzuconej, bezwartościowej, poniżonej (negatywna koncepcja siebie).
3. Uporczywe trudności w bliskich i znaczących relacjach międzyludzkich (zaburzenia w relacjach).

Zaburzenie powoduje znaczne upośledzenie w funkcjonowaniu osobistym, rodzinnym, zawodowym, edukacyjnym czy w innych obszarach życia. Jeśli funkcjonowanie jest utrzymane, to tylko dzięki znacznemu dodatkowemu wysiłkowi (www.icd.who.int).

Aby zweryfikować koncept CPTSD, Cloitre i in. (2018) zbudowali narzędzie badawcze Międzynarodowy Kwestionariusz Trauma (*International Trauma Questionnaire*, ITQ), które zostało przetłumaczone na wiele języków.

Przeglądu badań dotyczących zasadności tworzenia nowego konstruktu CPTSD dokonali m.in. Brewin i in. (2017). Według przedstawionych analiz wyodrębnienie

CPTSD jest zasadne. Jest to bowiem konstrukt oparty na teorii i dobrej empirii. Ma on swoją wewnętrzną spójność i spójność pojęciową. Badania wskazują na to, że choć objawy PTSD i CPTSD są ze sobą skorelowane, to jednak są to odrębne konstrukcje. Wnioski te formułowane są nie tylko w przypadku stosowania analizy klas czy profili latentnych, ale też innych narzędzi statystycznych (Cloitre i in., 2020).

Według klasyfikacji ICD-10 i ICD-11 zaburzenia adaptacyjne są to stany napięcia, niepokoju, przygnębienia i zaburzeń emocjonalnych, które powstają w okresie adaptacji do dużych zmian życiowych lub do stresującego wydarzenia życiowego i zazwyczaj utrudniają społeczne przystosowanie i efektywne działanie. Stresor może zaburzać integralność społecznego układu odniesienia jednostki (osierocenie, przeżycia związane z separacją) lub szerszego systemu wsparcia społecznego i systemu wartości (migracja, status uchodźcy). Może też stanowić ważny etap rozwoju czy kryzys rozwojowy (pójście do szkoły, rodzicielstwo, niemożność osiągnięcia ważnych celów osobistych, przejście na emeryturę). Indywidualne predyspozycje czy wrażliwość odgrywają ważną rolę w genezie i kształtowaniu objawów, ale zakłada się, że zaburzenie to nie wystąpiłoby bez działania czynnika stresowego.

Objawy zaburzeń adaptacyjnych mogą być różnorodne i obejmują:

- nastrój depresyjny, lęk, zamartwianie się (lub mieszanina tych objawów),
- poczucie niezdolności do radzenia sobie i planowania przyszłości lub dalsze pozostawanie w obecnej sytuacji,
- pewne ograniczenie zdolności do wykonywania codziennych czynności.

Dominującą cechą zaburzenia adaptacyjnego może być krótka lub przedłużająca się reakcja depresyjna, a także zaburzenia regulacji emocji lub zachowania.

Uwikłanie w destrukcyjną, bliską relację

Charakter uwikłania we współzależnieniu dobrze oddaje model Zofii Sobolewskiej (2008). Sobolewska podaje następującą definicję współzależnienia: „Współzależnienie – jest to utrwalona forma uczestnictwa w długotrwałej, niszczącej sytuacji życiowej, związanej z patologicznymi zachowaniami partnera, ograniczająca w sposób istotny wybór postępowania, prowadząca do pogorszenia własnego stanu i utrudniająca zmianę położenia na lepsze” (Sobolewska, 2008, s. 9). Na podstawie tej definicji opracowała także strukturę diagnozy współzależnienia w ujęciu adaptacyjnym. Diagnoza ta nie jest diagnozą kliniczną (kategoryzującą zaburzenie), lecz opisem oznak wskazujących na dezadaptacyjną formę przystosowania się do długotrwałego, niszczącego bliskiego związku. Ma więc charakter relacyjny, fenomenologiczny i psychoterapeutyczny. Oznaki te wspomniana autorka przedstawiła następująco:

Nieudane próby zmieniania sytuacji:

- (a) kontrolowanie zachowań wynikających z uzależnienia behawioralnego partnera,

- (b) próby uzyskania wpływu na zachowania dysfunkcyjne partnera,
- (c) nadopiekuńczość wobec partnera,
- (d) wciąganie innych członków rodziny w kontrolowanie osoby z uzależnieniem behawioralnym.

Nieudane próby wycofania się z sytuacji:

- (a) demonstracyjne odejścia (straszenie i udawanie odejścia),
- (b) ucieczki bez zabezpieczenia i wsparcia,
- (c) zachowania wzmacniające poczucie bezradności (użalanie się, narzekanie),
- (d) brak prób zmierzających do usamodzielnienia się.

Negatywne (szkodliwe) sposoby przystosowania się do sytuacji:

- (a) izolowanie się od osób spoza najbliższej rodziny,
- (b) branie na siebie całej odpowiedzialności za rodzinę,
- (c) zachowywanie pozorów idealnej rodziny za wszelką cenę,
- (d) brak skutecznej samoobrony w przypadkach przemocy,
- (e) zaniedbywanie własnych potrzeb na rzecz potrzeb partnera.

Schemat diagnozy współuzależnienia w ujęciu relacyjnym według Zofii Sobolewskiej jest dojrzałą, popartą badaniami oraz praktyką terapeutyczną propozycją przynajmniej częściowego wyjścia z impasu definicyjnego i koncepcyjnego współuzależnienia. Oczywiście spojrzenie na destrukcyjną relację i jej skutki można poszerzyć o ujęcie systemowe. W takim przypadku ciekawą propozycją jest koncepcja systemów rodzinnych Bowena (por. Margasiński, 2010), w której niebagatelną rolę pełni zróżnicowanie Ja i transmisja wielopokoleniowa. Jednak klasyczna systemowa terapia rodzin w przypadku, gdy osoba uzależniona aktywnie poddaje się zachowaniom związanym z uzależnieniem behawioralnym najczęściej nie przynosi poprawy funkcjonowania systemu rodzinnego.

Współuzależnienie w aspekcie rozwojowym jednostki

Osoba współuzależniona ma konkretną historię życia i powiązane z nią doświadczenia. Zarówno wyposażenie biologiczne, jak i doświadczenia życiowe wpływają na jej obraz osobowości i funkcjonowanie psychospołeczne. Szczególnie interesujące z punktu widzenia funkcjonowania osób współuzależnionych będą: rozwój więzi oraz negatywne doświadczenia z dzieciństwa.

Przywiązanie (więź przywiązania) według koncepcji Johna Bowlby'ego (2007) odnosi się do stanu, ale i mechanizmu, w którym jednostka odczuwa silną tendencję do poszukiwania bliskości innej osoby, zwłaszcza w sytuacji stresu lub niebezpieczeństwa. Jest to, mówiąc prościej, długotrwały emocjonalny związek z konkretną osobą, która pełni rolę bezpiecznej bazy dla rozwoju. Podstawowy styl przywiązania kształtuje się w pierwszych latach życia dziecka w relacji z opiekunami. Jest on w miarę stabilny, lecz na przestrzeni życia może się on zmieniać. Badania prowadzone przez Mary Ain-

sworth nad matkami i dwuletnimi dziećmi pozwoliły na wyodrębnienie podstawowych stylów przywiązania (za: Schaffer, 2006):

- Przywiązanie bezpieczne. Osoby o tym stylu przywiązania adekwatnie spostrzegają wydarzenia, innym ludziom przypisują raczej pozytywne tendencje, nie wykazują nadmiernych skłonności do szukania bliskości, w sytuacji stresu potrafią szukać pomocy u innych osób. W kontaktach interpersonalnych czują się bezpieczne i ufne, potrafią właściwie regulować swoje emocje.
- Przywiązanie pozabezpieczne: unikanie. Osoby te unikają bliskości i kontaktu, w obecności innych ludzi nie wykazują zbytniego zaniepokojenia. Starają się być niezależne, co jest mechanizmem obronnym, polegającym na formułowaniu reakcji przeciwnej. Silnie kontrolują negatywne emocje.
- Przywiązanie pozabezpieczne: ambiwalencja. Osoby te intensywnie poszukują bliskości, są bardzo zaniepokojone nieobecnością bliskiej osoby. Doświadczają silnych lęków przed opuszczeniem i porzuceniem, są niepewne siebie, z trudem zwracają się o pomoc do innych. Przejawiają tendencje do manipulowania otoczeniem.
- Przywiązanie zdeorganizowane. Osoby o tym stylu przywiązania nie posiadają spójnych sposobów radzenia sobie ze stresem. Wobec bliskich przejawiają sprzeczne i dziwaczne zachowania, jak poszukiwanie bliskości, a następnie jej unikanie. Zewnętrzny świat spostrzegają jako zagrażający i nieprzyjazny, doświadczają w związku z tym silnego lęku, niepokoju i poczucia chaosu.

Ocena stylu przywiązania może być ważnym elementem pracy z osobą współuzależnioną, zwłaszcza w tej pogłębionej terapeutycznej fazie. Popularnym narzędziem do oceny stylów przywiązania jest Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych Mieczysława Plopy (2005).

Negatywne doświadczenia życiowe w dzieciństwie (*Adverse Childhood Experiences*) obecnie należą do żywo dyskutowanych i szeroko badanych czynników wpływających na kondycję życiową człowieka w różnych fazach jego życia. Definiowane są jako rozmaite formy złego traktowania i zaniechania dziecka przez rodziców (opiekunów), należą do nich też różne dysfunkcje występujące w rodzinie, które potencjalnie niekorzystnie wpływają na rozwój dziecka. Mogą mieć głębokie i trwałe konsekwencje dla zdrowia i jakości życia człowieka (Felitti, 2002).

Pomoc psychologiczna i psychoterapeutyczna we współuzależnieniu

Grupa osób żyjących w otoczeniu osoby uzależnionej jest niezwykle zróżnicowana. Nie wszystkie one potrzebują pomocy, interwencji czy terapii. Lecz u tych, u których występuje współuzależnienie i inne powiązane z nim problemy zdrowia psychicznego, takiej pomocy wymagają. Obecny model terapii współuzależnienia jest zbyt wąski, odnosi się tylko do części osób dorosłych zamieszkujących z osobą

uzależnioną. Terapia uzależnienia winna zawierać programy pracy nad poprawieniem praktyk wychowawczych i rodzicielskich oraz relacji małżeńskich (partner-skich). Terapia traum dzieciństwa i traum życiowych powinna uwzględniać duże zróżnicowanie w tej grupie osób oraz sięgać do adekwatnych metod względem ich problemów zdrowotnych.

Podstawowe zasady prowadzenia terapii współuzależnienia:

- Dobra diagnoza – zarówno współuzależnienia, jak i problemów zdrowia psychicznego.
- Odpowiedni terapeuci – przygotowani do pracy na różnych poziomach (stresowym, relacyjnym, rozwojowym).
- Bezpieczne miejsce – zwłaszcza w przypadku występowania przemocy.
- Rzetelne programy – sprawdzone i skuteczne metody oraz programy terapeutyczne, ujmujące całą gamę problemów osób współuzależnionych.
- Ocena efektów – konieczność monitorowania efektów pracy terapeutycznej i jej superwizowania.

Jak mogą wyglądać formy pomocy dla osób współuzależnionych?

1. Profilaktyka i edukacja. Zmiana postaw społecznych i reguł kulturowych dotycząca ról rodzinnych i społecznych, jakie przypisuje się kobietom jest nieodzownym czynnikiem zapobiegającym tworzeniu się współuzależnienia (Trębińska-Szumigraj, 2010). I choć nie wydaje się, aby współuzależnienie wynikało tylko z uwarunkowań społeczno-kulturowych, to jednak jest to czynnik wysoce sprzyjający powstawaniu współuzależnienia. Wpływ na ten czynnik może mieć odpowiednio prowadzona profilaktyka i edukacja społeczna.
2. Interwencja kryzysowa. Długotrwały stres, któremu poddawani są bliscy osoby uzależnionej, stanowi źródło przewlekłej i złożonej sytuacji kryzysowej. Zgłoszenie się po pomoc zazwyczaj następuje w chwili przełomu w kryzysie, gdy koncentracja z doświadczanych emocji przesuwa się na działanie. Stąd najprawdopodobniej w pierwszym kontakcie z osobą współuzależnioną należy pracować jak z osobami w kryzysie. W przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie praca interwencyjna jest metodą podstawową i pierwszą w kolejności. W pierwszym kontakcie interwencyjnym najważniejsze jest utrzymanie relacji pomocowej, a nie edukowanie na temat tego, czym jest współuzależnienie. Wyjście na wprost oczekiwań pacjentki/pacjenta to podstawa utrzymania kontaktu. Jeżeli zgłasza ona/on, że potrzebuje pomocy, by „on/ona przestał(a) pić/brać/grać”, terapeuta nie może tego zbagatelizować mówiąc: „Nic pani/pan nie może zrobić, musi się pani/pan zająć przede wszystkim sobą”. Podstawowym celem będzie zapewnienie bądź zwiększenie poczucia bezpieczeństwa pacjentki/pacjenta, a następnie szukanie rozwiązań.
3. Kolejnym krokiem pomocowym i formą terapii może być terapia współuzależnienia jako reakcja na traumatyczny stres i zaburzenie w bliskiej relacji. Istnieją w tym zakresie wypróbowane programy terapeutyczne, jak np. program Mirosła-

wy Kisiel (1997) oparty na modelu Sobolewskiej. Jednak stwierdzenie występowania oznak złożonego stresu pourazowego powinno skutkować poszerzeniem celów terapeutycznych. Już na tym etapie ważna praca terapeutyczna może dotyczyć objawów złożonego zespołu stresu pourazowego, które będą związane z destrukcyjną aktualną relacją.

4. Ostatnim elementem czy fazą terapii może być terapia skoncentrowana na traumatycznych i negatywnych doświadczeniach z dzieciństwa. Dobrze wprowadzenie w takie formy terapii zawiera książka Bessela van der Kolka *Strach ucieleśniony* (2022).

Współzależnienie jest zjawiskiem o charakterze psychologicznym, społecznym, a nawet kulturowym. Wymaga ono szerokiego i odważnego podejścia pomocowego. Nie jest zaburzeniem psychicznym, ale adaptacyjnym, związanym z uwikłaniem w długotrwałą, destrukcyjną relację z bliską osobą. Podstawową odpowiedzią na takie uwikłanie i związaną z nim traumę wydaje się być przede wszystkim złożony zespół stresu pourazowego. Potrzebne są dalsze badania oraz korygowanie praktyki terapeutycznej na podstawie nowych propozycji diagnostycznych i terapeutycznych.

Bibliografia

- Brewin, C.R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R.A., Reed, G.M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1-15.
- Briere, J., Scott, C. (2011). *Podstawy terapii traumy. Diagnoza i metody terapeutyczne*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Cermak, T. (1986). *Diagnosing and treating co-dependence*. Minneapolis, MN: Johnson Institute Books.
- Cloitre, M., Shevlin M., Brewin, C.R., Bisson, J.I., Roberts, N.P., Maercker, A., Karatzias, T., Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6):536-546.
- Cloitre, M., Brewin, C.R., Bisson, J.I., Hyland, P., Karatzias, T., Lueger-Schuster, B., Maercker, A., Roberts, NP. & Shevlin M. (2020). Evidence for the coherence and integrity of the complex PTSD (CPTSD) diagnosis: response to Achterhof et al., (2019) and Ford (2020), *European Journal of Psychotraumatology*, 11:1, 1739873,
- Gąsior, K., (2012). *Funkcjonowanie noo-psychospołeczne i problemy psychiczne Dorosłych Dzieci Alkoholików*. Warszawa: Difin.
- Klimczak, W. (2019). *Współzależnienie. Doświadczenia żon alkoholików w perspektywie biograficznej*. Warszawa: Difin.
- Kolk Van Der, B. (2022). *Strach ucieleśniony*. Warszawa: Czarna Owca.
- Larkin, H., Shields, J., Anda, R.F., (2012). The Health and Social Consequences of Adverse Childhood Experiences (ACE) Across the Lifespan: An Introduction to Prevention and Intervention in the Community. *Journal of Prevention & Intervention Community* 40(4):263-70.
- Makaruk, K., Włodarczyk, J., Sethi, D., Michalski, P., Szredzińska, R., Karwowska, P. (2018). Negatywne doświadczenia w dzieciństwie i związane z nimi zachowania szkodliwe dla zdrowia wśród polskich studentów. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 17(2), s. 58–97.

- Sobolewska Z. (2008). Współzależnienie – koncepcja i psychoterapia. *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*, nr 4 (s. 19-22) i nr 5 (s. 9-11).
- Sobolewska Z. (2008). Psychoterapia współzależnienia w podejściu integracyjnym. *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*, nr 6, s. 16-20.
- Tomalski, R., Pierkiewicz, I.J. (2020). Złożony zespół stresu pourazowego. *Psychiatr Psychol Klin*, 20 (1), s. 54–60
- Wyrzykowska, E., Głogowska, K., Mickiewicz, K. (2014). Relacje przywiązania u osób uzależnionych od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 27, 2, s. 127–143.

ROZDZIAŁ 12

dr n. med. Sławomir Jakima

Trudności związane z terapią uzależnień behawioralnych

Podjęcie terapii osób z uzależnieniem behawioralnym, a szczególnie z osobami z chorobami współistniejącymi wymaga zwrócenia uwagi na kilka aspektów.

1. Brak jest dokładnych algorytmów diagnozowania i leczenia zaburzeń behawioralnych. Większość szkoleń dla terapeutów nie podejmuje tej problematyki w miarę szczegółowy sposób.
2. Podjęcie się terapii wymaga znajomości podstaw psychopatologii i psychiatrii. Związane jest to z istnieniem wielu chorób współistniejących i koniecznością umiejętności różnicowania tych zaburzeń (depresja, CHAD, zaburzenia lękowe, występowanie psychoz, OCD). Nieznajomość psychopatologii zawsze skutkuje nieprawidłowym rozpoznaniem i niewłaściwym leczeniem.
3. Konieczna jest znajomość mechanizmów powstawania zaburzeń behawioralnych oraz umiejętność różnicowania w zakresie kompulsywności i impulsywności tych zaburzeń oraz innych podejść teoretycznych do problemu hiperseksualności.
4. Koniecznością jest superwizowanie procesu terapeutycznego, najlepiej u specjalistów zajmujących się tą problematyką. Wydaje się też niezbędne poprowadzenie pierwszych procesów terapeutycznych pod ścisłą superwizją przypadku.
5. Konieczna wydaje się też umiejętność integrowania różnych podejść terapeutycznych, technik oraz farmakoterapii. Sztywne trzymanie się szkoły terapeutycznej, którą się reprezentuje, może czasem przeszkadzać w osiągnięciu pozytywnych rezultatów w terapii. Niezwykle ważna dla specjalistów, którzy nie są lekarzami, jest umiejętność korzystania z doświadczeń innych terapeutów oraz pełnej współpracy z lekarzami.

Podwójna diagnoza

Jest to współwystępowanie zaburzeń psychicznych i uzależnienia od alkoholu lub/i środków psychoaktywnych. Jest to ważny termin kliniczny, ponieważ nierozpoznanie lub skupienie się tylko na problemie choroby psychicznej lub tylko na problemie uzależnienia nie rokuje możliwości postawienia prawidłowej diagnozy, a co za tym idzie – także prawidłowej terapii. Jest to istotnie trudny problem i co ważne – dość częsty. Około 30% pacjentów psychiatrycznych nadużywa alkoholu lub środków odurzających, nierzadko jednocześnie. Najczęściej jest to dostrzegalne w przypadku pacjentów ze schizofrenią i chorobą afektywną dwubiegową.

Choroby współistniejące

Istnieje wiele chorób i zaburzeń, w obrazie których mogą się pojawiać elementy hiperseksualności. Także niektóre leki mogą wywoływać podobne objawy. Jednocześnie też wiele negatywnych doświadczeń z dzieciństwa, szczególnie molestowania seksualnego lub innej traumy seksualnej może skutkować objawami hiperseksualności. Niezwykle istotne jest też stymulujące do hiperseksualności nadużywanie narkotyków i innych środków psychostymulujących. Znajomość i uwzględnienie możliwości występowania zaburzeń hiperseksualnych staje się podstawą do tzw. różnicowania, czyli uwzględnienia, że pewne zachowania nie mają cech uzależnienia.

Podjęcie terapii uzależnień behawioralnych ze współistniejącym uzależnieniem od substancji psychoaktywnych lub innymi stanami chorobowymi, szczególnie zaburzeniami psychicznymi, wymaga wybrania koncepcji terapeutycznych z ustaleniem, która diagnoza rodzi konieczność pierwszeństwa w leczeniu. Ponadto, drugim istotnym czynnikiem będzie także podjęcie interwencji terapeutycznych w sytuacjach występowania uzależnień behawioralnych, w których istnieje ogromne ryzyko niekorzystnych skutków tych zachowań. Dlatego też koncepcje te będą skierowane na:

1. Podjęcie terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych celem wypracowania abstynencji. Nie jest to do końca terapia uzależnienia, której następnym celem będzie utrzymanie abstynencji i utrzymanie trzeźwego sposobu myślenia i działania, ale celem jest zatrzymanie niekorzystnych skutków uzależnienia. Nie można prowadzić terapii uzależnienia behawioralnego, jeżeli pacjent jednocześnie przyjmuje substancje psychoaktywne, ponieważ mija się to z celem. Na przykład alkohol jest stymulatorem niekorzystnych zachowań i w ten sposób tworzy się błędne koło, ponieważ substancje stymulujące oraz zachowania tworzą podwójną pętlę uzależnienia. Dość istotna jest trudność w dotarciu do przekonań pacjenta podwójnie uzależnionego, ponieważ tworzy się w tym przypadku podwójny system iluzji i zaprzeczeń.
2. Ryzykowne zachowania, szczególnie w uzależnieniach od seksu i hazardu, powinny być natychmiast zniwelowane w procesie terapii. Chodzi o te zachowania,

które mogą spowodować poważne straty w postaci np. chorób przenoszonych drogą płciową lub wystąpienia ogromnych strat finansowych. Na tym etapie nie jest to pełne leczenie, tylko zredukowanie do minimum poważnych skutków zdrowotnych dla pacjenta i jego najbliższych.

3. Niezwykle istotne jest też niedopuszczenie do przerwania leczenia farmakologicznego pacjentów, u których występują choroby psychiczne, wymagające stałej farmakoterapii. Szczególnie dotyczy to pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową, schizofrenią i innymi zaburzeniami psychotycznymi. Terapeuta powinien wiedzieć, że gwałtowne przerwanie przyjmowania leków skutkuje szybkim powrotem do choroby. W takiej sytuacji jakiegokolwiek leczenie uzależnień behawioralnych traci sens.

Terapia zatem będzie obejmować stworzenie określonego planu leczenia z pełnym uwzględnieniem podwójnych diagnoz oraz uwzględnieniem leczenia farmakologicznego.

Leczenie pacjentów uzależnionych z podwójną diagnozą jest trudne, wymaga skoordynowanych działań zarówno lekarzy, psychologów, jak i terapeutów. Wydaje się, że leczenie uzależnienia behawioralnego staje się możliwe wtedy, kiedy ustabilizuje się sytuacja i stan psychiczny pacjenta. Problematiczne może się okazać także duże podobieństwo pewnych zachowań, które jednak nie są spowodowane uzależnieniem. Zachowania związane z kompulsywnością lub impulsywnością mogą być charakterystyczne dla pacjentów będących w fazie maniakalnej choroby afektywnej dwubiegunowej, pacjentów z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi, pacjentów ze zmianami organicznymi lub chorobą Parkinsona. Kolejna trudność może być związana z postawą członków rodziny, szczególnie z osobami wykazującymi cechy współuzależnienia. Członkowie rodzin mogą nie rozumieć istoty uzależnień, mogą stosować określone mechanizmy obronne, szczególnie racjonalizację. Rodzina może też przerzucać odpowiedzialność za zachowania chorego na terapeutę.

Trudnym problemem jest „zamiana kabiny na Titanicu” lub „zamiana łyżki na widelec”. Jest to dość częsty problem w sytuacji, kiedy pacjent uzyskuje abstynencję od substancji psychoaktywnych i zmienia rodzaj uzależnienia na uzależnienie behawioralne. Istota uzależnienia jest ta sama, ponieważ będąc w abstynencji od substancji psychoaktywnych, pojawia się trudność w uzyskaniu „nagrody” w postaci zmniejszenia napięcia emocjonalnego. Kompulsywne lub impulsywne zachowania regulują stan emocjonalny. Jednocześnie u pacjenta wytwarza się w systemie iluzji i zaprzeczeń pełne uzasadnienie takich zachowań, tworząc mechanizm „przecież przestałem pić”, więc problem uzależnienia minął.

Ponadto w systemie poszukiwania nagrody uzasadnieniem zaprzestania picia jest możliwość chodzenia np. do kasyna lub zwiększenie aktywności seksualnej. Dla terapeuty jest to wyraźny sygnał, że taka sytuacja jest bardzo niekorzystna zarówno dla pacjenta, jak i dla przebiegu terapii. Warto w takiej sytuacji jasno wyjaśnić pacjentom, na czym polega wspólny mechanizm uzależnienia. Jednakże jest to też sytuacja w miarę korzystna przy próbie podjęcia terapii dwóch uzależnień jednocześnie, bowiem mechanizm uzależnienia jest taki sam i metody leczenia są podobne.

ROZDZIAŁ 13

dr hab. n. med. Anna Mosiołek, dr hab. Mariusz Jędrzejko,
dr n. med. Sławomir Jakima, dr Tomasz Rowiński

Uzależnienia behawioralne wśród dzieci i młodzieży. Zjawisko i jego uwarunkowania

Współcześni młodzi ludzie żyją w świecie pełnym napięć i zagrożeń. Duża skala zmian społecznych, gospodarczych i kulturowych (np. osłabienie więzi społecznych i rodzinnych, nadmiar bodźców, przesylenie techniką i informacją, zagrożenia środowiskowe, brak zaufania do instytucji publicznych, brak stabilnego systemu wartości) zachodzących w kontekście życia skutkuje przemianami ich funkcjonowania, widocznymi zmianami w zachowaniach i postawach. W wyniku tego powstają nie tylko krótkotrwałe zaburzenia, jednostkowe ryzyka, ale także problemy, których następstwa mogą być widoczne przez wiele lat. Takimi konsekwencjami są m.in. uzależnienia behawioralne. Ich wpływ na funkcjonowanie dzieci i młodzieży jest trudny do oszacowania, a jedną z kluczowych zmian, jakie obserwują specjaliści psychiatrii, pedagogi społeczni, psycholodzy oraz terapeuci, jest zmiana kontekstów, modeli oraz treści funkcjonowania młodego człowieka w środowisku społecznym, a szczególnie w rodzinie. Mówimy przede wszystkim o ewidentnych kryzysach w rodzinie o różnej etiologii i przebiegu. Chociaż główny ciężar problemów wynikających z uzależnienia ponosi osoba nim dotknięta, to w przypadku dzieci i młodzieży szczególnie oddziałuje to na cały system rodzinny, a w dalszej kolejności także społeczny. Uzależnienia behawioralne – niezależnie od swojej postaci – mają negatywny wpływ zarówno na jednostkę, jak i na społeczeństwo, w wyniku czego konsekwencją stają się:

- zaburzenia ogólnorozwojowe – psychiczne, fizyczne i społeczne,
- trudności edukacyjne lub/i zawodowe,
- ryzykowne wzorce funkcjonowania,
- ryzyka wchodzenia w inne zachowania problemowe,
- ewidentne straty społeczne,
- trudne do przewidzenia skutki zdrowotne oraz długofalowe następstwa wypełniania funkcji przypisanych człowiekowi w ujęciu rozwoju gatunkowego.

Uzależnienia behawioralne dzieci i młodzieży – zjawiska i tendencje

Tak jak wiele innych obszarów problemowych pokazujących przekształcenia w jakości stanu zdrowia człowieka, również uzależnienia behawioralne mają swoją dynamikę jakościową i ilościową. Analiza porównawcza polskich badań dotyczących tej problematyki ukazuje nie tylko konkretne typy zaburzeń określanymi jako uzależnienia behawioralne, ale także pozwala na ich połączenie ze zmianami związanymi z jakością i kondycją życia społecznego. Mamy zatem do czynienia nie tylko z postrzeganiem liniowym, ale także z socjologiczną wymiarowością problemów.

Pierwszą cechą zmian obserwowanych w perspektywie ostatnich dwóch-trzech dekad jest:

1. Jakościowo-ilościowa zmiana obrazu uzależnień behawioralnych w młodym pokoleniu.

Badania CBOS (2017) sugerują zmniejszanie się liczby osób młodych uprawiających hazard (do poziomu poniżej 18% wśród starszych nastolatków), jednak badania NASK (2019) określają tę populację na 30-70%, w zależności od grupy wiekowej. W różnicach tych należy dostrzegać zmianę typów hazardu – obecnie tendencją jest zmniejszanie się hazardu tradycyjnego na rzecz jego elektronicznych, trudnych do weryfikacji naukowej form.

Przemiany jakościowe kierują uwagę na pytanie o przyczyny tego stanu. Jak zostało to zasygnalizowane na wstępie, kluczową rolę należy przypisać strukturze przemian społeczno-kulturowych, ze szczególnym wskazaniem na rolę nowoczesnych środków przekazu elektronicznego, stanowiących „bramę” dla podejmowania zachowań ryzykownych związanych z poszczególnymi typami uzależnień. Ponieważ przekaz ten nadal pozostaje poza kontrolą społeczną – szczególnie na poziomie rodziny – coraz więcej dzieci podejmuje zachowania ryzykowne. Jak pokazują w swoim ostatnim raporcie badacze Centrum Profilaktyki Społecznej i Fundacji Bonum Humanum (2022, s. 6), tylko 18% dzieci w wieku 10-12 lat ma zainstalowane na swoich smartfonach programy kontroli rodzicielskiej, a niespełna co czwarty rodzic ma pełen wgląd w cyfrową aktywność dziecka powyżej 12. roku życia. Możemy więc mówić nie tylko o zmianach jakościowych dotyczących typów uzależnień behawioralnych, ale także o ujawnianiu się nowych problemów w wymiarze ilościowym, a także czytelnych predyktorów takich problemów.

Kolejną cechą są wyraźnie powtarzające się:

2. Predyktory uzależnień behawioralnych wśród dzieci i młodzieży.

Jakkolwiek byłaby wnikliwą, diagnoza uzależnienia behawioralnego jest wyłącznie stwierdzeniem faktu. Otrzymujemy obraz, który jest początkiem głębszego procesu diagnostycznego i podstawą do konstruowania terapii. Literatura przedmiotu wskazuje na kilka płaszczyzn rozwoju uzależnień behawioralnych u dzieci i młodzieży, zwracając uwagę na czynniki społeczne (społeczno-kulturowe), rodzinne, psychofizyczne

oraz genetyczne. Problem może być także uwarunkowany czynnikiem dostępności do konkretnych wzorów takich zachowań, jak i technicznych możliwości wchodzenia w zachowania problemowe (np. nadaktywności na portalach społecznościowych lub uprawiania elektronicznego hazardu albo medialne wzorce anoreksji). Podkreślenia wymagają także specyficzne napięcia towarzyszące okresowi przechodzenia od dzieciństwa do wczesnej młodości, określane m.in. jako adolescencja. Ujawniające się wtedy napięcia kierują uwagę młodych ludzi na poszukiwanie szybkich sposobów ich kompensacji lub też uzyskania oczekiwanego poziomu akceptacji.

Nie da się jednak „tezę o dostępności ryzyka” wyjaśnić tak szybkiego tempa rozwoju uzależnień behawioralnych. Muszą zatem istnieć predyktory na tyle silne, że stają się one sprzyjającymi dla ich rozwoju.

Dokonując diagnozy problemu, warto wskazać zjawiska makroskalowe odnoszące się do jakości życia, struktury społecznej oraz modeli życia współczesnego człowieka:

- zmiany struktury polskich rodzin – gwałtowny wzrost liczby dzieci żyjących w rodzinach niepełnych strukturalnie (rozwoły) oraz funkcjonalnie (migracje ekonomiczne jednego lub obojga rodziców),
- rozwój konsumpcyjnych modeli życia rodzin z samoograniczającym się wpływem rodziców na społeczne funkcjonowanie dziecka (razem, ale osobno),
- technologiczna i finansowa dostępność dzieci do treści niosących ze sobą zagrożenia i ryzyka (brak świadomości ryzyka),
- powolne, ale systematyczne zanikanie konstruktywnych form aktywności dzieci i młodzieży na rzecz szerokiej cyberkonsumpcji.

Zjawiska te obecnie tak bardzo się nasiliły, że stały się częścią kultury akceptowanej przez niemalą już część społeczeństwa. Wskazać można np. na masowy udział dzieci w tych formach życia, które jeszcze niedawno były zastrzeżone tylko dla dorosłych, zmiany struktury dobowego funkcjonowania dzieci (skrącanie snu, zwiększanie aktywności), popularność wielu form przyspieszania dorastania dzieci (szczególnie dziewcząt) nie tylko w sposobach ich wizualizacji, ale także przyzwolenia na samodzielność. W cytowanym już raporcie CPS/Bonum Humanum (2022, s. 11) można znaleźć takie dowody na potwierdzenie powyższej tezy:

- tylko 14,7% rodziców rozmawia z dziećmi o treściach i formach ich aktywności w cyberprzestrzeni,
- tylko w 33,8% polskich rodzin mamy do czynienia z modelem wspólnego jedzenia posiłków, z obowiązkową obecnością rodziców i dzieci.

Idą za tym widoczne braki wiedzy oraz kompetencji rodziców w diagnozowaniu ryzyka uzależnień behawioralnych. Jak zauważają autorzy publikacji *Cyberzaburzenia – cyberuzależnienia*, tylko co trzeci rodzic jest w stanie rozpoznać cechy wskazujące na pojawienie się tych problemów u dziecka, a w niespełna 1/3 polskich rodzin posiadających dzieci korzystające ze smartfonów stosuje się jasne reguły ich użytkowania, np. w postaci „kontraktów cyfrowych” (Jędrzejko, Taper, Kozłowski, 2021).

Obserwowane przemiany jakościowo-ilościowe znajdują swoje wyjaśnienie w modelach wpływów społecznych realizowanych w jej podstawowych funkcjach wzorów rodzinnych i kontroli społecznej. Choć ta ostatnia prerogatywa rodziców jest analizowana na gruncie psychologii i pedagogiki już od ponad 70 lat, jej niedostatek jest uznawany za podstawowy czynnik sprzyjający zachowaniom ryzykownym dzieci i młodzieży. Od czasu pojawienia się tzw. teorii krytycznej w nauce oraz badań nad modelami rozwoju autorytetu rodziców mieliśmy do czynienia z wieloma próbami wskazania optymalnych relacji rodzice–dzieci, zapewniających zrównoważony rozwój tych drugich. O ile uzasadnione stało się wsparcie pedagogicznych postulatów o potrzebie wzrostu autonomiczności dzieci i młodzieży oraz budowania relacji z nimi na zasadzie porozumienia i dialogu, o tyle nie dostrzeżono potęgi oddziaływania wzorów kultury masowej oraz masowego pojawienia się w cyberprzekazie treści destrukcyjnych. Oczekiwane zmiany będą możliwe, jeśli postulowanej podmiotowości dziecka towarzyszyć będą odpowiednie kompetencje rodziców, szczególnie w trzech obszarach:

- umiejętność rozpoznawania potencjałów dziecka i kierowania ich rozwoju na przestrzenie konstruktywne,
- wiedzy o czynnikach ryzyka oraz symptomach uzależnień behawioralnych, umiejętności zwiększania wewnętrznej odporności dziecka na nie, a także właściwego reagowania na ujawniające się problemy i zagrożenia,
- profesjonalnej edukacji dzieci na poziomie szkolnym, wspieranej przez rodziców oraz zapewnienie każdej placówce szkolnej zespołu profesjonalnych pedagogów i psychologów.

Kolejnym czynnikiem – trudnym do rozstrzygnięcia w prezentowanych rozważaniach – jest jakość współczesnej rodziny, której kondycja silnie odzwierciedla się w potencjalnych ryzykach zachowań problemowych, w tym uzależnieniach behawioralnych. Następnym tego są:

- ucieczka w cyberprzestrzeń jest tym większa, im niższa jest jakość życia rodzinnego i społecznego rozumiana np. jako silne więzi emocjonalne i wspólnotowość,
- zaburzenia jedzenia (podobnie jak kompulsywne uciekanie w świat gier lub nadmierna aktywność w social mediach) są silnie powiązane z konfliktami rodzicielskimi oraz patologiami w życiu rodziny (atomizacja, agresja, uzależnienie od alkoholu i inne uzależnienia),
- przenoszenie przez rodziców do życia domowego spraw zawodowych, szczególnie w formach patologicznych (np. pracoholizm) jest ważnym czynnikiem zwiększającym ryzyko cyberuzależnień u dzieci (szczególnie nadużywania technologii i narzędzi cyfrowych),
- brak zrozumienia dla rozwojowych potrzeb i dylematów dziecka stymuluje poszukiwanie przez nie innych form ich kompensowania.

W prezentowanym powyżej modelu trójwymiarowym mówimy zatem nie tylko o zmianach jakościowych i ilościowych samych uzależnień behawioralnych oraz ich różnorodnych uwarunkowaniach, lecz także o tkwiących poza możliwościami naszego oddziaływania cechach współczesnej kultury.

- (a) Cyberkultura wkroczyła w wiele aspektów życia współczesnego człowieka, w tym także dzieci i młodzieży. Internet wraz ze swoimi zasobami i możliwościami stanowi atrakcyjne medium i na tyle powszechne, że część dzieci i młodzieży – „wnikając w cyberprzestrzeń” – zatracą poczucie kontroli. Wkraczają tym samym w nadużywanie, a w konsekwencji dochodzą do uzależnienia od sieci. Specjaliści potrafią dokładnie określić, kiedy mamy do czynienia z cyberuzależnieniami (np. ograniczanie przez dzieci czasu na kontakty w realnym świecie na rzecz aktywności w internecie, wycofanie emocjonalne, psychiczna nieobecność, zaniedbywanie nauki, odkładanie w czasie innych ważnych spraw na rzecz korzystania z internetu). Jednak niewielka część dorosłych jest w stanie określić i wyjaśnić, co naprawdę młodzi ludzie robią w sieci, jakie treści na nich oddziałują i jaki jest ich potencjał wzorujący (np. w perspektywie teorii społecznego uczenia się A. Bandury). Wiemy zatem, czym są cyberzaburzenia, FOMO, ale niewielu specjalistów podejmie się dokładnego przeanalizowania rzeczywistych treści i wzorów promowanych np. w kreskówkach Anime, na portalach „motyli”, poznania, na czym polega formowanie „zwycięzcy w CS”, jaki jest język używany w grach akcji, jaki model mężczyzny i kobiety jest promowany w grach. Dostrzegamy także przewagę rozwiązań „siłowych” w diagnozie przy małym udziale dialogu motywującego.
- (b) Niektóre z cyberzaburzeń mogą prowadzić do utraty, a przynajmniej poważnego zaburzenia naturalnych potrzeb człowieka związanych z relacjami seksualnymi, budowaniem trwałych związków, pojmowaniem tak ważnych cech społecznych, jak wierność drugiej osobie, naturalność opieki nad osobami starszymi czy więź międzypokoleniowa.
- (c) Jest bardzo prawdopodobne, że problem ucieczki w uzależnienia behawioralne powinniśmy rozpatrywać na płaszczyźnie socjologicznej, która pozwoliła dobrze zdiagnozować subkultury młodzieżowe II połowy XX wieku. Pojawia się uzasadnione pytanie: czy uzależnienia behawioralne są ucieczką dzieci i młodzieży przed niegościnną i „zawirowaną” rzeczywistością, w której model funkcjonowania dorosłych doprowadził do zerwania tradycyjnych więzi społecznych i ciągłości kulturowej?
- (d) Diagnoza uzależnień behawioralnych u dzieci powinna zawierać także odpowiedź na pytanie, które z elementów ich osobistej struktury społecznej są najbardziej zaburzące, co należy łączyć z takimi cechami pacjenta, jak jego charakter, współwystępowanie innych zaburzeń (np. tło autystyczne, niepełnosprawności), struktura rodziny i model jej wychowawczego funkcjonowania, wartości w życiu dziecka oraz środowiska rówieśniczego i social mediów.

Pewnych wyjaśnień może dostarczać nam także analiza systemu aksjologicznego, w jakim funkcjonuje młody człowiek.

W obecnej sytuacji konieczne staje się tworzenie takich form podnoszenia kwalifikacji specjalistów, które nie tylko będą opisywały problemy na płaszczyźnie jakościowo-ilościowej, ale także zagłębią się w studia nowych zjawisk, co pozwoli na rzetelną odpowiedź na następujące pytania:

- Czy możliwe jest zmienianie ryzykownych zachowań młodych poprzez dialog motywujący, a nie środki nakazowe?
- Jakiego typu treści, za pomocą jakich mechanizmów i technik przekazu są wpajane młodym uczestnikom obszarów związanych z ryzykiem uzależnień behawioralnych, dlaczego są one dla nich tak atrakcyjne?
- Jakie kluczowe błędy wychowawcze popełniają rodzice, co stymuluje szybkie wchodzenie na ścieżkę jednego z uzależnień behawioralnych i jakie uniwersalne delegacje profilaktyczne można przekazać odbiorcy masowemu?
- W jaki sposób zainteresować media masowe, szczególnie te docierające do młodych, aby w zdecydowanie szerszej niż do tej pory skali wyjaśniały im pułapki uzależnień behawioralnych oraz zwiększały odporność na nie?
- Jak podnosić kwalifikacje specjalistów profilaktyki uniwersalnej, odwołując się do doświadczenia specjalistów profilaktyki wskazującej?
- Jakich form podnoszenia kwalifikacji potrzebują obecnie specjaliści zajmujący się diagnozą i terapią uzależnień?
- Jak dla idei profilaktyki pozyskać ikony popkultury (np. takie działania we Francji i Stanach Zjednoczonych doprowadziły do udziału wybitnych sportowców i muzyków w kampaniach antynarkotykowych)?

Podsumowanie

Na gruncie naukowym poszukujemy zawsze odpowiedzi dobrze udokumentowanych, szczególnie mających oparcie w teoriach naukowych lub twardych danych z badań empirycznych. Niestety, znacząca część z dostępnych badań, oddając „obraz” jakiegoś zachowania problemowego, nie łączy go w wyjaśnienia oparte na wielu ważnych zmiennych. Potrafimy określić skalę nadużywania smartfonów czy też występowania anoreksji oraz grupy osób młodych uprawiających hazard elektroniczny, niestety socjologiczny i psychologiczny ich obraz ukazujący te zjawiska na tle jakości rodziny, społecznego funkcjonowania dziecka w środowisku rodzinnym, cech charakterologicznych, struktury społecznej, jest rzadko obecny w polskich badaniach naukowych. Brak nam także powtarzalnych badań o charakterze longitudinalnym, podobnych np. do tzw. badania mokotowskiego (alkohol, narkotyki). Tym samym często musimy posługiwać się własną intuicją badawczą, która jest niczym innym jak powtarzalnością informacji uzyskiwanych od młodych pacjentów i ich rodziców, a także obserwacją diagnostyczną.

Nie istnieje jeden główny predyktor wchodzenia dziecka w uzależnienia behawioralne – jest to niejednorodny proces, w którym skumulowane zostają czynniki o charakterze społecznym, rodzinnym i genetycznym, wzmocnione cechami osobowości oraz zasobami psychicznymi. Bez wątplenia w ciągu ostatnich trzech lat zostały one negatywnie wzmocnione skutkami pandemii, szczególnie tymi prowadzącymi do wielomiesięcznej izolacji dziecka, ograniczenia kontaktów społecznych i nadużywania zasobów cyfrowych, a także oczywistego przemęczenia psychicznego wielu milionów dorosłych Polek i Polaków, którym przyszło się zmierzyć z nieznanym dotąd stresem.

Bibliografia

- Aldrige, A. (2006). *Konsumpcja*. Warszawa: Wydawnictwo Sic!
- Arnoldi, J. (2011). *Ryzyko*. Warszawa: Wydawnictwo Sic!
- Bezpieczeństwo dzieci i młodzieży on-line* (2019). Warszawa: Akademia NASK.
- Castells, M. (2007). *Spółeczeństwo sieci*. Warszawa: PWN.
- Fromm, E. (2017). *Patologia normalności*. Kraków: Wydawnictwo Vis a vis.
- Gosek, M. (2020). *Cyfrowy uczeń*. Toruń: Akapit.
- Jarczyńska, J. (2017). *Profilaktyka uzależnień młodzieży od nowych mediów – siecioholizm, socjomania internetowa, fonoholizm*. W: B. Jankowiak, A. Matysiak-Błaszczuk (red.). *Młodzież między ochroną a ryzykiem. Wspieranie rozwoju oraz pomoc psychologiczno-pedagogiczna dla adolescentów i adolescentek*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza.
- Jędrzejko, M., Taper, A., Kozłowski, T. (2021). *Cyberzaburzenia – Cyberuzależnienia*, Ostrowiec Świętokrzyski: Wydawnictwo WSBiP.
- Jędrzejko, M., Sarzała, D., Piestrzyński, W. (2022). *Zagrożone dorastanie i bezpieczeństwo młodzieży*, Toruń: Akapit.
- Nastolatki w sieci hazardu. Pogłębiona analiza zjawiska hazardu online z perspektywy grających nastolatków, jako grupy szczególnie narażonej na zagrożenia będące jego skutkiem* (2017). Warszawa: CBOS.
- Sommer H. (2016). Anoreksja nastolatków w świetle badań. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, t. XXXV, s. 236 i dalsze.
- Wasilewska-Ostrowska K. (red.) (2014). *Praca socjalna z osobą uzależnioną i jej rodziną*. Warszawa: Difin.
- Zachowania ryzykowne dzieci i nastolatków. Raport z badań* (2022). M. Jędrzejko, A. Taper, T. Kozłowski (red. nauk.). Józefów: CPS.

ROZDZIAŁ 14

dr hab. n. med. Anna Mosiołek,
dr n. med. Sławomir Jakima, dr Tomasz Rowiński

Triaż diagnostyczny psychiatryczno- -psychologiczno-neuropsychologiczny

Podczas zbierania wywiadu od pacjenta z podejrzeniem uzależnienia, bardzo ważne jest, żeby wywiad ten zawierał wszystkie informacje dotyczące funkcjonowania i przeżywania pacjenta. Informacje uzyskiwane od pacjenta należy uzupełnić o następujące elementy:

- występowanie w przeszłości zachowań agresywnych lub autoagresywnych (cięcie się, przypalanie, gryzienie warg, wrywanie skórek, wrywanie włosów, drapanie itp.),
- występowanie w przeszłości zachowań samobójczych/prób samobójczych (ważne jest ustalenie czy podjęte działania miały na celu zwrócenie uwagi bądź osiągnięcie jakiegoś celu dla pacjenta, czy pacjent podejmował próbę samobójczą z intencją pozbawienia się życia),
- występowanie w przeszłości urazów głowy z utratą przytomności, napadów padaczkowych,
- występowanie w przeszłości ryzykownych zachowań (również ryzykownych zachowań seksualnych),
- występowanie w przeszłości zachowań demoralizacyjnych (wagarów, przestępczości, problemów z prawem),
- czy pacjent leczył się psychiatrycznie – jeśli tak, to czy było to leczenie ambulatoryjne, czy stacjonarne, z jakim rozpoznaniem pacjent się leczył, jakie interwencje były podejmowane, czy była stosowana farmakoterapia – jeśli tak, to jaka?,
- czy pacjent leczy się na schorzenia somatyczne – jeśli tak, to jakie? Czy przyjmuje leki na stałe?

Wywiad warto jest uzupełnić o wywiad rodzinny uwzględniający zarówno przeszłą, jak i aktualną sytuację rodzinną (w tym historię ewentualnych nadużyć psychicznych, fizycznych lub seksualnych), zbieramy informacje na temat zachowania w dzieciństwie i okresie dojrzewania (rozwój, adaptacja w szkole, problemy). Ponadto, jeśli wywiad na to wskazuje, warto uzupełnić informacje pod kątem objawów ADHD. Konieczne jest również dokładne zebranie wywiadu pod kątem schorzeń somatycznych. Ważne może być uzupełnienie wywiadu o informację od rodziny, znajomych oraz poproszenie pacjenta o dostarczenie wcześniejszej dokumentacji medycznej, o ile taką pacjent posiada.

Ocena lekarska powinna uwzględniać dokładne badanie fizykalne pacjenta z uwzględnieniem wyglądu zewnętrznego, obecności śladów po wkluciaciach, śladów po autoagresji (np. cięciu, przypalaniu), tatuaży, piercingu.

Ocena psychologiczna w uzasadnionych przypadkach powinna uwzględniać ocenę intelektu oraz ocenę funkcji poznawczych. Czasami niezbędne jest poszerzenie diagnostyki o diagnostykę zaburzeń osobowości. W tym celu najczęściej rekomendowane jest stosowanie standaryzowanych kwestionariuszy MMPI *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, kwestionariusz Cattella – *Cattels 16 Personality Factor Questionnaire*, *Structured Clinical Interview DSM-IV SCID-II*, czy *BSL-23 Borderline Symptom List*.

Triaż diagnostyczny osób dorosłych – procedura postępowania przy podejrzeniu uzależnienia u pacjenta dorosłego

1. Dokładny wywiad.
 - A. Aktualny problem – opis.
 - B. Czas trwania – opis początków, rozwój do chwili obecnej.
 - C. Straty i trudności w życiu, relacjach, pracy związane z problematycznym zachowaniem.
 - D. Wcześniejsze leczenie uzależnienia, innych problemów psychicznych. Choroby psychiczne w rodzinie. Inne uzależnienia.
 - E. Choroby przebyte, obecne, zażywane leki.
Wywiad rodzinny:
 - Relacje partnerskie przeszłe i obecne.
 - Wywiad dotyczący dzieciństwa i okresu dojrzewania.
 - Traumatyczne wydarzenia.
 - Wywiad od partnera (o ile to możliwe).
 - Użycie skal i kwestionariuszy.
2. Ustalenie diagnozy.
 - Uzależnienie.
 - Zachowania szkodliwe.
 - Objawy innych chorób imitujące uzależnienie.

3. Plan terapii:
 - Kontrakt terapeutyczny.
 - Wybór metody.
 - Formy terapii – indywidualna, grupowa, partnerska. Ustalenie kolejności.
 - Ustalenie terapii partnera (współzależnienie).
 - Ustalenie potrzeby konsultacji.
 - Ustalenie potrzeby superwizji.
 - Ustalenie potrzeby farmakologii.
 - Uczestnictwo w grupach samopomocowych AE, SA, SLLA.
 - Uwzględnienie osobowości pacjenta.
 - Ocena własnych możliwości.
 - Kiedy przerwać terapię.
4. Leczenie.
 - Kontrola etapów terapii.
 - Możliwość przeformułowania kontraktu.
 - Etapy rozstania.
 - Kontakty po terapii.

Triaż diagnostyczny w grupie dzieci i młodzieży

Skuteczne zdiagnozowanie skali uzależnienia behawioralnego w przypadku dziecka i nastolatka wymaga postawienia prawidłowej diagnozy środowiska rodzinnego. Bez niej, szczególnie wdrożenia modelu wspierającego pacjenta w wychodzeniu z problemu, niemożliwe jest uzyskanie trwałych pozytywnych wyników terapii. Wszystkie kryzysowe sytuacje w rozwoju dziecka – nastolatka stanowią istotny czynnik ryzyka uzależnień behawioralnych, szczególnie tych, które mogą być rozwiązaniem ucieczkowym przed otaczającymi go, a niemożliwymi do rozwiązania problemami, np. narastające problemy edukacyjne, kryzysy małżeńskie rodziców. Podczas diagnozowania uzależnień należy brać pod uwagę czynniki indywidualne, ujawniające się już w dzieciństwie (np. temperament z nadaktywnością, impulsywność, skłonność do agresji, płaczliwość).

Procedura postępowania przy podejrzeniu uzależnienia behawioralnego u pacjenta nieletniego

Należy pamiętać, że u pacjenta poniżej 16. roku życia wszystkie decyzje diagnostyczno-terapeutyczne podejmuje jego opiekun prawny (najczęściej rodzic). W przypadku sprzeciwu jednego z opiekunów, decyzję o wdrożeniu odpowiednich oddziaływań może podjąć sąd rodzinny. W przypadku pacjenta pomiędzy 16. a 18. rokiem życia na każdą czynność diagnostyczno-terapeutyczną zgodę musi wyrazić zarówno pacjent, jak i jego opiekun prawny.

Postępowanie diagnostyczne należy rozpocząć od następujących kroków:

1. Wywiad w kierunku uzależnień behawioralnych od pacjenta.
2. Wywiad od rodzica.
3. Identyfikacja uzależnienia, wykluczenie, podejrzenie.
4. Gdy pojawia się niespójność wywiadu, przypadek pacjenta traktowany jako podejrzenie do weryfikacji.
5. Podejrzenie – powtórzenie wywiadu w ciągu 8 tygodni, zalecenie obserwacji pacjenta przez rodziców pod kątem używania nowych technologii (czas spędzany, ocena, czy korzystanie z technologii zakłóca funkcjonowanie, czy wpływa na wyniki w szkole, czy pojawia się złość/agresja podczas prób ograniczenia korzystania z technologii, czy unika aktywności, podczas których nie może korzystać z nowych technologii).
6. Wskazane uzupełnienie wywiadu o wywiad szkolny – czy używa ich w szkole/na lekcjach pomimo zakazu, czy przejawia zachowania problematyczne.
7. Samoobserwacja prowadzona przez pacjenta (codzienne zapisywanie przybliżonego czasu spędzanego na nowych technologiach, ocena nastroju, np. przy pomocy aplikacji, funkcja korzystania – dostymulowanie, interakcje, uspokojenie się, redukcja napięcia).

Jeśli jest to możliwe, warto w diagnozie uzależnień behawioralnych sięgać do wcześniejszych epikryz oraz opinii psychologiczno-pedagogicznych dziecka oraz ocen jakości jego środowiska rodzinnego.

W pracy warto wykorzystać wywiad w kierunku występowania objawów zaburzeń związanych z nowymi technologiami: zaabsorbowanie gramami/uzależnienie od internetu/mediów społecznościowych.

W celu zebrania wywiadu od pacjenta oraz jego opiekuna pomocne mogą być poniższe pytania.

Ustrukturalizowany wywiad dla opiekuna

1. Czy występują u dziecka objawy odstawienia, gdy gra/korzystanie z internetu/mediów społecznościowych jest mu odebrane lub niemożliwe, takie jak smutek, niepokój, drażliwość lub agresja?
2. Czy zaobserwował/a Pan/Pani zwiększenie tolerancji, czy dziecko ma potrzebę spędzania coraz większej ilości czasu na graniu/korzystaniu z internetu?
3. Czy ma Pan/Pani trudność w ograniczeniu grania/korzystania z internetu u dziecka? Czy występowały nieudane próby rzucenia gry/ograniczenia korzystania z internetu?
4. Czy dziecko rezygnuje z innych zajęć na rzecz korzystania z gier/internetu? Czy pojawiła się u niego utrata zainteresowania poprzednio lubianymi zajęciami z powodu grania/korzystania z internetu?

5. Czy dziecko kontynuuje grę/korzysta z internetu pomimo problemów, jakie to wywołuje?
6. Czy dziecko oszukuje członków rodziny lub inne osoby co do ilości czasu spędzonego na grach/na korzystaniu z internetu?
7. Czy zauważył/a Pan/Pani, że dziecko korzysta z gier/internetu w celu złagodzenia negatywnych nastrojów, takich jak poczucie winy lub beznadziejność?
8. Czy dziecko podejmuje ryzyko, naraża się na niebezpieczeństwo nieklasyfikowania w szkole z powodu grania/korzystania z internetu?

Ustrukturalizowany wywiad dla dziecka

1. Czy obserwujesz u siebie takie objawy, jak smutek, niepokój, drażliwość, złość czy agresję, jeśli nie możesz korzystać z internetu lub grać w gry?
2. Czy spędzasz coraz większą ilość czasu na graniu/korzystaniu z internetu? Czy spędzasz większą ilość czasu na tych aktywnościach niż pierwotnie planowałeś?
3. Czy masz problem w przerywaniu, ograniczeniu grania/korzystania z internetu? Czy podejmowałeś próby rzucenia gry/ograniczenia korzystania z internetu? Z jakim skutkiem?
4. Czy wolisz grać/korzystać z internetu, niż spotykać się ze znajomymi lub robić rzeczy, które wcześniej sprawiały ci przyjemność?
5. Czy kontynuujesz grę/korzystasz z internetu pomimo problemów, jakie to wywołuje?
6. Czy oszukiwałeś kogoś z rodziny lub inne osoby co do ilości czasu spędzonego na grach/na korzystaniu z internetu?
7. Czy korzystasz z gier/internetu w celu poprawy samopoczucia, zmniejszenia odczuwanego stresu, napięcia, poczucia winy lub beznadziejności?
8. Czy grając/korzystając z internetu zaniedbujesz szkołę i obowiązki do tego stopnia, że narażasz się na niebezpieczeństwo nieklasyfikowania w szkole z powodu grania/korzystania z internetu?

Rozpoznanie uzależnienia behawioralnego w grupie dzieci i młodzieży – dalsze postępowanie

1. W przypadku podejrzenia współistniejących zaburzeń psychicznych konieczne jest poszerzenie diagnostyki.
2. W przypadku występowania zachowań agresywnych (w tym autoagresywnych) zalecana jest konsultacja psychiatryczna.
3. W przypadku wstępnego rozpoznania chorób współistniejących zalecana jest konsultacja psychiatryczna (szczególnie przy podejrzeniu ADHD, zaburzeniach lękowych, fobii społecznej, depresji – gdy objawy wpływają na funkcjonowanie pacjenta).

4. Wdrożenie oddziaływań psychoedukacyjnych dla całej rodziny.
5. Terapia rodzin w przypadku pacjentów nieletnich.
6. Terapia indywidualna (rekomendowana w nurcie behawioralno-poznawczym).
7. Wdrożenie technik zarządzania stresem.

Działania profilaktyczne zapobiegające uzależnieniom behawioralnym w grupie dzieci i młodzieży

Działania profilaktyczne obejmują kształtowanie pozytywnych zainteresowań, wzmacnianie dziecka – nastolatka, tworzenie pola do rozwijania jego hobby, zgodnie z osobistymi zainteresowaniami, jest jednym z najważniejszych czynników ochronnych uzależnień behawioralnych. Aktualne wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 2014) dotyczące czasu spędzanego na korzystaniu ze smartfonów, komputerów czy tabletów odnoszą się wyłącznie do czasu poza nauką szkolną:

- dzieci w 1. roku życia nie powinny w ogóle być poddawane ekspozycji na ekran,
- dzieci od 2. do 4. roku życia nie powinny przekraczać 1 godz. dziennie oraz zawsze pod kontrolą osoby dorosłej,
- dzieci od 5. do 17. roku życia nie powinny przekraczać 2 godz. dziennie.

Taki czas daje względnie szansę, że dziecko, nastolatek lub później dorosły uniknie problemów związanych z nadużywaniem internetu.

Programy profilaktyczne dotyczące nadmiernego korzystania z internetu bazują najczęściej na poznawczo-behawioralnych modelach powstawania tego problemu. Dostępnych jest wiele tego typu programów, ale ich wspólnymi elementami są:

- uczenie umiejętności związanych z używaniem internetu: redukcja oczekiwań pozytywnych wobec internetu, monitorowanie myśli i uczuć wobec treści w internecie,
- uczenie umiejętności związanych z radzeniem sobie ze stresem i emocjami: wspomaganie rozwoju samooceny, systemu wartości,
- uczenie umiejętności interpersonalnych, empatii, współpracy z rówieśnikami,
- uczenie umiejętności związanych z planowaniem czasu: planowanie alternatywnych aktywności,
- uczenie umiejętności komunikacyjnych pomiędzy rodzicem/opiekunem a dzieckiem, zwiększenie czasu spędzanego z dzieckiem, rozumienie potrzeb dziecka,
- wspieranie rozwoju psychicznego rodzica (Rowicka, 2019).

Badania problemów związanych z nadużywaniem internetu i ewaluacja programów profilaktycznych wskazują, że do najważniejszych strategii powinno należeć rozwijanie umiejętności psychospołecznych zarówno dzieci, młodzieży, jak i rodziców.

Bibliografia

- Rowicka, M. (2019). *Skuteczna profilaktyka uzależnień behawioralnych*. Warszawa. ORE.
- WHO. (2014). *Public health implications of excessive use of the internet, computers, smart-phones and similar electronic devices* (dostęp: 17.05.22).
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

AUTORZY

Krzysztof Gąsior: dr hab., prof. UJK, specjalista psychologii klinicznej, psychoterapeuta Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, terapeuta rodzinny, superwizor psychoterapii uzależnień. Kieruje Świętokrzyskim Centrum Profilaktyki i Edukacji w Kielcach oraz Katedrą Psychologii Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach. Specjalizuje się w terapii rodzin i par oraz psychoterapii uzależnień. Szczególnie interesuje się problematyką osób dorosłych, dzieci osób uzależnionych od alkoholu oraz osób, które doświadczyły interpersonalnej traumy w dzieciństwie.

Sławomir Jakima: dr nauk medycznych, specjalista psychiatra-seksuolog, psychoterapeuta, superwizor zaburzeń seksualnych Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego. Od wielu lat prowadzi praktykę uzależnień. Wykładowca wielu kursów związanych z uzależnieniami, prowadzi zajęcia na uczelniach wyższych oraz w szkołach psychoterapii. Były redaktor naczelny „Seksuologii Polskiej”, autor publikacji i książek związanych z seksualnością i uzależnieniami.

Mariusz Z. Jędrzejko: dr hab. nauk humanistycznych, prof. ASNG, pedagog specjalny i socjolog, terapeuta uzależnień. Kieruje Centrum Profilaktyki Społecznej oraz Ośrodkiem Wsparcia dla Dzieci i Dorosłych z Zaburzeniami i Uzależnieniami w Józefowie, specjalizującym się w problematyce cyberuzależnień. Autor skali CPS-TC (2022) do badania cyberzaburzeń-cyberuzależnień u dzieci i młodzieży.

Józef Leśniak: certyfikowany specjalista psychoterapii uzależnień, superwizor rekomendowany przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, absolwent szkoły psychoterapii Krakowskiego Centrum Psychodynamicznego. Prowadzi specjalistyczne szkolenia z zakresu psychoterapii uzależnień. W pracy terapeutycznej i superwizyjnej kieruje się paradygmatem psychodynamicznym, od 38 lat pracuje w Poradni Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień Monar w Jeleniej Górze.

Anna Mosiołek: dr hab. nauk medycznych, specjalista psychiatra, specjalista terapii środowiskowej, psychoterapeuta. Kierownik Zakładu Psychiatrii Środowiskowej NOZ Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, dyrektor Centrum Zdrowia Psychicznego Piaseczno, przewodnicząca Mazowieckiej Rady Zdrowia Psychicznego. Autorka i współautorka 54 rozdziałów w monografiach i podręcznikach naukowych, redaktor naukowy 8 monografii z zakresu psychiatrii, autorka i współautorka ponad 100 publikacji naukowych. Łączy doświadczenie kliniczne z wiedzą teoretyczną i badaniami naukowymi.

Andrzej Peda: specjalista psychoterapii uzależnień, specjalista psycholog kliniczny, psychoterapeuta SNP PTP, seksuolog kliniczny, superwizor leczenia zaburzeń seksualnych Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego. Wykładowca na kursach terapii uzależnień. Pracuje w nurcie integracyjnym.

Tomasz Rowiński: dr psychologii, autor i współautor ponad kilkudziesięciu artykułów z obszaru psychologii osobowości, zaburzeń osobowości oraz psychologii zachowań on-line. Pracuje w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie na stanowisku adiunkta oraz zastępcy dyrektora. Opracował autorski model EZRA, w którym opisał strukturę oraz zasady współpracy i leczenia dzieci i rodzin, które doświadczają kryzysów psychicznych. Pomysłodawca, założyciel i prezes EZRA UKSW sp. z o.o., uniwersyteckiego podmiotu leczniczego, który w wielu miejscach wdraża model EZRA w psychiatrii środowiskowej dzieci i młodzieży.

Sławomir Ślaski: dr nauk społecznych w zakresie psychologii klinicznej. Prowadzi zajęcia z diagnozy psychologicznej i psychologii uzależnień na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Opublikował kilkadziesiąt artykułów w Polsce i za granicą z zakresu psychologii uzależnień, samoświadomości, transgresji i lęku przed śmiercią. Pracuje jako specjalista terapii uzależnień z dorosłymi osobami pochodzącymi z rodzin dysfunkcyjnych.