

MAGDALENA ROWICKA

UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE

PROFILAKTYKA I TERAPIA

Magdalena Rowicka

UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE

Terapia i Profilaktyka

Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii
Fundacja Praesterno

UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE
Terapia i Profilaktyka

Autor:
Magdalena Rowicka

Redakcja językowa i korekta:
Teresa Szustrowa

Nadzór merytoryczny:
Tomasz Kowalewicz

Projekt typograficzny, okładki i skład:
Ewa Jarosiewicz – Exact
studio@exact.waw.pl; www.exact.waw.pl

© by Minister Zdrowia, Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii.
Warszawa, 2015

ISBN 978-83-940806-1-7

Egzemplarz bezpłatny

Wydawca:
Fundacja Praesterno
ul. Widok 22 lokal 30, 00-023 Warszawa
tel. 22 621 27 98 i 22 621 28 98; faks 22 621 21 99
biuro@praesterno.pl; www.praesterno.pl

Druk:
Ergo BTL spółka z o. o., sp. k.
ul. Szkoły Orłąt 4, 03-984 Warszawa

SPIS TREŚCI

Od Autorki	5
Część 1. Uzależnienia behawioralne	6
Rozdział 1. Wprowadzenie do problematyki uzależnień behawioralnych	6
1.1. Definicja uzależnień behawioralnych	7
1.2. Uzależnienia behawioralne a uzależnienia od substancji psychoaktywnych	8
1.3. Etiologia	11
Rozdział 2. Hazard	20
2.1. Zaburzenie uprawiania hazardu	20
2.2. E-hazard	29
Rozdział 3. Zespół uzależnienia od internetu	33
3.1. Komputer i internet	33
3.2. Granie w gry	36
3.3. Cyberseks	40
Rozdział 4. Inne zachowania kompulsywne	47
4.1. Kompulsywne kupowanie	47
4.2. Pracoholizm	51
4.3. Uzależnienie od ćwiczeń fizycznych	57
4.4. Ortoreksja	60
4.5. Tanoreksja	63
Część 2. Profilaktyka	69
Rozdział 5. Koncepcje profilaktyki	69
5.1. Poziomy profilaktyki	71
5.2. Strategie profilaktyczne	73
5.3. Czynniki chroniące i czynniki ryzyka	76
5.4. Standardy	78
Rozdział 6. Przegląd programów profilaktycznych	79
Część 3. Terapia	89
Rozdział 7. Terapia poznawczo-behawioralna (CBT)	91
7.1 Wprowadzenie	91
7.2. Założenia	94
7.3. Model poznawczy	95

7.4. Struktura terapii	96
7.5. Ocena skuteczności	99
Rozdział 8. Dialog Motywujący	103
8.1. Główne idee Dialogu Motywującego	104
8.2. Zastosowanie Dialogu Motywującego	108
Rozdział 9. Inne podejścia terapeutyczne	111
9.1. Terapie systemowe	111
9.2. Transteoretyczny model zmiany (TTM)	114
9.3. Terapia redukcji szkód (HRT)	116
9.4. Interwencje kryzysowe	118
9.5. Inne metody psychokorekcyjne	119
9.6. Farmakoterapia	123
Rozdział 10. Przegląd przykładowych strategii terapeutycznych	129
10.1. Hazard	129
10.2. Kompulsywne kupowanie	133
10.3. Internet	134
10.4. Cyberseks	140
Na zakończenie	145

Od Autorki

Zjawisko uzależnień jest najczęściej kojarzone z zażywaniem substancji psychoaktywnych, choć od niedawna także z czynnościami. Uzależnienia behawioralne (czy nałogi behawioralne) stanowią wyzwanie dla klinicystów, lekarzy (np. lekarzy pierwszego kontaktu), psychologów, terapeutów, jak również dla szerokiego grona osób pracujących z młodzieżą (np. w świetlicach socjoterapeutycznych), głównie za sprawą braku wiedzy na temat ich istoty czy przebiegu. Niniejsza pozycja stanowi próbę kompleksowego ujęcia charakterystyki tzw. uzależnień czy nałogów behawioralnych – ich koncepcji nozologicznej, podejść terapeutycznych i strategii profilaktycznych. Jej publikacja wynika z rosnącej potrzeby zapewnienia podstawowej wiedzy lekarzom i terapeutom, którzy coraz częściej będą spotykali się w swojej praktyce z osobami wykazującymi zaburzenia w tych obszarach zachowań. Niniejsza publikacja jest przeznaczona zarówno dla Czytelnika, który w swojej praktyce nie miał okazji spotkać się osobami uzależnionymi behawioralnie, jak również dla Czytelnika, który ma pewne doświadczenie w tym obszarze, a zaprezentowany materiał pozwoli na skonfrontowanie doświadczeń z doniesieniami z literatury i badań klinicznych.

Książka została podzielona na trzy części – pierwsza jest poświęcona charakterystyce poszczególnych uzależnień behawioralnych – od hazardu, internetu i gier, zakupów, pracy, ćwiczeń, jedzenia i opalania się. W tej części Czytelnik znajdzie opis każdego z zaburzeń na podstawie kryteriów diagnostycznych, ich charakterystykę, jak i informacje na temat narzędzi diagnostycznych. W drugiej części omówione zostały koncepcje profilaktyczne – podejścia teoretyczne, strategie i wybrane programy (mimo iż niewiele programów dotyczy profilaktyki uzależnień behawioralnych sensu stricto). Część trzecia poświęcona jest zagadnieniom terapeutycznym, w tym charakterystyce koncepcji terapii poznawczo-behawioralnej, jak i Dialogu Motywującego, tj. dwóch podejść terapeutycznych, których efekty zostały potwierdzone w badaniach. W tej części zostały omówione również inne podejścia, takie jak terapia redukcji szkód (ang. *Harm Reduction Therapy*) czy podejście oparte na koncepcji *mindfulness*. Ostatni rozdział przedstawia charakterystykę przykładowych programów terapeutycznych (głównie modyfikacji terapii poznawczo-behawioralnych z elementami motywacji). Część poświęcona opisowi podejść terapeutycznych nie stanowi podręcznika do terapii, ale zestaw wskazówek do zastosowania różnych podejść. Niniejsza pozycja ma za zadanie zainspirować Czytelnika do poszukiwania bardziej szczegółowych informacji, jak również do wdrażania opisanych w niej technik i strategii w swojej pracy (terapeutycznej, profilaktycznej, wychowawczej czy naukowej).

Część 1.

Uzależnienia behawioralne

Rozdział 1. Wprowadzenie do problematyki uzależnień behawioralnych

Terminem „uzależnienia behawioralne” określa się formy zaburzeń (nałogów) nie związanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, a z niekontrolowanym wykonywaniem pewnych czynności (np. graniem w gry hazardowe). Formalnie, do grupy tych zaburzeń możemy zaliczyć jedynie zaburzenie uprawiania hazardu, natomiast nieformalnie – szereg zachowań, które stanowią przejaw patologii ze względu na intensywność ich podejmowania (i na konsekwencje, jakie ponosi jednostka), a nie sam fakt angażowanie się w nie. To właśnie odróżnia tzw. uzależnienia behawioralne od zachowań problemowych czy ryzykownych, do których możemy zaliczyć np. porzucanie szkoły (Jessor, 1998). Zatem, poza uprawianiem hazardu, do tzw. uzależnień behawioralnych należą również zachowania przystosowawcze, np. robienie zakupów czy uprawianie ćwiczeń fizycznych, jeśli wykonywane są kompulsywnie i niosą negatywne konsekwencje dla jednostki i jej otoczenia. Termin „uzależnienia behawioralne” oficjalnie nie funkcjonuje w żadnej z klasyfikacji chorób i zaburzeń, tj. ani w ICD 10 (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów, ang. *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)¹, ani w DSM-IV (Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Natomiast, w klasyfikacji DSM-V pojawiła się nowa podgrupa zaburzeń, do których zostało włączone zaburzenie uprawiania hazardu. Hazard patologiczny (klasyfikacja wg DSM-IV) został zastąpiony przez zaburzenie uprawiania hazardu i znalazł się w kategorii „zaburzeń używania substancji i nałogów” (ang.

¹ Klasyfikacja ICD, stworzona przez Światową Organizację Zdrowia WHO obowiązuje w świecie medycznym, podczas gdy klasyfikacja zaburzeń psychicznych DSM jest używana przez psychologów i psychiatrów (w tym, głównie w Stanach Zjednoczonych). W Polsce, jak i innych krajach europejskich, podstawą do postawienia diagnozy jest klasyfikacja ICD, a w związku z tym, diagnoza lekarza psychiatry. Jednak bardzo często to psycholog lub terapeuta (nie będący psychiatrą) są specjalistami, do których osoby uzależnione (od substancji czy od zachowania) kierują pierwsze kroki.

Substance-Related and Addictive Disorders, DSM-V), w podkategorii „zaburzeń nie związanych z substancjami” (ang. *Non-Substance Related Disorders*, DSM-V), które można interpretować jako zaburzenia związane z zachowaniem (behawioralne). W związku z tym, że w samej klasyfikacji DSM-V termin uzależnienie został zastąpiony terminami „zaburzenie” czy „nałóg”, należałoby rozważyć także zmianę terminologii w obszarze tzw. „uzależnień behawioralnych” (np. nałogi czy zaburzenia behawioralne). W niniejszej publikacji termin tzw. uzależnień behawioralnych będzie się pojawiał jako nazwa kategorii, natomiast większość konkretnych zaburzeń będzie opisywana w kontekście (właśnie) zaburzeń a nie uzależnień (np. zaburzenie grania w gry komputerowe). Resumując, tzw. uzależnienia behawioralne od maja 2013 (data opublikowania klasyfikacji DSM-V) obejmują **zaburzenie uprawiania hazardu** (dawniej hazard patologiczny).

Kolejnym obszarem, który był rozpatrywany jako potencjalnie możliwy do włączenia (do kategorii uzależnień behawioralnych) był obszar związany z **zaburzeniem korzystania z internetu** (ang. *Internet Addiction Disorder*, Tao i in., 2010). Jednak w związku z niewystarczającymi danymi empirycznymi, zaburzenie korzystania z internetu nie znalazło się w klasyfikacji. Natomiast, do obszaru wymagającego dalszych badań (APA, 2013), włączono **zaburzenie związane z graniem w gry internetowe** (ang. *Internet Gaming Disorder*). Pozostałe kategorie tzw. uzależnień behawioralnych (od seksu, od ćwiczeń czy od zakupów) były także brane pod uwagę, ale w związku z brakiem satysfakcjonujących danych empirycznych nie zostały opisane w klasyfikacji DSM-V.

1.1. Definicja uzależnień behawioralnych

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne formalnie potwierdziło istnienie uzależnień/nałogów behawioralnych w maju 2013 poprzez opublikowanie piątej rewizji klasyfikacji DSM i włączenie zaburzenia uprawiania hazardu do kategorii zaburzeń i nałogów. Do podstawowych kryteriów służących do opisu (i diagnozy) uzależnień behawioralnych należą: (1) zaabsorbowanie; (2) modyfikacja nastroju; (3) tolerancja; (4) symptomy odstawienne; (5) konflikt (na trzech wymiarach); (6) nawroty (por. Griffiths, 2005).

Zaabsorbowanie oznacza, że dane zachowanie zaczyna dominować nad pozostałymi, że staje się najważniejszą aktywnością. **Modyfikacja nastroju** odnosi się do efektu, jaki przynosi dane zachowanie – najczęściej stanowi przejaw (nieprzystosowawczych) mechanizmów radzenia sobie (ang. *coping mechanisms*) np. z problemami czy z negatywnym nastrojem. **Tolerancja** natomiast odnosi się do rosnącego zapotrzebowania na dane zachowania w celu uzyskania po-

dobnego poziomu gratyfikacji – taką gratyfikacją jest najczęściej modyfikacja nastroju. Wskaźnikiem rosnącego zapotrzebowania może być wydłużanie się czasu poszczególnych epizodów zachowania i/lub wzrost częstości epizodów czy ich intensywności (jakości). **Symptomy odstawienne** oznaczają symptomy psychiczne i/lub fizyczne w przypadku utrudnienia lub uniemożliwienia wykonania pożądanego zachowania (np. poirytowanie, złość, smutek czy drżenie rąk). Kryterium **konfliktu** opisuje rozdźwięk na trzech poziomach – pomiędzy osobą a jej najbliższym otoczeniem, np. rodziną czy przyjaciółmi (tzw. konflikt interpersonalny), pomiędzy osobą a jej innymi aktywnościami, np. pracą, nauką czy zainteresowaniami, i konflikt intra-psychiczny (tzw. intrapersonalny), który można opisać jako przeżywanie negatywnych emocji na skutek angażowania się w dane zachowania (lub na skutek subiektywnego wrażenia utraty kontroli nad nim). Kryterium **nawrotu** opisuje tendencję do powracania do tych samych czy podobnych wzorców danego zachowania po okresach całkowitej lub częściowej abstynencji.

Powyższa próba zdefiniowania uzależnień behawioralnych odpowiada na pytanie: co czyni dane zachowanie uzależnieniem, choć wiele osób, które przejawiają pierwsze symptomy uzależnienia zaprzeczają mu (np. „przecież ja to lubię”, albo „lepiej, że to granie w totolotka od czasu do czasu a nie picie”). Większość zachowań, od których można się uzależnić to zachowania stanowiące przejaw przystosowawczego funkcjonowania (np. seks, zakupy, praca, zdrowe jedzenie), stąd niełatwo nakreślić granicę pomiędzy silnym zaangażowaniem wynikającym z pasji a początkami problemu. Problem zaczyna się, kiedy wykonywanie opisanych zachowań osiąga pewien stopień fiksacji i ma negatywne konsekwencje dla jednostki i jej najbliższego otoczenia (Griffiths, 2005).

1.2. Uzależnienia behawioralne a uzależnienia od substancji psychoaktywnych

Mimo iż pierwsze definicje i kryteria diagnostyczne patologicznego hazardu zostały zaczerpnięte z definicji uzależnienia od alkoholu, nie oznacza to, że te dwa rodzaje uzależnień są tożsame. Najważniejsze różnice wynikają z **charakteru środka**, który staje się przedmiotem uzależnienia – w przypadku uzależnień od substancji jest to substancja przyjmowana z zewnątrz, natomiast w przypadku uzależnień behawioralnych jest to zachowanie, które najczęściej stanowi składową zdrowego funkcjonowania człowieka. Mimo różnic w środku będącym przedmiotem uzależnienia, zmiany biochemiczne, w tym zmiany na poziomie neuroprzekazników są podobne i dotyczą głównie ścieżek dopaminergicznych i serotonergicznych. Kolejna różnica dotyczy założenia **pełnej abstynencji**.

W przypadku uzależnień od substancji psychoaktywnych często (z wyjątkiem np. terapii redukcji szkód, ang. *Harm Reduction Therapy*) podstawą leczenia jest całkowita abstynencja od substancji uzależniającej (np. od alkoholu). W przypadku uzależnień behawioralnych całkowita abstynencja od uzależniającego zachowania jest niemal niemożliwa. Wyjątek stanowi hazard – osoba po zakończonej terapii nie powinna angażować się w żadne zachowania związane z uprawianiem hazardu – nie chodzić do kasyna, nie grać w Toto–Lotka itp. Nawet w przypadku zaburzenia uprawiania hazardu należy uzgodnić z klientem co jest jego celem – redukcja szkód (ograniczenie grania) czy całkowita abstynencja (Tatarsky, 2002).

Celem terapii uzależnień behawioralnych nie jest zaniechanie przez klienta wykonywania danego zachowania (np. zakupów w przypadku zakupoholika, czy seksu w przypadku seksoholika), a zmiana formy – z patologicznej na przystosowawczą, np. wypracowanie prawidłowych wzorców robienia zakupów (u zakupoholików), jedzenia (u ortorektyków) czy uprawiania seksu (u seksoholików). Tymczasowa abstynencja może stanowić część terapii (najczęściej w początkowej fazie), np. kiedy częstotliwość angażowania się w zachowanie będące przedmiotem uzależnienia uniemożliwia kontakt. Zatem abstynencja rozumiana jako całkowite powstrzymanie się od danego zachowania nie powinna stanowić celu terapii (z wyjątkiem hazardu). Takim celem powinno być wypracowanie prawidłowych wzorców danego zachowania. Kolejną różnicą jest **brak detoksykacji** w przypadku uzależnień behawioralnych (co wynika z natury środka uzależniającego). W przypadku uzależnień od substancji psychoaktywnych bardzo często pierwszym krokiem w terapii jest detoksykacja, czyli oczyszczenie organizmu osoby uzależnionej z substancji uzależniającej (np. w przypadku uzależnienia od narkotyku, alkoholu czy tytoniu). W przypadku uzależnień behawioralnych niemal nie mamy do czynienia z konwencjonalną formą detoksykacji – jedynie w przypadku przyjmowania substancji będących środkiem do realizacji uzależnienia, np. sterydów u bigorektyków. W związku z charakterystyką środka będącego przedmiotem uzależnienia, ważną różnicą pomiędzy omawianymi formami uzależnienia są **odmienne konsekwencje dla zdrowia i życia**. Uzależnienia behawioralne zdecydowanie rzadziej prowadzą do trwałej niepełnosprawności czy śmierci niż uzależnienia od substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol, narkotyki czy tytoń. Jest to bezpośrednio związane z czynnikiem uzależniającym – substancja psychoaktywna przyjmowana z zewnątrz versus uporczywe powtarzanie zachowania. Niemniej, poszczególne uzależnienia behawioralne (np. od jedzenia, ćwiczeń fizycznych, czy czynności seksualnych) mogą wiązać się z poważnymi konsekwencjami dla zdrowia i życia. Niekontrolowana potrzeba uprawiania seksu może zwiększać ryzyko zachorowania na choroby przenoszone drogą płciową, jak również prowadzić do zaburzeń rytmu serca; ortoreksja może prowadzić do poważnych niedoborów witamin i minerałów (podobnie jak

w przypadku anoreksji); przyjmowanie sterydów przez osoby uzależnione od ćwiczeń fizycznych może prowadzić np. do impotencji. Uzależnienie od hazardu, w ostatniej fazie – utraty nadziei, może prowadzić do alkoholizmu, ale także do prób samobójczych. Znane są przypadki młodych osób, które zmarły po wielogodzinnych grach w gry komputerowe/internetowe na skutek deprywacji potrzeb fizjologicznych.

W przypadku uzależnień od substancji psychoaktywnych istnieje bardzo wysokie **ryzyko przedawkowania**, którego konsekwencje związane są ze stałym silnym upośledzeniem funkcjonowania lub ze śmiercią. W przypadku uzależnień behawioralnych takie ryzyko jest bardzo małe (mimo sporadycznych przypadków opisanych powyżej).

Zaburzenia funkcji poznawczych występują zarówno u osób uzależnionych od czynności jak i od substancji psychoaktywnych, jednak różnią się ze względu na toksyczne działania (lub jego brak) substancji uzależniającej, jak również jej rodzaju. Zaburzenia funkcji poznawczych w przypadku uzależnień behawioralnych są związane np. z wybiórczą pamięcią pewnych sytuacji (np. wygranych przez hazardzistów), tj. z pewnymi zniekształceniami poznawczymi nie wynikającymi z tymczasowego lub stałego upośledzenia morfologicznego (np. zatrucia alkoholowego). Kolejną różnicą, która niesie ze sobą ważne konsekwencje, jest **odmienne postrzeganie przez społeczeństwo uzależnień od substancji i od czynności**. Samo uzależnienie od substancji jest postrzegane jako choroba, poważne zaburzenie, które należy poddać leczeniu, natomiast uzależnienia behawioralne są traktowane jako fanaberia, a osoby uzależnione od czynności – jako niepoważne (CBOS, 2012). Badania przeprowadzone na reprezentacyjnej próbie Polaków pokazały, że co czwarta osoba badana (27,9%) uważała, że za uzależnienie od czynności odpowiadają „ograniczone mechanizmy kontroli, słaby charakter, słaba psychika, słaba wola”, a co piąta (21,1%), że osoby uzależnione od czynności „mające pieniądze na grę – są bogate, wysoko postawione” (CBOS, 2012, s. 349). Uzależnienie od alkoholu czy narkotyków było postrzegane jako zagrażające życiu (średnie odpowiednio 9,3 i 9,6 w skali od 1 do 10), podczas gdy od zakupów, pracy czy internetu jako mało zagrażające przyzwyczajenie (średnie odpowiednio 5,3; 5,8 i 6,4 w skali od 1 do 10) (CBOS, 2012, s. 345). Konsekwencją odmiennego postrzegania uzależnień od substancji i od czynności jest także odmienny stosunek do finansowania terapii w ramach ubezpieczenia zdrowotnego – w odniesieniu do uzależnienia od alkoholu i narkotyków badani odpowiadali, że raczej powinno się finansować terapię w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (średnie 7,2 i 7,3 w skali od 1 do 10, gdzie 1 oznacza zdecydowanie nie powinno się a 10 – zdecydowanie powinno się), podczas gdy w przypadku uzależnień behawioralnych oceniali, że nie

powinno się finansować terapii ze środków publicznych (zakupy – 3,1; praca – 3,4, internet – 3,8; hazard – 4,4). Warto zwrócić uwagę, że obecnie można formalnie (w ramach ubezpieczenia zdrowotnego) prowadzić terapię uzależnień od alkoholu, narkotyków i hazardu. Uzależnienia behawioralne są postrzegane przez społeczeństwo jako mało zagrażające i mało niebezpieczne, co prowadzi do bagatelizowania pierwszych symptomów i przyzwolenia na nie. Brak adekwatnej wiedzy na temat mechanizmów uzależniania się i stereotypy na temat osób uzależnionych mogą prowadzić do coraz większego rozpowszechnienia samych form zaburzeń i relatywnie późnego zgłaszania się o pomoc, jak również ograniczonej dostępności samej pomocy (liczba ośrodków, gdzie można podjąć bezpłatną terapię).

Kolejna różnica pomiędzy uzależnieniami od substancji i od czynności wynika ze **zmiany podejścia do koncepcji uzależnienia** (nałogu) – uzależnienia od substancji traktuje się zdecydowanie częściej jako chorobę, a osobę uzależnioną jako pacjenta, który poddaje się leczeniu. Natomiast uzależnienia behawioralne traktuje się coraz częściej jako pewne kontinuum intensywności danego zachowania, na którego krańcu znajduje się forma wysoce nieprzystosowawcza. Taka zmiana podejścia wiąże się także ze zmianą terminologii – zamiast o pacjencie mówimy o kliencie, a zamiast o leczeniu – o terapii. Ta zmiana podejścia do koncepcji jest po części związana z rozpowszechnieniem dwóch podejść terapeutycznych – poznawczo-behawioralnego i Dialogu Motywującego.

1.3. Etiologia

Podobnie jak w przypadku uzależnień od substancji psychoaktywnych, tak i w przypadku uzależnień behawioralnych nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie „dlaczego?”. Badania nie wyjaśniają w pełni mechanizmów odpowiedzialnych za uzależnienia od substancji psychoaktywnych czy za uzależnianie się od czynności (Goldman i Rather, 1993).

Obecnie przyjmuje się, że **model biopsychospołeczny** jest modelem integrującym większość dotychczasowych podejść zarówno w obszarze uzależnień chemicznych, jak i behawioralnych. Model biopsychospołeczny (por. Griffiths, 2005) łączy czynniki biologiczne (np. predyspozycje genetyczne), czynniki psychologiczne (emocjonalne, poznawcze i behawioralne) z tzw. obszarem czynników społeczno–kulturowych (np. wpływ środowiska rodzinnego, różnicowego, jak i szeroko rozumianej kultury czy społeczeństwa). Model ten czerpie z innych, często opisywanych w literaturze modeli, np.:

1. modelu domen Huba i Bentlera, zaproponowanego po raz pierwszy w 1980 roku; model ten obejmuje cztery tzw. domeny wpływu: (1) biologiczne, (2) osobowościowe, (3) interpersonalne i (4) społeczno-kulturowe. Teoria ta w swojej oryginalnej formie odnosiła się do uzależnień od substancji psychoaktywnych, ale została zaadaptowana także do uzależnień od czynności;
2. teorii zachowań problemowych (Jessor, 1987; Jessor, Turbin i Costa, 1998), zgodnie z którą angażowanie się w dane zachowania (problemowe lub konwencjonalne) pozwala realizować cele rozwojowe, zaspakajając potrzeby psychologiczne (np. autonomii, ale także akceptacji) i radzić sobie z trudnymi sytuacjami. Zgodnie z tą teorią angażowanie się w zachowania problemowe jest wypadkową oddziaływania (i interakcji) trzech grup zmiennych: (a) zmiennych wyjściowych i podstawowych, (b) zmiennych społeczno-psychologicznych i (c) zmiennych związanych z zachowaniami społecznymi (Jessor, 1998). Pierwsza grupa zmiennych – wyjściowe i podstawowe – skupia się wokół dwóch czynników: struktury społeczno-demograficznej (wykształcenie rodziców i wykonywane przez nich zawody, przekonania religijne i struktura rodziny) i procesów socjalizacji (tradycyjne przekonania rodziców, style wychowania opisane na wymiarach kontroli i ciepła, zainteresowania rówieśników, wpływ środków masowej informacji). Druga grupa zmiennych – społeczno-psychologicznych – opisuje dwa systemy: system osobowości i spostrzegania społecznego. Na system osobowości składają się: wartości i związana z nimi motywacja (np. w obszarze osiągnięć szkolnych), przekonania (w tym krytycyzm), samoocena, poczucie kontroli, tolerancja wobec dewiacji, religijność (Jessor, Turbin i Costa, 1998). Na system spostrzegania środowiska składa się tzw. struktura bliższa i dalsza. Struktura bliższa ma silniejszy wpływ na skłonność angażowania się w zachowania problemowe, a należą do niej stosunek rodziców i rówieśników do zachowań antyspołecznych, natomiast struktura dalsza ma mniejszy wpływ na skłonność do zachowań problemowych i należą do niej niskie wsparcie ze strony rodziców i rówieśników oraz niski poziom zgodności norm pomiędzy rodzicami a przyjaciółmi (por. Gaś, 2003);
3. koncepcji czynników ryzyka i czynników chroniących – koncepcji zgodnej z modelem ekologicznym Bronfenbrennera, jak i koncepcją *resilience* (Ostaszewski, Rustecka-Krawczyk i Wójcik, 2009; Borucka i Ostaszewski, 2008).

Zarówno model domen, teoria zachowań problemowych jak i koncepcja czynników chroniących i czynników ryzyka opisują, choć w różnym stopniu, trzy podstawowe komponenty: (1) biologiczno-genetyczny; (2) psychologiczny i (3) społeczno-kulturowy.

Czynniki biologiczno-genetyczne obejmują uwarunkowania biologiczne jednostki, które wynikają w dużej części z uwarunkowań genetycznych, ale nie oznacza to, że geny są w sposób bezpośredni odpowiedzialne za uzależnianie się (Goodman, 2008). Natomiast to geny w dużej mierze są odpowiedzialne za specyficzne uwarunkowania biologiczne, które w określonych okolicznościach (psychologicznych i społecznych) mogą sprzyjać podatności na uzależnianie się (w tym występowanie i siłę objawów odstawiennych czy nawrotów).

Próby identyfikacji czynników biologicznych w uzależnieniach behawioralnych (czy w szerszym ujęciu – w zaburzeniach zachowania) skupiają się wokół badań wykorzystujących neuroobrazowanie (głównie fMRI i PET). Podstawowym modelem neurobiologicznym jest model związany z układem nagrody i neuroprzekaznikami (głównie dopaminą i serotoniną). W rozwoju uzależnień od substancji, ale także od czynności (hazardu), główną rolę w procesach wzmocnienia (warunkowanie), jak i procesach motywacyjnych (dążenie do przedmiotu uzależnienia), odgrywa właśnie układ nagrody (mezolimbiczny układ dopaminowy, ang. *reward system*). Układ ten jest odpowiedzialny za kontynuowanie (powtarzanie) zachowań niezbędnych do przetrwania (w tym zaspakajania głodu czy pragnienia, jak również przekazywania genów potomstwu) (Weiss, 2005), natomiast jego dysfunkcje prowadzą do odczuwania przyjemności po wykonywaniu zachowań problemowych czy ryzykownych. Na układ nagrody składają się następujące struktury: (1) szlaki dopaminowe z pola brzuszego nakrywki śródmózgowia (*ventral tegmental area – VTA*) do struktur limbicznych przodomózgowia (jądro półleżące przegrody; *nucleus accumbens – NAC*); (2) brzuszno-przednia część jądra ogoniastego; (3) ciało migdałowate; (4) kora przedczołowa (*prefrontal cortex*); (5) hipokamp (*hippocampus*) i (6) prążkowie (*striatum*). NAC jest strukturą silnie związaną z procesem warunkowania, kora przedczołowa – z procesem nabywania i utrwalania zachowań (pamięć operacyjna i procesy poznawcze, takie jak przewidywanie czy planowanie), a ciało migdałowate – z wytwarzaniem asocjacji pomiędzy bodźcem (zachowaniem) a reakcją (odczuwaniem nagrody) (Nestler, 2001). Hipokamp natomiast uczestniczy w rozwoju pamięci deklaratywnej i w procesach uczenia. Wiele bodźców mających charakter nagrody (np. pokarm czy czynności seksualne) nasila przekaznictwo dopaminowe (poprzez zwiększenie wydzielania dopaminy lub hamowania wychwyty zwrotnego).

Ważną rolę odrywają również szlaki serotoninowe (z jąder szwu do struktur limbicznych) i szlaki adrenergiczne. Badania wskazują, że upośledzona kontrola impulsów (w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych) jest związana ze zmianami w systemie serotoninergetycznym.

Badania sugerują także, że serotonina i dopamina odgrywają istotną rolę w rozwoju i podtrzymywaniu zachowań kompulsywnych – zaburzenia w systemach serotoninergetycznych i dopaminergicznych (powiązanych z układem nagrody) współwystępują z zaburzeniami kontroli (por. Blum, Cull, Braverman i Comings, 1996). Mimo że rola dopaminy i serotoniny wydaje się znana, dzięki zaawansowanym metodom badań uzyskujemy wyniki wskazujące na bardziej złożone zależności pomiędzy dopaminą a innymi układami neuroprzekaznikowymi, takimi jak: glutaminergiczny, GABA-ergiczny, endokannabinoidowy, endogenny opioidowy (β -endorfina), osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej (sekrecja hormonów odpowiedzialnych za stres, w tym kortykosteroidów) (Nestler, 2005).

Badania z zastosowaniem neuroobrazowania (głównie fMRI) sugerują, że mechanizmy uzależnienia od substancji (kokainy) i od zachowania (uprawiania hazardu) mogą być bardzo podobne (Potenza, 2006), a co się z tym wiąże, podejścia terapeutyczne (w tym wypadku farmakoterapia) mogą być podobnie efektywne. Mimo że żadna substancja chemiczna (żaden lek) nie została, jak dotąd, formalnie zaakceptowana do leczenia zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych czy uzależnień behawioralnych, istnieje krótka lista środków, które wydają się przynosić efekty (np. naltrekson).

Czynniki psychologiczne obejmują bardzo szeroki wachlarz zmiennych zaczerpniętych z teorii poznawczo-behawioralnych, psychoanalitycznych czy motywacyjnych, stąd do form terapii najczęściej stosowanych zalicza się terapie w nurcie poznawczo-behawioralnym (Ryan, 2013), terapie psychodynamiczne (lub ich komponenty) i terapie oparte na koncepcji wspierania motywacji (Dialog Motywujący; Miller i Rollnick, 2002).

Nie sposób wymienić wszystkich czynników psychologicznych, które stanowią korelaty osobowościowe czy temperamentalne uzależnień, ale wiele przykładów podano w poszczególnych rozdziałach opisujących poszczególne zaburzenia. Do najczęściej omawianych należą: spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (Brewer i Potenza, 2008), problemy z regulacją afektu (głównie negatywnego), niska samoocena, deficyty psychospołeczne (np. w zakresie umiejętności interpersonalnych, umiejętności rozwiązywania problemów).

Badania potwierdzają związek impulsywności ze zwiększoną skłonnością do zachowań ryzykownych. Impulsywność można zdefiniować jako nieadaptacyjną pobudliwość emocjonalną – upośledzoną kontrolę popędów, bezrefleksyjność, niską odporność na stres. Wysoka impulsywność stanowi korelat zachowań antyspołecznych, uzależnień od substancji, czy uzależnień behawioralnych (np. zaburzenia uprawiania hazardu czy kleptomanii; Robbins, Gillan, Smith, de Wit i Ersche, 2011). Natomiast kompulsywność sprowadza się do uporczywego powtarzania zachowania, które nie jest stosowne do danej sytuacji. Takie stereotypowe zachowania prowadzą najczęściej do negatywnych konsekwencji dla jednostki. Kompulsywność stanowi podstawową oś opisu zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (ang. *obsessive-compulsive disorder*, OCD), jak również komponent zaburzeń odżywiania, uzależnień od substancji czy uzależnień behawioralnych (np. związanych z korzystaniem z internetu). Znana jest rola impulsywności i kompulsywności we wczesnych fazach rozwoju uzależnienia od substancji, jak i w podtrzymywaniu uzależnienia w późniejszej fazie. Skłonności do zachowań impulsywnych leżą u podłoża angażowania się w całe spektrum zachowań problemowych (zarówno związanych z substancjami psychoaktywnymi jak i z czynnościami, takimi jak zakupy czy seks). Natomiast to skłonność do zachowań kompulsywnych jest związana z procesem uzależnienia (Petry i in., 2013).

Na silne powiązanie uzależnień behawioralnych z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi (ang. *obsessive-compulsive disorder*, OCD) wskazuje także model ABC wykorzystywany w terapii zaburzeń OCD. Model ABC opisuje trzy składowe procesy terapeutycznego – afekt (np. identyfikacja sytuacji i odczuć, które poprzedzają angażowanie się w zachowanie będące przedmiotem terapii), zachowanie (wypracowanie alternatywnych form zachowań) i kontrolę poznawczą (unikanie lub radzenie sobie z sytuacjami wysokiego ryzyka). Zarówno badania jak i doświadczenie terapeutów sugerują, że negatywny afekt (negatywne emocje) może wywołać zachowania polegające na utracie kontroli (np. Griffiths, 2005). Zarówno w przypadku uzależnień chemicznych jak i nie chemicznych, negatywny afekt poprzedza chęć regulacji stanu emocjonalnego poprzez środek lub zachowanie będące przedmiotem uzależnienia.

Wiele badań wskazuje na związek pomiędzy stanami depresyjnymi i uzależnieniami od substancji, jak również uzależnieniami behawioralnymi, co sugeruje zasadność wykorzystania środków regulujących negatywne stany emocjonalne w leczeniu obu rodzajów uzależnień.

Ważnym czynnikiem o charakterze **psychologiczno-społecznym** są deficyty umiejętności w tych obszarach, tj. brak umiejętności radzenia sobie ze stresem i negatywnym afektem, brak umiejętności rozwiązywania problemów, brak

umiejętności rozpoznawania swoich i cudzych emocji, brak umiejętności nawiązywania i podtrzymywania relacji – tzw. umiejętności życiowych (które zostaną omówione w kontekście profilaktyki). Brak umiejętności radzenia sobie ze stresem i tzw. negatywna emocjonalność różnicują osoby z wysokim i niskim nasileniem wybranych uzależnień behawioralnych, w tym jedzeniowym, pracoholizmem czy hazardem (za: Ogińska-Bulik, 2010)².

Kolejnym czynnikiem o charakterze predykcyjnym jest wysoki neurotyzm i niska ekstrawersja (w ramach pięcioczynnikowej struktury osobowości) dla jedzeniowego i zakupowego, natomiast w przypadku hazardu: wysoki neurotyzm i ekstrawersja, a niska sumienność i otwartość na doświadczenia (Ogińska-Bulik, 2010).

Kolejnym czynnikiem psychologiczno-społecznym są wzorce socjalizacji w rodzinie i w związku z tym nabyte przekonania, jak i niezaspokojone potrzeby (np. niezaspokojona potrzeba akceptacji, miłości, lub niewłaściwe wzorce zaspakajania tych potrzeb, np. poprzez zakupy, co może prowadzić do kompulsywnego kupowania).

Do **czynników społecznych** należą, wymienione już wcześniej, wzorce socjalizacji w najbliższym otoczeniu kształtującym osobowość dziecka (rodzina, szkoła, rówieśnicy), środowisko lokalne (sąsiedztwo), a także ogólny kontekst społeczny (tzn. kraj, region, przepisy prawne) (Ostaszewski, Rustecka-Krawczyk i Wójcik, 2009). Każdy z wymienionych elementów stanowi wymiar do opisu czynników chroniących i czynników ryzyka rozwoju danego zaburzenia, np. przyzwolenie ze strony rodziców na spędzanie wielu godzin przed komputerem może sprzyjać rozwojowi niezdrowych nawyków korzystania z niego, natomiast wspólne spędzanie czasu na pozytywnych aktywnościach czy rozwijanie kreatywności dziecka może ograniczać rozwój niepożądanych zachowań. Czynniki społeczne odnoszą się zatem do wpływu, jaki na rozwój jednostki ma jej otoczenie (opisywane głównie jako rodzina, rówieśnicy i środowisko szkolne). Natomiast na samo otoczenie składają się jednostki (rodzice, rówieśnicy, nauczyciele) z własnymi uwarunkowaniami biologicznymi i psychologicznymi, np. brakiem odporności na stres, impulsywnością, neurotyzmem, preferencją unikowych strategii radzenia sobie ze stresem³.

² Negatywna emocjonalność jest jednym z dwóch wymiarów konstruktu osobowości typu D, do pomiaru którego służy Skala DS14 (w polskiej adaptacji Ogińska-Bulik i Juczyński, 2009).

³ Unikowy styl radzenia sobie ze stresem jest jednym z trzech stylów (wraz ze stylem skoncentrowanym na zadaniu i stylem skoncentrowanym na emocjach). Do ich pomiaru służy Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) (Strelau, Jaworowska, Wrześniewski i Szczepaniak, 2005).

Poszczególne czynniki zostaną omówione szerzej w kontekście profilaktyki, ale warto zwrócić uwagę, że podstawą jest rozwijanie psychospołecznych czynników chroniących głównych beneficjentów programów profilaktycznych oraz także ich środowiska, tj. rodziców, rówieśników, nauczycieli.

Model łączący komponenty biologiczne, psychologiczne i społeczne daje pełen obraz czynników, które sprzyjają angażowaniu się w zachowania problemowe i ich podtrzymywaniu. Taki model zaburzeń implikuje konieczność pracy nad wielomodalną formą terapii i wielowymiarowymi strategiami profilaktycznymi.

Bibliografia:

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Blum, K., Cull, J. G., Braverman, E. R. i Comings, D. E. (1996). Reward deficiency syndrome. *American Scientist*, 84, 132–145.
- Brewer, J. A. i Potenza, M. N. (2008). The neurobiology and genetics of impulse control disorders: Relationships to drug addictions. *Biochemical Pharmacology*, 75(1), 63–75.
- Borucka, A. i Ostaszewski, K. (2008). Koncepcja resilience. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 2, 587–597.
- CBOS (2012). *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego/patologicznego oraz innych uzależnień behawioralnych*. CBOS: Warszawa.
- Gaś, Z. B. (2003). *Szkolny program profilaktyki: istota, konstruowanie, ewaluacja*. Warszawa: MENiS.
- Goldman, M. S. i Rather, B. C. (1993). Substance use disorders: Cognitive models and architecture. W: K. Dobson, P. Kendall (red.), *Psychopathology and cognition* (s. 245–292). New York: Academic Press.
- Goodman, A. (2008). Neurobiology of addiction: An integrative review. *Biochemical Pharmacology*, 75, 266–232.
- Griffiths, M. D. (2005). A ‘components’ model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10, 191–197.
- Jessor, R. (1987). Problem-behavior theory, psychosocial development and adolescent problem drinking. *British Journal of Addiction*, 82, 331–342.
- Jessor, R. (1998). New perspectives on adolescent risk behavior. W: R. Jessor, (red.), *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior* (s. 1–10). New York: Cambridge University Press.
- Jessor, R., Turbin, M. i Costa, F. (1998). Protective factors in adolescent health behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(3), 923–933.
- Miller, W. R. i Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (wyd. 2.). New York, NY: The Guilford Press.
- Nestler, E. J. (2001). Total recall – the memory of addiction. *Science*, 292, 2266–2267.
- Nestler, E. J. (2005). Is there a common molecular pathway for addiction? *Nature Neuroscience*, 8, 1445–1449.
- Ogińska-Bulik, N. (2010). *Uzależnienie od czynności. Mit czy rzeczywistość?* Warszawa: Difin.

- Ogińska-Bulik, N. i Juczyński, Z. (2009). Type D personality in Poland: Validity and application of the Polish DS14. *Polish Psychological Bulletin*, 40(3), 130–131.
- Ostaszewski, K., Rustecka-Krawczyk, A. i Wójcik, W. (2009). *Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów: klasy I–II*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Petry, N. M., Blanco, C., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K. i Crowley, T. J. (2013). An overview of and rationale for changes proposed for pathological gambling in DSM–5. *Journal of Gambling Studies*, 3, 493–502.
- Potenza, M. N. (2006). Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction*, 101, 142–151.
- Robbins, T. W., Gillan, C. M., Smith, D. G., de Wit, S. i Ersche, K. D. (2011). Neurocognitive endophenotypes of impulsivity and compulsivity: Towards dimensional psychiatry. *Trends in Cognitive Sciences*, 16, 81–91.
- Ryan, F. (2013). *Cognitive therapy for addiction: Motivation and change*. Malden, MA: Wiley–Blackwell.
- Strelau, J., Jaworowska, A., Wrześniewski, K. i Szczepaniak, P. (2005). *CISS – Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych – podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Tao, R., Huang, X., Wang, J., Zhang, H., Zhang, Y. i Li, M. (2010). Proposed diagnostic criteria for Internet addiction. *Addiction*, 105(3), 556–564.
- Tatarsky, A. (2002). *Harm reduction psychotherapy: A new treatment for drug and alcohol problems*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Weiss, F. (2005). Neurobiology of craving, conditioned reward and relapse. *Current Opinion in Pharmacology*, 5, 9–19.

Rozdział 2. Hazard

2.1. Zaburzenie uprawiania hazardu

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (ang. *American Psychiatric Association*) uznało uprawianie hazardu za jednostkę chorobową przeszło 30 lat temu, definiując ją jako **hazard patologiczny** i umieszczając w kategorii zaburzeń kontroli impulsów (ang. *Impulse-Control Disorders Not Elsewhere Classified* – DSM-IV). W obowiązującej obecnie piątej rewizji klasyfikacji DSM (DSM-V) hazard patologiczny został przedefiniowany jako **zaburzenie uprawiania hazardu** (ang. *Gambling Disorder*, DSM-V) i znalazł się w nowo powstałej kategorii „zaburzenia używania substancji i nałogów” (ang. *Substance-Related and Addictive Disorders*, DSM-V), w podkategorii „zaburzeń nie związanych z substancjami” (ang. *Non-Substance Related Disorders*, DSM-V). W klasyfikacji ICD-10 patologiczny hazard (F63.0) został umieszczony w grupie „zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania” (ICD-10: F00–F99), w podkategorii zaburzenia nawyków i popędów wraz z kleptomanią, piromanią czy trychotylomanią.

Większość osób, które uprawiają hazard, można zaliczyć do graczy rekreacyjnych, którzy grę traktują jako jedną z wielu rozrywek i są w stanie kontrolować zachowanie związane z graniem (np. przestać grać po kolejnej przegranej). Szacuje się, że od 0,5% do 5%⁴ graczy na świecie to gracze dysfunkcyjni (Petry, 2005), czyli tacy, którzy tracą kontrolę nad zachowaniami związanymi z grą, popadają w kłopoty finansowe czy tracą rodziny.

Większość osób wykazujących symptomy uzależnienia od grania hazardowego to mężczyźni. W Stanach Zjednoczonych kobiety stanowią ok. 30% osób uzależnionych (Grant, Odlaug i Mooney, 2012). Problem z graniem hazardowym zaczyna się najczęściej w okresie adolescencji. Mężczyźni (chłopcy) wcześniej niż kobiety (dziewczęta) zaczynają grać, ale kobiety szybciej się uzależniają. Zarówno gracz tradycyjny, jak i gracz online to zdecydowanie częściej mężczyzna niż kobieta, choć udział kobiet w grach hazardowych online w ciągu ostatnich lat rośnie. Gracz jest raczej osobą samotną (w zależności od badań, szacuje się, że ponad połowa graczy nie jest w związkach).

Granie nałogowe powoduje szereg problemów w funkcjonowaniu społecznym i zawodowym – poczucie wewnętrznego przymusu i myśli intruzywne, które nie pozwalają na skupienie uwagi na pracy, rozpad małżeństwa, problemy finansowe.

⁴ Od 0,2% w Norwegii do 5,3% w Hong Kongu (Hodgins, Shea i Grant, 2011).

Z uzależnieniem od hazardu często współwystępuje uzależnienie od substancji (głównie od nikotyny czy alkoholu), ale także stany depresyjne (Erbas i Buchner, 2012). Osoby, które grają w sposób problemowy lub patologiczny, charakteryzują się pewnym zestawem cech psychologicznych, tzw. korelatów, należą do nich m.in.: podwyższona Neurotyczność, obniżona Ugodowość i Sumiennosc⁵, ale także obniżony poziom empatii, potrzeby afiliacji i podwyższony poziom agresji. Cechy te należy interpretować jako współwystępujące, a nie jako przyczyny angażowania się w uprawianie hazardu czy zachowania problemowe. Ponadto badacze wskazują, że osoby przejawiające symptomy zaburzenia uprawiania hazardu mają problemy w relacjach interpersonalnych, obniżone poczucie własnej wartości, skłonności hedonistyczne, nieumiejętność precyzowania celów, niską odporność na stres i niskie kompetencje radzenia sobie z problemami, impulsywność i trudności z samokontrolą. Stąd, takie osoby są bardziej narażone na utratę kontroli nad graniem i poszukiwanie zastępczych sposobów radzenia sobie ze stresem. Mają trudności z rozróżnianiem własnych emocji (często relacjonują, że doświadczają skrajnych emocji, gdyż takie im łatwiej rozpoznać, np. od euforii do złości), jak i z ich kontrolą (zdarzają się wybuchy emocji). Po pewnym czasie granie hazardowe staje się dla nich formą radzenia sobie z negatywnymi emocjami i jednym z niewielu (bądź jedynym) źródłem przyjemności.

2.1.1. Definicje i kryteria

Hazard patologiczny, jak i zaburzenie uprawiania hazardu, można zdefiniować jako niekontrolowaną potrzebę (przymus) uprawiania hazardu, która z czasem staje się coraz silniejsza i upośledza funkcjonowanie jednostki – prowadzi do problemów natury osobistej, społecznej i zawodowej. Zgodnie z klasyfikacją DSM-V (APA, 2013), uporczywe i nawracające nieadaptacyjne zachowania związane z uprawianiem hazardu obejmują co najmniej cztery z poniższych objawów (występujących w ciągu ostatnich 12 miesięcy):

1. angażowanie się w coraz większym stopniu w hazard, w celu uzyskania satysfakcji (pobudzenia), np. poprzez przeznaczanie na hazard coraz większy kwot;
2. występowanie frustracji i rozdrażnianie w sytuacji braku możliwości lub utrudnienia realizacji zachowania;
3. podejmowanie kolejnych (nieudanych) prób kontrolowania lub powstrzymywania się od hazardu;
4. zaabsorbowanie hazardem i/lub zdobywanie środków na jego uprawianie;

⁵ Jako czynniki Wielkiej Piątki – struktury osobowości.

5. angażowanie się w gry hazardowe jako nieadaptacyjny sposób rozwiązywania problemów czy poprawienia złego nastroju (np. smutku czy poczucia winy);
6. utrata pieniędzy na gry i próba „odegrania się”;
7. ukrywanie prawdy na temat rozmiarów problemu – okłamywanie siebie, rodziny, terapeuty w kwestiach częstotliwości grania, wysokości strat itp.;
8. utrata lub narażenie na szwank, z powodu zaangażowania w hazardowe granie, ważnych związków emocjonalnych, możliwości edukacyjnych, zawodowych itp.,
9. szukanie u innych osób pomocy finansowej w celu poprawienia złej sytuacji finansowej spowodowanej hazardowym graniem.

Kryterium dotyczące podejmowania nielegalnych działań w celu uzyskania środków na grę zostało wyłączone z opisu kryteriów diagnostycznych w DSM-V.

Natomiast zgodnie z klasyfikacją ICD-10, patologiczny hazard należy rozpoznać, jeśli w okresie ostatniego roku stwierdzono obecność co najmniej trzech objawów z wymienionych poniżej (za: Woronowicz, 2009):

1. silna potrzeba lub poczucie przymusu hazardowego grania;
2. subiektywne przekonanie o istnieniu trudności w kontrolowaniu zachowań związanych z hazardowym graniem, tj. upośledzenie kontroli nad powstrzymywaniem się od gry oraz nad długością czasu poświęcanego na hazard;
3. występowanie niepokoju, rozdrażnienia lub gorszego samopoczucia przy próbach przerwania czy ograniczenia grania oraz ustępowanie tych stanów z chwilą powrotu do gry;
4. spędzanie coraz większej ilości czasu na graniu w celu uzyskania zadowolenia lub dobrego samopoczucia, które poprzednio uzyskiwane były w krótszym czasie;
5. postępujące zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub dotychczasowych zainteresowań na rzecz grania;
6. kontynuowanie hazardowego grania pomimo negatywnych konsekwencji (fizycznych, psychicznych i społecznych).

Tabela 1.1. zawiera porównanie kryteriów diagnostycznych uzależnienia od substancji (DSM-IV), zaburzenia uprawiania hazardu (DSM-V) i patologicznego hazardu (ICD-10).

Uzależnienia od substancji (DSM-IV)	Zaburzenie uprawiania hazardu (DSM-V)	Patologiczny hazard (ICD-10)
(1) Tolerancja	(1) Zwiększające się angażowanie w celu uzyskania podobnego poziomu satysfakcji (pobudzenia)	(4) Spędzanie coraz większej ilości czasu na graniu
(2) Objawy odstawienia	(2) Frustracja i rozdrażnianie w sytuacji braku możliwości lub utrudnienia realizacji zachowania	(3) Niepokój, rozdrażnienie
(3) Utrata kontroli	(3) Nieudane próby kontrolowania	(1) Silna potrzeba/poczucie przymusu
(4) Zaabsorbowanie	(6) Ponowne podejmowanie grania w celu „odegrania się”	(2) Upośledzenie kontroli
(5) Kontynuowanie mimo negatywnych konsekwencji psychologicznych i fizjologicznych	(4) Zaabsorbowanie	(6) Kontynuowanie hazardowego grania pomimo szkodliwych następstw
(6) Redukcja aktywności społecznej, zawodowej na rzecz przedmiotu uzależnienia	(8) Konsekwencje w obszarze interpersonalnym, intrapersonalnym i zawodowo/szkolnym	(5) Zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności
	(7) Ukrywanie prawdy na temat rozmiarów problemu	
	(5) Ucieczka od problemów	
	(9) Szukanie u innych osób pomocy finansowej w celu poprawienia złej sytuacji ekonomicznej spowodowanej hazardowym graniem	

Kryteria diagnostyczne patologicznego hazardu (DSM-IV), a następnie zaburzenia uprawiania hazardu (DSM-V), zostały zaczerpnięte z klasyfikacji uzależnienia od substancji (alkoholu), w związku z czym opis obu form zaburzeń jest zbieżny. Obowiązujący w polskiej medycynie model patologicznego hazardu (według klasyfikacji ICD-10) posiada zbliżony trzon definicyjny, choć kryteria diagnostyczne zawarte w klasyfikacji DSM-V poszerzają go o obszar etiologiczny (angażowanie się w hazard jako nieadaptacyjny sposób radzenia sobie ze stresem).

2.1.2. Formy i fazy

Wśród aktywności związanych z hazardem badacze przyjmują różne klasyfikacje (Currie i in., 2006) – w zależności od intensywności negatywnych konsekwencji:

1. hazard rekreacyjny – jako rozrywka, jedna z wielu form spędzania wolnego czasu, bez negatywnych konsekwencji, bez utraty kontroli;
2. hazard problemowy – zagrożenie uzależnieniem, co oznacza spełnianie 3- 4 kryteriów diagnostycznych DSM-IV⁶;
3. hazard patologiczny – pełnoobjawowe uzależnienie, co oznacza spełnianie minimum 5 kryteriów diagnostycznych DSM-IV.

W latach osiemdziesiątych badacze zaproponowali nieco szerszą klasyfikację graczy (Custer i Milt, 1985):

1. gracze profesjonalni – gracze, którzy zarabiają na grze; potrafią jednak kontrolować swoje zachowanie, nie podejmują nieuzasadnionego ryzyka; do tej grupy można zaliczyć osoby grające przez internet w gry karciane z nieznanymi sobie (i mniej przygotowanymi) przeciwnikami (np. z graczami rekreacyjnymi lub kompulsywnymi);
2. gracze antyspołeczni – grający nieuczciwie, np. znaczone kartami w nieoficjalnych miejscach czy licząc karty w kasynie;
3. gracze rekreacyjni – grający sporadycznie, tylko dla relaksu, traktujący hazard jako jedną z form rozrywki;
4. gracze rekreacyjni z problemami – gracze, dla których hazard jest jedynym lub głównym źródłem relaksu i rozrywki;
5. gracze „ucieczkowi” – gracze, których główną motywacją do grania jest ucieczka od problemów, znużenia, samotności itp.;

⁶ Stopniowanie zaangażowania się w uprawianie hazardu było oparte na obowiązującej ówczesnie klasyfikacji DSM IV – zarówno terminologia, jak i liczba kryteriów zostały zmodyfikowane w DSM V.

6. gracze kompulsywni – spełniający kryteria bycia uzależnionym od hazardu wg klasyfikacji DSM–IV.

Powyższa klasyfikacja zawiera trzy podstawowe typy graczy (w zależności od intensywności grania): graczy rekreacyjnych, rekreacyjnych z problemami i kompulsywnych, jak również trzy specyficzne typy graczy: profesjonalistów (zdefiniowanych przez cel grania – grają żeby zarobić), antyspołecznych (zdefiniowanych przez sposób w jaki grają – nieuczciwie) i ucieczkowych (zdefiniowanych przez przyczynę, przez którą grają – żeby uciec od nudy lub problemów).

Obecnie nie stosuje się podziału na graczy antyspołecznych czy ucieczkowych ze względu na włączenie kryterium „gram, aby uciec od problemów” do charakterystyki zaburzenia (APA, 2013).

Poza klasyfikacją graczy, badacze opisali także cztery fazy procesu uzależnienia (Custer, 1980). Wielu badaczy dodaje także fazę piątą – fazę zdrowienia. Ze względu na dynamikę rozwoju uzależnienia wyróżnia się następujące stadia:

1. fazę zwycięstw (zafascynowanie wygranymi);
2. fazę strat (coraz większe zakłady, pierwsze problemy finansowe);
3. fazę desperacji (separacja od rodziny, utrata pracy);
4. fazę utraty nadziei (poczucie beznadziejności);
5. fazę zdrowienia.

Faza zwycięstw to okazjonalne granie, fantazjowanie na temat wygranej. Jeśli gracz faktycznie wygra (choćby niewielką kwotą), to taka wygrana wzmacnia jego przekonanie o szczęściu, o umiejętnościach przewidywania i analizy. Wygrana na tym etapie jest bardzo często przyczyną wchodzenia w kolejną fazę. Natomiast przegrana (zwłaszcza w początkowej fazie) może przyczynić się do bardziej obiektywnej oceny własnych szans, nie przeceniania swojego szczęścia czy passy.

Faza strat jest naturalną konsekwencją coraz częstszego grania – im więcej się gra, o im wyższe stawki, tym więcej się przegrywa. Po pierwszych stratach gracz ma silniejszą motywację aby się odegrać, przestaje myśleć racjonalnie, kolejnymi zakładami (w razie wygranej) chce pokryć wcześniejsze straty. Zaczyna doszukiwać się systemów, prowadzi analizy, zestawienia (np. dni tygodnia, wygrane liczby, kolory itp.). Po przegraniu dostępnych środków pożyczają pieniądze – jeśli ma takie możliwości – z banku, od rodziny, znajomych, później sprzedaje samochód, biżuterię. Jeśli wygra, to albo reinwestuje wygraną w dalszą grę (ponieważ ma przeświadczenie o passie), albo wydaje pieniądze na prezenty dla rodziny. Na tym etapie uprawianie hazardu staje się podstawową czynnością, której podporządkowane są inne (takie jak praca). Jednocześnie gracz, który przegrywa, nie

chwali się tym w domu, często ukrywa prawdę.

Kolejna faza – **faza desperacji** oznacza pogłębiające się straty: separację od rodziny, wyprowadzenie się partnera, utratę pracy. Narastające długi i brak możliwości ich spłaty powodują panikę. Taka sytuacja prowadzi do psychicznego wyczerpania, pojawia się poczucie winy i bezradność i rozpoczyna się faza czwarta – **utrata nadziei** (można ją opisać jako „sięganie dna”). W związku z przeświadczeniem, że nie da się już nic zrobić, długi są za wysokie, rodzina odeszła, nie ma po co żyć – gracz albo ucieka w inne uzależnienie (np. alkohol), albo na skutek przestępstwa trafia do więzienia, albo podejmuje próby samobójcze, albo zwraca się o pomoc. Bardzo często to nie sam hazardzista zwraca się o pomoc (bo nie widzi szansy poprawy), ale jego rodzina.

2.1.3. Narzędzia diagnostyczne

Mimo że powstały różne zestawy pytań diagnostycznych, nie powinno się diagnozować lub wykluczyć zaburzeń uprawiania hazardu jedynie na podstawie wyników w kwestionariuszach. Kryteria diagnostyczne opisane w klasyfikacji DSM i ICD stanowią punkt wyjścia do opracowania pytań, ale pytania te powinny służyć jako zagadnienia do rozmowy z klientem/pacjentem (lub jako narzędzia pracy podczas sesji). Zestawy pytań służące do samodiagnozy można znaleźć w internecie lub w literaturze fachowej (ale jeszcze nie będącej literaturą naukową). Takie zestawy pytań pozwalają przyjrzeć się uprawianemu przez siebie (lub osobę bliską) hazardowi, ale wymagają szczerości i wglądu. Np. na pytanie *czy kiedykolwiek marnowałeś pieniądze na hazard* gracz, który nie przyznał, że ma problem, odpowie, że nie marnował pieniędzy, ale je inwestował.

Do często stosowanych i dostępnych w internecie testów⁷, należą:

1. test NORC (ang. *Diagnostic Screen for Gambling Problems–Self Administered*, NODS–SA), opracowany w 1999 r. na podstawie DSM–IV;
2. 20 pytań Anonimowych Hazardzistów⁸;
3. kwestionariusz SOGS (*South Oaks Gambling Screen*), oparty o kryteria DSM–III;
4. Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (*Canadian Problem Gambling Index – CPGI*), opracowany przez *Centre for Addiction and Mental Health* w Toronto.

⁷ Nie są to testy o charakterze psychometrycznym.

⁸ <http://www.anonimowihazardzisci.org/>

Powyższe narzędzia diagnostyczne zostały opracowane na podstawie kryteriów patologicznego hazardu zawartych w DSM-IV (czy nawet DSM III), co oznacza, że w świetle wprowadzonych zmian do DSM-V będą one wymagały rewizji, np. zgodnie z kryteriami DSM-V należy wyłączyć z diagnozy pytania dotyczące nielegalnych działań (choć to kryterium jest w dalszym ciągu ważnym elementem, ale podczas pracy z pacjentem).

2.1.4. Mechanizmy odpowiedzialne za uzależnienie

W przypadku zaburzenia uprawiania hazardu mamy do czynienia w większym stopniu ze zniekształceniami poznawczymi niż w przypadku np. uzależnienia od alkoholu (gdzie mechanizmy podtrzymujące są w dużej mierze związane z emocjami). Do mechanizmów podtrzymujących uzależnienie od hazardu (zaburzenie uprawiania hazardu) należy szereg błędów poznawczych, mechanizmy zaprzeczenia i iluzji, rozproszenia ja, ale także nałogowego regulowania uczuć.

Osoby uzależnione popełniają wiele błędów poznawczych w myśleniu o granii. Są to np. iluzja kontroli, efekt Monte Carlo, niewłaściwa ocena prawdopodobieństwa, „prawie wygrana”, która jest traktowana jako wygrana, heurystyka reprezentatywności, heurystyka dostępności, heurystyka zakotwiczenia, pozorne korelacje (Lelonek-Kuleta, 2012; Celebucka, 2013).

Gracze rekreacyjni po kilku przegranych są w stanie ocenić, że szanse na wygraną są bardzo niskie i zaprzestają grania, podczas gdy gracz patologiczny nie jest w stanie zintegrować napływających informacji o kolejnej przegranej, i w konsekwencji gra dalej, oczekując irracjonalnie wygranej (Lelonek-Kuleta, 2012). Poprzez mechanizmy zaprzeczenia i iluzji gracz (problemowy i patologiczny) ucieka od logicznego myślenia, co pozwala mu racjonalizować swoje zachowanie.

Podobnie jak osoba uzależniona od alkoholu, tak i osoba uzależniona od hazardu podwyższa poczucie swojej wartości poprzez budowanie pewnych iluzji i zyskuje złudne poczucie sprawowania kontroli. Do przykładowych mechanizmów iluzji i zaprzeczenia należą m.in.: (1) racjonalizacja (przecież wszyscy grają); (2) zaprzeczanie (nie mam problemu, inni się czepiają); (3) fantazjowanie; (4) unikanie odpowiedzialności; (5) obwinianie innych.

A do przykładowych przekonań należą: (1) *nie gram codziennie*; (2) *nie zawsze przegrywam*; (3) *długo nie grałem / miałem długą przerwę w graniu (skoro mogłem nie grać, to nie mam problemu)*; (4) *przecież jak coś wygrywam, to wszystko*

przeznaczam na dziecko i żonę; (5) gdybym miał inną pracę (lub sytuację w domu itp.), to nie musiałbym chodzić grać; (6) chociaż nie piję; (7) mogę przestać, jeśli tylko zechcę; (8) każdy ma jakiś słaby punkt; (9) nie jest ze mną jeszcze tak źle jak z (kimś innym).

Innym mechanizmem, podobnym jak u osób uzależnionych od alkoholu, jest mechanizm rozpraszania ja, który charakteryzuje się utratą częściowej kontroli nad własnym życiem, problemami z podejmowaniem decyzji, trudnościami w zdefiniowaniu, kim się jest. Jednocześnie gracz jest przekonany o własnych możliwościach i ma poczucie mocy. Do przykładów takich przekonań należą np. (1) *poradzę sobie; (2) ja wiem najlepiej jak sobie pomóc; (3) jak już wiem co mi jest, to sobie poradzę; (4) jestem już wyleczony.*

Najczęściej sugerowaną terapią są terapie multimodalne, terapia behawioralna, terapia poznawcza (terapia poznawczo-behawioralna, CBT), jak również farmakoterapia (głównie leki z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny, SSRI), terapia grupowa i grupy wsparcia (np. realizujące Program 12 Kroków w ramach Wspólnoty Anonimowych Hazardzistów).

Badacze wskazują, że do specjalisty zgłasza się relatywnie niski odsetek osób uzależnionych. Suurvali, Hodgins, Toneatto i Cunningham (2008) szacują, że zaledwie 5% hazardzistów poszukuje pomocy. Około 30% osób uzależnionych (co trzecia osoba) zdrowieje samodzielnie, ale większość jednak przejawia chroniczną formę uzależnienia (Petry, 2005).

2.1.5. Jak grać rekreacyjnie?

Granie w gry hazardowe nie stanowi patologii, jeśli gra się w sposób odpowiedzialny i nie dopuszcza do pierwszych objawów uzależnienia. Kilka wskazówek jak to zrobić:

- traktować grę jako rozrywkę, jedną z wielu form rozrywki;
- przyjąć do wiadomości, że przegrana jest częścią grania i po przegranej nie kontynuować grania; ustalać kwotę możliwą do przegrania przed rozpoczęciem gry;
- unikać grania w sytuacjach napięcia emocjonalnego – nie traktować grania jako formy poprawy nastroju; unikać grania po spożyciu alkoholu lub innych substancji;
- ograniczyć i kontrolować czas spędzany na graniu;
- nie pożyczać pieniędzy na grę;

- kiedy pojawiają się pierwsze niepokojące symptomy, chodzić do kasyna z osobą, która nie ma problemu z grą;
- spędzać więcej czasu z bliskimi.

2.2. E-hazard

Wprowadzenie e-hazardu (tj. grania przez internet) może stanowić ilościową i jakościową zmianę w naturze grania hazardowego (Griffiths, Parke, Wood i Parke, 2006). Wprowadzenie nowej formy dostępu do gier hazardowych może doprowadzić do wzrostu grania problemowego (Griffiths, 2003; Griffiths i Parke, 2002). Do roku 2011 badacze zanotowali ponad trzy tysiące stron oferujących gry hazardowe całkowicie online, przy czym co trzecia znajduje się na serwerach krajów takich jak Costa Rica (Griffiths, Wardle, Orford, Sproston i Erens, 2009), co stwarza problemy zarówno prawne, jak i podatkowe.

Badania wykazały, że w Wielkiej Brytanii w hazard online w 2001 roku grał co setny użytkownik internetu (Griffiths, 2001), a w 2008 roku – już prawie co dziesiąty (za: Griffiths, 2011). Do graczy wybierających te niestandardowe formy gier hazardowych należą raczej mężczyźni niż kobiety, np. typowym graczem w e-pokera jest mężczyzna (73,8%), w wieku od 26. do 35. roku życia, grający od dwóch do trzech lat, przez mniej więcej jedną do dwóch godzin podczas każdej sesji (za: Griffiths, 2011). Natomiast wśród graczy e-kasyn znajdują się zarówno mężczyźni jak i kobiety, grają od dwóch lub trzech lat, dwa do trzech razy w tygodniu, przeznaczając na grę jedną do dwóch godzin i od 30 do 60 dolarów jednorazowo.

Griffiths i Barnes (2008) przeanalizowali podobieństwa i różnice pomiędzy graczami internetowymi i konwencjonalnymi (czyli grającymi w sposób tradycyjny – poza internetem) i wykazali, że gracze problemowi dużo częściej grają w internecie (77%). Badacze sugerują, że odpowiedzialne są za to charakterystyki internetu, tj. wygoda, dostęp (24 godziny na dobę), ciągłe wzmocnienia i natychmiastowa sposobność do odegrania się.

Badania przeprowadzone przy użyciu narzędzia PANAS (*Positive and Negative Affect Schedule*) i kwestionariusza SOGS (*the South Oaks Gambling Screen*) wykazały, że co piąty gracz online wykazuje cechy uzależnienia, oraz, że uzależnienie (patologiczne granie) można przewidzieć na podstawie negatywnych stanów emocjonalnych (Matthews, Farnsworth i Griffiths, 2009). Griffiths i współpracownicy (2009) przeprowadzili pierwsze badanie na reprezentatywnej próbie graczy online (w Wielkiej Brytanii) i wykazali, że gracze internetowi różnią się od graczy konwencjonalnych pod względem zmiennych socjodemograficznych,

tj. są to częściej młodzi, samotni mężczyźni, z wysokim wykształceniem i na wysokich stanowiskach. Analiza stopnia problemu według kryteriów diagnostycznych DSM-IV wykazała, że problemowe granie można rozpoznać wśród 5% graczy online i u 0,5% graczy konwencjonalnych.

Wiele czynników sprzyja angażowaniu się w e-hazard, głównie za sprawą połączenia wysoce nagradzającej charakterystyki gier hazardowych z dostępem przez internet. Do podstawowych należą: anonimowość i związane z nią rozmowność, wygoda czy symulacyjny charakter (Griffiths, 2003). Kolejnym czynnikiem wpływającym na intensywność grania online jest korzystanie z wirtualnych pieniędzy (*e-cash*) (Parke i Griffiths, 2007), czy stosowanie wersji demonstracyjnych gry, w których gracz wygrywa zdecydowanie częściej, niż wynikałoby to z rachunku prawdopodobieństwa (Sevigny, Cloutier, Pelletier i Ladouceur, 2005), i częściej niż w grze online po zakończeniu etapu demonstracyjnego. Inną techniką służącą do zachęcenia do gry przypadkowego internauty są sposoby pozycjonowania stron z hazardem – przy użyciu słów i zwrotów często wyszukiwanych w internecie, a nie mających nic wspólnego z tematyką danej strony, np. Disney (za: Young, de Abreu, 2011), jak również stosowanie zapętlnionych okien typu *pop-up*, kiedy to po zamknięciu jednego otwiera się kolejne o zbliżonej tematyce.

Podsumowując, hazard patologiczny (wg DSM-IV) czy zaburzenie uprawiania hazardu (wg DSM-V) stanowi najlepiej poznany rodzaj uzależnień behawioralnych, choć w dalszym ciągu potrzebne są badania nad rolą, jaką w procesie uzależniania się odgrywają m.in. czynniki neurologiczne (badania z wykorzystaniem neuroobrazowania) i czynniki psychologiczne (zarówno ryzyka, jak i ochrony).

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: APA.
- Celebucka, J. (2013). Myślenie hazardzisty. *Świat Problemów*, 4, 35–37.
- Currie, S., Hodgins, D., Wang, J., el-Guebaly, N., Wynne, H. i Chen, S. (2006). Risk of harm among gamblers in the general population as a function of level of participation in gambling activities. *Addiction*, 101(4), 570–580.
- Custer, R. (1980). An overview of compulsive gambling. *Carrier Foundation Letter* 59. Belie Mead.
- Custer, R. i Milt, H. (1985). *When Luck Runs Out: Help for Compulsive Gamblers and their Families*. New York: Facts on File.
- Erbas, B. i Buchner, U. G. (2012). Pathological gambling: prevalence, diagnosis, comorbidity, and intervention in Germany. *Deutsches Arzteblatt International*, 109, 173–179.
- Grant, J. E., Odlaug, B. L. i Mooney, M. (2012). Telescoping phenomenon in pathological gambling: Association with gender and comorbidities. *Journal of Nervous Mental Disease*, 200, 996–998.
- Griffiths, M. D. (2001). Internet gambling: Preliminary results of the first UK prevalence study. *Journal of Gambling Issues*, 5. Pozyskano z http://www.camh.net/egambling/issue5/research/griffiths_article.html
- Griffiths, M. D. (2003). Internet gambling: Issues, concerns and recommendations. *CyberPsychology and Behavior*, 6, 557–568.
- Griffiths, M. D. (2011). Gambling addiction on the Internet. W: K. Young i K. C. Nabuco de Abreu (red.), *Internet addiction: A handbook and guide for evaluation and treatment* (s. 91–111). New York: Wiley.
- Griffiths, M. D. i Barnes, A. (2008). Internet gambling: An online empirical study among gamblers. *International Journal of Mental Health Addiction*, 6, 194–204.
- Griffiths, M. D. i Parke, J. (2002). The social impact of Internet gambling. *Social Science Computer Review*, 20, 312–320.
- Griffiths, M. D., Parke, A., Wood, R. T. A. i Parke, J. (2006). Internet gambling: An overview of psychosocial impacts. *Gaming Research and Review Journal*, 27,1, 27– 39.
- Griffiths, M. D., Wardle, J., Orford, J., Sproston, K. i Erens, B. (2009). Sociodemographic correlates of Internet gambling: Findings from the 2007 British Gambling Prevalence Survey. *CyberPsychology Behavior*, 12, 199–202.
- Hodgins, D. C., Shea, J. N. i Grant, J. E. (2011). Gambling disorders. *Lancet*, 378, 1874–1884.

- Lelonek-Kuleta, B. (2012). *Psychospołeczne korelaty uzależnień od gier hazardowych*. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin.
- Matthews, N., Farnsworth, W. F. i Griffiths, M. D. (2009). A pilot study of problem gambling among student online gamblers: Mood states as predictors of problematic behaviour. *CyberPsychology Behavior*, 12, 741–746.
- Parke, J. i Griffiths, M. D. (2007). The role of structural characteristics in gambling. W: G. Smith, D. Hodgins, R. Williams (red.), *Research and measurement issues in gambling studies* (s. 211–243). New York: Elsevier.
- Petry, N. M. (2005). *Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sevigny, S., Cloutier, M., Pelletier, M. i Ladouceur, R. (2005). Internet gambling: Misleading payout rates during the “demo” period. *Computers in Human Behavior*, 21, 153–158.
- Suurvali, H., Hodgins, D., Toneatto, T. i Cunningham, J. (2008). Treatment seeking among Ontario problem gamblers: Results of a population survey. *Psychiatric Services*, 59, 1343–1346.
- Woronowicz, B. (2009). *Uzależnienie. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Poznań: Media Rodzina.
- Young, K. S. i de Abreu, C. N. (2011). *Internet addiction – A handbook and guide to evaluation and treatment*. New York: J. Wiley & Sons.

Rozdział 3. Zespół uzależnienia od internetu

Problematyka nieprawidłowego korzystania z internetu i komputera (w tym, nadużywanie) staje się coraz powszechniejszym zagadnieniem. Komputer i internet oferują szeroki wachlarz aktywności – zarówno prorozwojowych (dostęp do wiedzy), jak i patologicznych (m.in. dostęp do treści pornograficznych). Jedną z najbardziej rozpowszechnionych aktywności, które można wykonywać będąc online, jest granie w gry czy korzystanie z portali społecznościach (w Polsce najbardziej rozpowszechnionym jest Facebook). Mimo że odpowiedzialne korzystanie z komputera i internetu, nawet przez dzieci, niesie ze sobą wiele korzyści, to należy jednak zwrócić uwagę na potencjalne zagrożenia wynikające z nadmiernego, pozbawionego kontroli zaangażowania. Poza skrajnymi przykładami niebezpieczeństwa, jakie wiąże się z nielegalnym użytkowaniem internetu, pozostaje obszar związany z negatywnymi konsekwencjami dla rozwoju psychospołecznego dzieci i młodzieży. Spędzanie coraz większej ilości czasu przed monitorem komputera ma konsekwencje dla zdrowia fizycznego (ból głowy, kręgosłupa, nadgarstka, brak ruchu), ale także dla rozwoju emocjonalnego i społecznego.

3.1. Komputer i internet

Termin „uzależnienie od internetu” (ang. *Internet Addiction Disorder*, IAD) został zaproponowany przez amerykańskiego psychiatrę Goldberga w 1995 roku w ramach żartu (jako parodia klasyfikacji chorób psychicznych). Niemniej, Goldberg (1996) oparł swoją interpretację uzależnienia od internetu na kryteriach uzależnień w rozumieniu obowiązującej klasyfikacji zaburzeń psychicznych (DSM-IV).

Od połowy lat 90-tych badacze podjęli prace nad zjawiskiem uzależnienia od nowego medium jakim był komputer i internet. Griffiths (1996, 2000) zaproponował pojęcie **technologicznego uzależnienia** jako niechemiczną (a zatem behawioralną) zależność w interakcji między człowiekiem a maszyną. Według niego uzależnienie od internetu charakteryzują: (1) dominacja (korzystanie z internetu staje się najważniejszą i dominującą aktywnością w życiu); (2) zmiana nastroju; (3) tolerancja (czas/częstość korzystania z internetu musi wzrastać, aby uzyskać pożądaną satysfakcję); (4) objawy odstawienia; (5) konflikt (o charakterze interpersonalnym lub intra psychicznym); (6) nawrót (ang. *relapse*; powrót do intensywnego korzystania z internetu po próbie ograniczenia lub przerwania). Davis (2001) zaproponował teorię **patologicznego użytkowania internetu** (ang. *Pathological Internet Use*, PIU) opartą na koncepcji poznawczo-behawioralnej, tj. łączącą komponenty poznawcze i behawioralne.

Obecnie częściej można się spotkać z terminem **uzależnienie od internetu** (ang. *Internet addiction*) lub **zaburzenie korzystania z internetu** (ang. *Internet Addicton Disorder*). Young (1999) wyróżniła sześć form zachowań będących przejawem uzależnienia związanego z internetem: erotomanię internetową (ang. *cyberseksual addiction*), socjomanię internetową (ang. *cyber-relationship addiction*), uzależnienie od sieci internetowej (ang. *net compulsions*), przeciążenie informacyjne (ang. *information overload*) i uzależnienie od komputera (ang. *computer addiction*) obejmujące granie w gry. Do definicji zaburzenia korzystania z internetu zaproponowano cztery obszary, które miały być włączone do DSM-V (Block, 2008): (1) zaabsorbowanie internetem, które prowadzi do utraty poczucia czasu czy ignorowania podstawowych potrzeb np. głodu czy pragnienia; (2) symptomy odstawienne (przejawiające się złością, gniewem lub depresyjnym nastrojem); (3) wzrastająca tolerancja (manifestująca się poprzez dłuższe użytkowanie komputera, ale także poprzez potrzebę posiadania nowego sprzętu czy oprogramowania); (4) negatywne konsekwencje płynące z zaangażowania się w używanie komputera (takie jak zmęczenie, kłótnie, obniżone oceny lub jakość pracy czy samotność).

Young (1996, 1998, 1999) zaproponowała definicję uzależnienia od internetu opartą o kryteria patologicznego hazardu w klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-IV. W jej definicji uzależnienie od internetu jest związane z zaburzeniem kontroli impulsów i przyczynia się do pogorszenia funkcjonowania w sferze psychologicznej, społecznej i zawodowej (Young, 1998). Badaczka wyróżniła osiem podstawowych charakterystyk tej formy uzależnienia: (1) zaabsorbowanie internetem; (2) potrzeba spędzania coraz więcej czasu online; (3) próby zredukowania częstości korzystania z internetu; (4) symptomy odstawienia w przypadku zredukowania czasu / intensywności korzystania z internetu; (5) problemy z zarządzaniem czasem (wynikające z nadmiernego używania internetu); (6) problemy z otoczeniem (rodzina, szkoła, praca, przyjaciele); (7) zaniżanie czasu spędzonego online; (8) modyfikacje nastroju wynikające z korzystania z internetu.

Do określenia stopnia uzależnienia Young stworzyła test uzależnienia od internetu (ang. *Internet Addiction Test*) tłumaczony na język polski jako test użytkowania internetu – TUI (Majchrzak i Ogińska-Bulik, 2006).

Young wyróżniła także pięć faz uzależnienia: (1) poznanie możliwości internetu; (2) rozwinięcie poczucia anonimowości i początek zachowań niespecyficznych – w porównaniu z zachowaniami *offline*; (3) początki nałogu korzystania z sieci, poszukiwanie coraz mocniejszych wrażeń, powolna utrata kontroli (ta faza może być związana zarówno ze ścieżkami dopaminergicznymi jak i serotonergicznymi); (4) dominacja internetu nad pozostałym sferami życia, nega-

tywne reakcja w przypadku próby ograniczenia dostępu; (5) mimo świadomości negatywnych konsekwencji korzystania z internetu osoba uzależniona nie jest w stanie zaprzestać, a wszelkie próby kończą się niepowodzeniem.

Badania epidemiologiczne pokazują, że uzależnienie od internetu może dotyczyć od 0,3% (Shaw i Black, 2008) do 10% (Tsitsika i in., 2009) społeczeństwa (rozbieżności są często spowodowane stosowaniem nieunormowanych kryteriów diagnostycznych, jak i różnych narzędzi). Badania prowadzone w 11 krajach Unii Europejskiej sugerują stopień rozpowszechnienia uzależnienia od internetu na poziomie 4,4% (Durkee i in., 2012).

Wielu badaczy (m.in. Griffiths, 1996; Davis, 2001) wskazuje, że koncepcja uzależnienia od internetu wydaje się zbyt szeroka i niespecyficzna, stąd zaburzenie korzystania z internetu nie zostało uwzględnione w żadnej z klasyfikacji chorób psychicznych (DSM-IV i ICD 10). Niemniej zjawisko uzależnienia od komputera lub internetu znalazło się w obszarze zainteresowań grupy specjalistów pracującej nad projektem DSM-V. W sekcji III tj. [zaburzenia] rekomendowane do dalszych badań, znalazło się **zaburzenie grania w gry** (ang. *gaming addiction*) (APA, 2013). Wśród zaproponowanych obszarów, które będą wymagały dalszych badań, a tym samym mogą stanowić podstawę do opisu zaburzenia w kolejnej edycji klasyfikacji, znalazły się: (1) zaabsorbowanie grami internetowymi; (2) symptomy odstawienia w przypadku pozbawienia możliwości korzystania z internetu; (3) potrzeba coraz częstszego grania w gry internetowe; (4) nieudane próby kontroli grania; (5) kontynuowanie grania w gry pomimo świadomości wiążących się z nim problemów psychologicznych; (6) zaniedbywanie / porzucanie zainteresowań, hobby innych niż te związane z grami internetowymi; (7) uciekanie w świat gier przed smutkiem i/lub problemami; (8) zanizanie w rozmowach z rodziną, terapeutą czasu spędzonego na grach internetowych; (9) problemy w relacjach interpersonalnych, pracy, nauce w związku z angażowaniem się w gry komputerowe⁹.

Badania pokazują współwystępowanie innych zaburzeń wraz z uzależnieniem od internetu, w tym: zaburzeń lękowych, ADHD, zaburzeń nastroju (depresji, stanów depresyjnych, dystymii), zaburzeń kontroli impulsów, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (OCD), zaburzeń osobowości (w tym osobowości typu borderline) (Carli i in., 2013). Pewne cechy osobowości sprzyjają uzależnieniu, w tym: psychopatyczność (Tosun i Lajunen, 2009) i neurotyzm, (Mehroof i Griffiths, 2010). Do innych czynników, które sprzyjają uzależnieniu od internetu, należą: uciezkowe strategie radzenia sobie ze stresem i/lub problemami, nie-

⁹ <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=573>

śmiałość, brak umiejętności nawiązywania i podtrzymywania relacji i chęć poszerzenia kręgu znajomych (Campbell, Cumming i Hughes, 2006), podwyższona potrzeba kontroli przy podwyższonym lęku społecznym (Lee i Stapinski, 2012), rozbieżności w obrazie własnego ja (tworzenie idealnego ja w równoległej rzeczywistości online; Zanetta i in., 2011), perseweratywność (Mottram i Fleming, 2009).

3.2. Granie w gry

Mimo że rozważano włączenie uzależnienia od internetu (ang. *Internet Addiction Disorder*) do piątej rewizji DSM, to uzależnienie od grania online (jako jedna z jego form) znalazło się ostatecznie w sekcji III, tj. zaburzeń do dalszych badań (APA, 2013). Jest to relatywnie nowe zjawisko, niewystarczająco poznane, stąd w ciągu najbliższych lat podjęta zostanie próba stworzenia modelu teoretycznego (i weryfikacja już zaproponowanych modeli, np. Young, 1999), opisanie mechanizmów tej formy uzależnienia, jak i ewaluacja podejść terapeutycznych i profilaktycznych. Badacze sugerują, że uzależnienie od gier online jest odmienną formą uzależnienia od tych, które znamy; sugerują, że internet uzależnia w większym stopniu niż alkohol (Kim i Kim, 2010). Nie dysponujemy, jak dotąd, wystarczającymi danymi, które mogłyby potwierdzić takie stanowisko.

W ciągu ostatnich 15 lat zakres badań prowadzonym nad zjawiskiem nadużywania grania w gry online zaowocował propozycją wielowymiarowego modelu Problemowego Grania Online (ang. *Problematic Online Game Use, POGU*), gdzie termin „granie” odnosi się do grania w gry online, a nie do grania hazardowego (Young, 1999). Model Problemowego Grania Online obejmuje pięć podstawowych wymiarów, za pomocą których można opisać tę formę uzależnienia: (1) euforia; (2) problemy zdrowotne; (3) konflikt; (4) utrata kontroli nad własnym zachowaniem; (5) przedkładanie świata wirtualnego nad świat realny.

Jak opisać gracza problemowego online? Przede wszystkim taka osoba spędza na graniu znacznie więcej czasu niż przeciętny gracz, mimo iż to nie czas spędzany na grze jest wyznacznikiem uzależnienia (Griffiths, 2010). Jeśli taka osoba nie może grać (np. jest w szkole lub pracy), to cały czas myśli na temat grania, co utrudnia wykonywanie regularnych czynności (w pracy, szkole czy w domu) (Griffiths, 2008). Po pewnym czasie granie staje się kompulsywne, a gracz zaczyna odczuwać wewnętrzne napięcie, staje się poirytowany, czasem agresywny. W celu redukcji tych negatywnych uczuć wraca do grania, a w związku ze wzrastającą tolerancją – musi grać coraz więcej, dłużej, bardziej intensywnie, aby pozbyć się negatywnych odczuć. Na skutek narastającej

intensywności grania pojawiają się problemy (w pracy, w domu). Nawet jeśli gracz problemowy na tym etapie stara się ograniczyć częstotliwość grania (lub je porzucić), to po pewnym czasie wraca do tych samych wzorców i stopniowo traci zainteresowanie innymi formami rozrywki czy hobby na rzecz gier, zaniedbuje swoje obowiązki (np. te związane z nauką czy pracą), aż granie stanie się priorytetem – zdominuje pozostałe aktywności gracza (Griffiths, 2008; Kim i Kim, 2010). Konsekwencją takiej sytuacji jest najczęściej zakończenie związku czy relacji i wzrastające poczucie osamotnienia albo okłamywanie bliskich co do czasu i zakresu aktywności online (Griffiths i Meredith, 2009). Poza konsekwencjami psychospołecznymi gracze problemowi mogą także odczuwać konsekwencje somatyczne, wynikające z ignorowania podstawowych potrzeb biologicznych (np. jedzenia czy snania), w tym: chudnięcie lub tycie, wysuszone i przekrwione oczy, bóle głowy, bóle pleców, nadwyrężony nadgarstek czy ogólne wyczerpanie (Griffiths i Meredith, 2009).

Na podstawie wywiadów z pacjentami i ich rodzinami wiemy, że gracz uzależnia się stopniowo – najpierw granie w gry online jest jedną z wielu form rozrywki, jednak w związku ze specyficzną charakterystyką gier¹⁰, pojawienie się problemu jest często tylko kwestią czasu. Według Young (2009) problemowe granie zaczyna się wraz ze wzrostem intensywności zaabsorbowania samą grą, a taka alokacja zasobów poznawczych i afektywnych prowadzi do pogarszającego się funkcjonowania w pracy, w szkole i w domu.

Znakomita większość badań prowadzonych w obszarze uzależnienia od internetu i grania online to badania korelacyjne i przekrojowe, które pozwalają opisać pewien wycinek rzeczywistości w danym miejscu i w danym czasie, natomiast nie opisują dynamiki rozwoju zjawiska (z wyjątkiem badań retrospektywnych). Nie wiele jest jednak badań o charakterze podłużnym, tj. takich, które opisują grupę tych samych osób badanych na przestrzeni czasu (miesiące czy lat). Przykładem są badania Gentila i współpracowników (2011), w którym badacze zaobserwowali, że po upływie dwóch lat ponad 80% dzieci zaklasyfikowanych pierwotnie jako gracze problemowi, w dalszym ciągu należała do tej kategorii, a jedynie 1% stanowiły dzieci, które wcześniej nie przejawiały problemów z kontrolą swojego grania. Oznacza, że granie w gry może nie stanowić tylko fazy w rozwoju dziecka (mody), a faktyczny problem.

Uzależnienie od gier jest obecnie definiowane jako uzależnienie od grania w gry video online lub *offline* (wyklucza to tradycyjne granie w karty, chyba że

¹⁰ np. z faktem, że w wielu grach akcja nie zastyga, jeśli gracz nie jest zalogowany do gry, a toczy się cały czas i nawet krótka nieobecność gracza jest niejako karana – bo coś go mogło ominąć.

jest to forma grania za pomocą nośnika). Zatem gry, o których mowa w załączniku do DSM-V są to gry:

1. przeznaczone na nośniki (komputer, telefon, konsole typu Playstation, Xbox czy Wii);
2. gry, w które najczęściej można grać samodzielnie (tzn. można podjąć grę będąc samotnie w domu) bez konieczności obecności innych osób;
3. gry, które mają zdefiniowany początek (czasem, rzadziej, koniec).

Różnorodność gier jest ogromna – część z nich opiera się na indywidualnej grze o znanych zasadach (np. *candy saga*) lub na grze symultanicznej wielu graczy, którzy współpracują lub rywalizują przy wykonywaniu zadań (np. gry typu MMO, czyli *massive multiplayer online games*). W grach typu MMO dynamika samej gry jest zmienna i na ogół nie ma określonych kryteriów zakończenia gry. Gry typu MMO grane online są preferowane przez graczy – wg badań (De Prato, Feijóo, Nepelski, Bogdanowicz i Simon, 2010) aż 70% graczy woli właśnie granie *online* niż *offline*, twierdząc, że gry online są bardziej satysfakcjonujące (a nawet wolą je od działań w rzeczywistości). Stąd to właśnie gry online częściej prowadzą do nieprawidłowego korzystania z internetu (Griffiths i Meredith, 2009).

Gry typu MMO różnią się pod względem pomysłu na grę, wyzwiań czy miejsca akcji, ale mają wspólną charakterystykę, która odróżnia je od innych form gier, tj.: (1) ciągłość; (2) fizyczność (cechy fizyczne postaci); (3) Avatar; (4) dynamika wertykalna; (5) perpetuum i (6) interakcje społeczne.

Ciągłość odnosi się do rzeczywistości w grze, która zmienia się także podczas nieobecności samego gracza, jeśli gracz jest np. w szkole i nie ma dostępu do gry, po kolejnym zalogowaniu może zastać inną sytuację, niż tę, na której zakończył grę (np. budynek może być zburzony itp.). Jest to cecha, która poprzez imitację rzeczywistości sprawia, że gracz odczuwa potrzebę bycia w grze. Fizyczność odnosi się do charakterystyki postaci – mają one na ogół cechy zbliżone do znanych nam cech fizycznych, jak również poddają się podstawowym prawom fizyki, np. jeśli postać zostanie zastrzelona, to krwawi i umiera, jeśli postać zostanie zepchnięta z dachu z wysokości 50 metrów, to po upadku umiera. W grach można ponadto uzyskać efekt zbliżony do rzeczywistego (np. reakcja postaci po uderzeniu w splot słoneczny). Postać Avatara – znakomita większość gier wykorzystuje postaci, z którymi gracz się identyfikuje (najczęściej nie tylko w jednej pojedynczej grze, ale w ciągu całej gry). Dwie kolejne charakterystyki: wertykalna dynamika gry i perpetuum odnoszą się do tego, że gry MMO praktycznie nie mają końca. Mimo że istnieją różne poziomy zaawansowania i celem gry może być zdobywanie kolejnych poziomów (nazywanych z języka angielskiego *levelami*),

to gracze mogą cofać się do poprzednich poziomów, po to, aby wykonać zadania czy podjąć wyzwania, o których wcześniej nie wiedzieli (i nie były one niezbędne do przejścia na kolejny poziom), lub by wykonać dowolne zadania z konkretnymi awatarami (osobami). Mimo że w gry MMO można grać samotnie, nie wchodząc w interakcje z innymi graczami, to jednak często gracze podejmują rywalizację czy współpracę, co może prowadzić do zawierania znajomości, przyjaźni czy też stanowić rekompensatę nieśmiałości w życiu realnym. Możliwość nawiązywania relacji społecznych jest ważną cechą gier MMO.

Badacze wyróżnili trzy kategorie gier MMO (plus czwartą *inne*) (Nagygyörgy i in., 2012):

1. MMORPG (ang. *massively multiplayer online role-playing games*), czyli tradycyjne gry, w których gracze wybierają postaci (awatary), profesje i stroje i podejmują różnego rodzaju zadania;
2. gry MMO oparte na umiejętnościach (ang. *massively multiplayer online first person shooters*, MMOFPSs), polegające na podnoszeniu poziomu specyficznych umiejętności (np. czasu reakcji);
3. gry MMO strategiczne (ang. *massively multiplayer online real-time strategy*, MMORTSs);
4. inne gry MMO – do tej kategorii można zaliczyć wyścigi, gry sportowe, muzyczne i inne.

Gracze na ogół (79%) preferują konkretne typy gier, co może oznaczać, że różne rodzaje gier spełniają różne funkcje i zaspakajają nieco inne potrzeby psychiczne graczy (Nagygyörgy i in., 2012).

Do pomiaru stopnia zaangażowania w granie w gry online badacze stworzyli kwestionariusze diagnostyczne, które zostały poddane walidacji. Papay i współpracownicy (2013) zaproponowali narzędzie składające się z 18 pytań, które są wskaźnikami pięciu kryteriów diagnostycznych. Osoby badane odpowiadają korzystając z pięciostopniowej skali (gdzie 1 oznacza nigdy, 2 – rzadko, 3 – od czasu do czasu, 4 – często i 5 – prawie zawsze). Do przykładowych pytań należą:

- dla kryterium zaangażowania: „Kiedy nie grasz w gry, jak często zdarza Ci się myśleć o graniu?”;
- dla kryterium pochłaniania: „Jak często czujesz się zdenerwowany lub smutny kiedy nie grasz (i te uczucia ustępują, jak tylko zaczniesz grać)?”;
- dla kryterium związanego z objawami odstawiennymi: „Jak często zdarza Ci się odwołać spotkanie z przyjacielem lub nie zdążyć na spotkanie przez to, że grałeś/graaś?”;

- dla kryterium związanego z nadużywaniem: „Jak często śniesz o tym, że grasz?”;
- dla kryterium związanego z izolacją: „Jak często zdarzają Ci się nieudane próby ograniczenia czasu grania?”.

Innym kwestionariuszem jest narzędzie zaproponowane przez Demetrovics i in. (2011), które składa się z instrukcji dla osób badanych i z listy motywów, do których osoby badane mają się ustosunkować na skali pięciostopniowej od 1 (prawie nigdy/nigdy), 2 (przez część czasu), 3 (przez połowę czasu), 4 (przez większość czasu) do 5 (zawsze, prawie zawsze). Autorzy rozróżnili siedem grup motywów, dla których większość osób gra w gry online: (1) aby poznać nowe osoby (wymiar społeczny); (2) aby rywalizować; (3) aby uciec od problemów; (4) jako sposób radzenia sobie z problemami; (5) aby podnieść poziom umiejętności (które są rozwijane podczas grania); (6) aby przenieść się w świat fantazji; (7) dla rozrywki. Do przykładowych stwierdzeń należą: „Ponieważ mogę poznać nowe osoby” (1); „Ponieważ lubię rywalizować” (2); „Ponieważ granie pomaga mi zapomnieć o problemach dnia codziennego” (3); „Ponieważ granie sprawia, że czuję się mniej zestresowany” (4); „Ponieważ granie wyostreza moje zmysły” (5); „Ponieważ w grach mogę robić rzeczy których nie umiem lub nie mogę robić w życiu realnym” (6); „Dla zabawy” (7).

3.3. Cyberseks

Uzależnienie od czynności seksualnych stanowi obszar zainteresowań wielu badaczy, choć zaburzenie to nie zostało opisane w obecnie obowiązujących klasyfikacjach – w ICD 10 znajduje się zaburzenie popędu seksualnego w postaci nimfomanii, natomiast w klasyfikacji DSM-IV uzależnienie od seksu (DSM III) zostało umieszczone w kategorii zaburzeń seksualnych nie skategoryzowanych nigdzie indziej (ang. *Sexual Disorder Not Otherwise Specified*).

Uzależnienie od seksu jest opisywane w kontekście 10 symptomów klinicznych (Carnes, 1991), symptomów, które opisują także uzależnienia behawioralne: zachowania kompulsywne, utrata kontroli, próby zaniechania, zaangażowanie, zaniedbywanie obowiązków, utrata lub narażanie na szwank ważnych relacji, kontynuowanie pomimo negatywnych konsekwencji, eskalacji, co może być rozumiane jako wzrost tolerancji i symptomy odstawienne. Wielu badaczy zajmujących się zagadnieniem uzależnienia od seksu wskazuje na niebezpieczeństwo, z jakim wiąże się korzystanie z internetu w kontekście rozwoju tego zaburzenia (np. Cooper, Putnam, Planchon i Boies, 1999). Sam fakt poszukiwania materiałów i treści o charakterze erotycznym nie świadczy o zaburzeniu, zwłaszcza, że

ok. 25% regularnych użytkowników internetu odwiedza miesięcznie ponad 60 tysięcy stron poświęconych tematyce seksualnej, a 30 milionów osób loguje się codziennie na takich stronach (Raskin, 2000). Znakomita większość osób, które angażują się w różnego rodzaju zachowania o charakterze seksualnym online, robi to w sposób niepatologiczny – rekreacyjny i bez negatywnych konsekwencji dla funkcjonowania (Cooper i Griffin-Shelley, 2002). Niemniej, jeśli korzystaniu z internetu, poszukiwaniu treści o charakterze seksualnym towarzyszą symptomy opisane powyżej (Carnes, 1991), tj. tendencje do przejawiania cech uzależnienia behawioralnego – kompulsji i braku kontroli (Carnes, Delmonico, Griffin i Moriarty, 2001), możemy uznać, że mamy do czynienia z uzależnieniem od seksu online (cyberseksu). Osoby uzależnione najczęściej angażują się w oglądanie, zapisywanie na dysku, kupowanie treści pornograficznych czy korzystanie z *chat-roomów* itp. Dostępność i różnorodność materiałów online prowadzi do rozpowszechnienia uzależnienia od seksu internetowego wśród nowych użytkowników internetu (60%) i ma duży związek z częstością nawrotów (45%) (Young, 2001). Young (2001) opisuje kilka przypadków klinicznych osób, które zostały zdiagnozowane jako uzależnione od seksu internetowego, co może sugerować, że internet nie jest jedynie dodatkową platformą do realizacji zachowań seksualnych przez osoby już uzależnione, ale staje się przestrzenią do nabycia nowej formy zaburzenia. Poza oglądaniem materiałów erotycznych czy pornograficznych dużą popularnością cieszą się *chat-roomy*, *chat* oznacza rozmowę, natomiast *room* oznacza miejsce, na ogół grupę osób zainteresowanych daną tematyką (w kontekście zachowań seksualnych będą to *chat roomy* o konkretnym profilu zainteresowań seksualnych). Young (2001) zwraca uwagę na specyfikę udziału w takiej rozmowie – na ogół jest to swoiste odgrywanie swoich fantazji lub zaspakajanie ciekawości. Anonimowość pozwala na wykraczanie poza pewne granice w celach eksperymentowania z własną seksualnością, ale także na wycofanie się w każdej chwili. Autorka zwraca uwagę, że anonimowość sprzyja przyzwoleniu na dewiacje czy zachowania przestępcze (np. dziecięcą pornografię), nadmiernemu angażowaniu się w związki online, co skutkuje zaburzeniami interpersonalnymi, jak również zaburzeniami w związkach (mażeńskich) i relacjach w rodzinie.

Mimo że do tej pory podjęto jedynie próby operacjonalizacji uzależnienia od seksu internetowego, badacze są zgodni, że z patologicznym zachowaniem seksualnym w sieci powiązane są: ilość czasu spędzanego online, rodzaje fantazji, depresyjne nastroje, osamotnienie i utrata zahamowań (Griffiths, 2001). Z badań przeprowadzonych przez Young (1996) wynika, że osoby wstępnie zdiagnozowane jako uzależnione od seksu internetowego spędzały średnio niemal 40 godzin tygodniowo w sieci (w celach pozanaukowych i poza zawodowych), natomiast osoby nieuzależnione – ok. 5 godzin tygodniowo.

Young (2001) wskazuje także na szereg zachowań, które sugerują patologiczny wymiar: (1) zabsorbowanie wykorzystaniem internetu do poszukiwania materiałów erotycznych; (2) korzystanie z anonimowych komunikatorów w celu angażowania się w zachowania seksualne (takie, w które osoba się nie angażuje w życiu realnym); (3) oczekiwanie kolejnych sesji online w celu uzyskania gratyfikacji (w postaci podniecenia); (4) przenoszenie relacji online do życia realnego; (5) oszukiwanie najbliższych / ukrywanie prawdy przed najbliższymi; (6) odczuwanie wstydu i poczucia winy z powodu celu, w jakim korzysta się z internetu.

Mimo iż osoby uzależnione pierwotnie opisywały doznawane emocje jako euforię, podwyższenie samooceny czy zmniejszenie uczucia osamotnienia, to z perspektywy czasu były w stanie opisać także negatywne konsekwencje: wycofanie, problemy w relacjach z partnerem, zniekształcenie interakcji rodzic-dziecko (Young, 2001).

Jakie czynniki sprzyjają uzależnieniu się od seksu internetowego? Z jednej strony będą to czynniki wewnątrzsobowe, z drugiej – natura medium. Badacze (Kafka i Hennen, 2002; Raymond, Coleman i Miner, 2003) wskazują na silną korelację pomiędzy kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi a zaburzeniami lękowymi, zaburzeniami nastroju, depresją, zaburzeniami dwubiegunowymi czy zaburzeniami uwagi (ADHD).

Cooper (1998) zaproponował model trzech „A” (akronim utworzony z trzech pierwszych liter angielskich terminów *Accessibility*, *Anonymity*, *Affordability*). W tłumaczeniu na język polski model ten odnosi się do: dostępności, anonimowości i przystępności. Young, Griffin-Sheley, Cooper O’Mara i Buchanan (2000) zaproponowali zmodyfikowany model – ACE, będący akronimem angielskich terminów: *Accessibility* (dostępność), *Convenience* (wygoda) i *Escape* (możliwość ucieczki).

Suler (2004), natomiast, zaproponował termin „efektu rozhamowania w sieci”. Na efekt ten składa się: (1) poczucie anonimowości i (2) poczucie braku kontaktu z innymi użytkownikami (opisane jako *You Don’t Know Me/You Can’t See Me*); (3) brak konsekwencji (opisany jako *See You Later*), co oznacza, że w każdym momencie można zamknąć okno przeglądarki lub zalogować się jako nowy użytkownik (a takie poczucie łatwej ucieczki czy bezkarności sprzyja podejmowaniu większego ryzyka); (4) przeświadczenie, że to tylko fantazjowanie, a nie rzeczywistość lub (5) to tylko gra / zabawa (opisane jako *It’s All in My Head/It’s Just a Game*); (6) zniesienie hierarchii (opisane jako *We’re Equals*), co oznacza, że w internecie zacierają się granice, a tym samym zasady i reguły, według których powinno się postępować.

Young (2001) opisała fazy uzależnienia od seksu internetowego, wyróżniając pięć niezależnych od siebie etapów: (1) faza odkrywania; (2) faza eksperymentowania; (3) faza eskalacji; (4) faza kompulsji i (5) faza beznadziejności.

W celu oceny powagi problemu związanego z kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi badacze stosują m.in. skalę kompulsywnych zachowań seksualnych (ang. *The Sexual Compulsivity Scale*) (Kalichman i Rompa, 1995), która składa się z dziesięciu stwierdzeń, do których należy się ustosunkować na czterostopniowej skali (od „zdecydowanie nie”, poprzez „raczej nie”, „raczej tak”, do „zdecydowanie tak”). Przykładowe stwierdzenia to: (2) „Moje myśli i zachowania związane z seksem nastroczają mi pewne trudności w życiu”; (5) „Zdarza mi się być tak podnieconym/a, że mógłbym/mogłabym stracić kontrolę”; (9) „Myślę na temat seksu więcej niż bym chciał/a”.

Innym narzędziem jest *Internet Sex Screening Test* (ISST; Delmonico i Miller, 2003), który składa się z pięciu czynników i 20 stwierdzeń: (1) kompulsywne zachowania seksualne online, np. „Seks online przeszkadza mi czasami w pewnych aspektach życia”; lub „Czasami traktuję cyberseks jako nagrodę za jakieś osiągnięcia”; (2) zachowania seksualne online – wymiar społeczny; (3) zachowania seksualne online – wymiar indywidualny; (4) zachowania seksualne online – wymiar finansowy i (5) zainteresowanie zachowaniami seksualnymi online.

Kolejnym narzędziem jest *The Internet Assessment Quickscreen* (IA-Q), który składa się z dwóch części: pierwszej poświęconej ocenie wiedzy na temat internetu i zachowań seksualnych, drugiej – poświęconej społecznym i psychologicznym aspektom zachowań seksualnych w internecie. Kwestionariusz składa się z sześciu obszarów tematycznych: (1) podniecenie; (2) umiejętności techniczne; (3) ryzyko; (4) nielegalne działania; (5) ukrywanie/okłamywanie; (6) kompulsywność.

Baterię testów służących do diagnozy stopnia zaangażowania w aktywności seksualne online można znaleźć na stronie Instytutu *Recovery Zone* (całość materiałów w języku angielskim): *Sexual Addiction Risk Assessment* (SARA) – odpłatny, *Internet Sex Screening Test* (ISST).

W rozbudowanej części *Internet Sex Screening Test* (ISST) znajdują się tzw. ogólne pytania dotyczące zachowań seksualnych – odnoszące się do symptomów uzależnień behawioralnych.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Block, J. J. (2008). Issues for DSM-V: Internet addiction. *The American Journal of Psychiatry*, 165(3), 306–307.
- Campbell, A. J., Cumming, S. R. i Hughes, I. (2006). Internet use by the socially fearful: Addiction or therapy? *Cyberpsychology and Behavior*, 9(1), 69–81.
- Carli, V., Durkee, T., Wasserman, D., Hadlaczky, G., Despalins, R. i Kramarz, E. (2013). The association between pathological Internet use and comorbid psychopathology: A systematic review. *Psychopathology*, 46(1), 1–13.
- Carnes, P. J. (1991). *Don't call it love: Recovering from sexual addiction*. New York: Bantam Books.
- Carnes, P., Delmonico, D. L., Griffin, E. i Moriarty, J. (2001). *In the shadows of the net: Breaking free of compulsive online sexual behavior*. Minnesota: Hazelden.
- Cooper, A. (1998). Sexuality and the Internet: Surfing into the new millennium. *CyberPsychology Behavior*, 1, 187–193.
- Cooper, A. i Griffin-Shelley, E. (2002). The Internet: The next sexual revolution. W: A. Cooper (red.), *Sex and the Internet: A guidebook for clinicians* (s. 1–18). New York: Brunner–Routledge.
- Cooper, A., Putnam, D. A., Planchon, L. A. i Boies, S. C. (1999). Online sexual compulsivity: Getting tangled in the net. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 6, 79–104.
- Davis, R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior*, 17(2), 187–195.
- De Prato, G., Feijóo, C., Nepelski, D., Bogdanowicz, M. i Simon, J. P. (2010). Born digital/grown digital: Assessing the future competitiveness of the EU video games software industry. *JRC Scientific and Technical Reports*, Publication Office of the European Union.
- Delmonico, D. L. i Miller, J. A. (2003). The Internet sex screening test: A comparison of sexual compulsives versus non-sexual compulsives. *Sexual and Relationship Therapy*, 18(3), 261–276.
- Demetrovics, Z., Urban, R., Nagygyorgy, K., Farkas, J., Zilahy, D. i Mervo, B. (2011). Why do you play? The development of the motives for online gaming questionnaire (MOGQ). *Behavior Research Methods*, 43(3), 814–825.
- Durkee, T., Kaess, M., Carli, V., Parzer, P., Wasserman, C. i Floderus, B. (2012). Prevalence of pathological Internet use among adolescents in Europe: Demographic and social factors. *Addiction*, 107(12), 2210–2222.
- Gentile, D. A., Choo, H., Liau, A., Sim, T., Li, D., i Fung, D. (2011). Pathological videogame use among youths: A two-year longitudinal study. *Pediatrics*, 127(2), 319–329.

- Goldberg, I. (1996). Internet addiction disorder. Pozyskano 2001 z World Wide Web: <http://www.cog.brown.edu/brochure/people/duchon/humor/internet.addiction.html>
- Griffith, M., D. (1996). Internet “addiction”: An issue for clinical psychology? *Clinical Psychology Forum*, 97, 32–36.
- Griffith, M. D. (2000). Does Internet and computer “addiction” exist? Some case study evidence. *CyberPsychology & Behavior*, 3, 211–218.
- Griffiths, M. D. (2001). Sex on the internet: Observations and implications for Internet sex addiction. *The Journal of Sex Research*, 38, 4, 333–342.
- Griffiths, M. D. (2008). Diagnosis and management of video game addiction. *New Directions in Addiction Treatment and Prevention*, 12, 27–41.
- Griffiths, M. D. (2010). The role of context in online gaming excess and addiction: Some case study evidence. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8(1), 119–125.
- Griffiths, M. D. i Meredith, A. (2009). Videogame addiction and its treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39(4), 247–253.
- Kafka, M. P. i Hennen, J. (2002). A DSM–IV Axis I comorbidity study of males ($N = 120$) with paraphilias and paraphilia related disorders. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 14, 349–366.
- Kalichman, S. C. i Rompa, D. (1995). Sexual sensation seeking and sexual compulsivity scales: Reliability, validity, and predicting HIV risk behavior. *Journal of Personality Assessment*, 65, 586–601.
- Kim, M. G. i Kim, J. (2010). Cross-validation of reliability, convergent and discriminant validity for the problematic online game use scale. *Computers in Human Behavior*, 26(3), 389–398.
- Lee, B. W. i Stapinski, L. A. (2012). Seeking safety on the internet: Relationship between social anxiety and problematic Internet use. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 197–205.
- Majchrzak, P. i Ogińska-Bulik, N. (2006). Zachowania ryzykowne związane z cyberprzestrzenią. W: N. Ogińska-Bulik (red.), *Zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży* (s. 59–78). Łódź: Wydawnictwo WSHE.
- Mehroof, M. i Griffiths, M. D. (2010). Online gaming addiction: The role of sensation seeking, self-control, neuroticism, aggression, state anxiety, and trait anxiety. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 13(3), 313–316.
- Mottram, A. J., Fleming, M. J. (2009). Extraversion, impulsivity, and online group membership as predictors of problematic internet use. *Cyberpsychology and Behavior*, 12(3), 319–321.
- Nagygyörgy, K., Urbán, R., Farkas, J., Griffiths, M., Zilahy, D., Kökönyei, G. (2012). Typology and socio-demographic characteristics of massively multiplayer online game players. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 29 (3), 192–200.

- Pápay, O., Urbán, R., Griffiths, M. D., Nagygyörgy, K., Farkas, J., Elekes, Z. i in. (2013). Psychometric properties of the Problematic Online Gaming Questionnaire Short-Form (POGQ-SF) and prevalence of problematic online gaming in a national sample of adolescents. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 16, 340–348.
- Raskin, R. (2000). Cyberspace's red-light district. *Family PC Magazine*, 85–87.
- Raymond, N. C., Coleman, E. i Miner, M. H. (2003). Psychiatric comorbidity and compulsive-impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 370–380.
- Shaw, M. i Black, D. W. (2008). Internet addiction: Definition, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS Drugs*, 22(5), 353–365.
- Suler, J. (2004). Computer and cyberspace addiction. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 1, 359–362.
- Tosun, L. P. i Lajunen, T. (2009). Why do young adults develop a passion for internet activities? The associations among personality, revealing “true self” on the internet, and passion for the internet. *Cyberpsychology and Behavior*, 12(4), 401–406.
- Tsitsika, A., Critselis, E., Kormas, G., Filippopoulou, A., Tounissidou, D. i Freskou, A. (2009). Internet use and misuse: A multivariate regression analysis of the predictive factors of internet use among Greek adolescents. *European Journal of Pediatrics*, 168(6), 655–665.
- Young, K. (1996). Addictive use of the Internet: A case study that breaks the stereotype. *Psychological Reports*, 79, 899–902.
- Young, K. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior*, 1, 3, 237–244.
- Young, K. (1999). Internet addiction: Evaluation and treatment. *Student British Medical Journal*, 7, 351–352.
- Young, K. (2001). *Tangled in the Web: Understanding cybersex from fantasy to addiction*. Bloomington, Indiana: Authorhouse.
- Young, K. (2009). Understanding online gaming addiction and treatment issues for Adolescents. *American Journal of Family Therapy*, 37, 355–372.
- Young, K. S., Griffin-Shelley, E., Cooper, A., O'Mara, J. i Buchanan, J. (2000). Online fidelity: A new dimension in couple relationships with implications for evaluation and treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 7(1-2), 59–74.
- Zanetta, D. F., Zermatten, A., Billieux, J., Thorens, G., Bondolfi, G. i Zullino, D. (2011). Motivations to play specifically predict excessive involvement in massively multiplayer online role-playing games: Evidence from an online survey. *European Addiction Research*, 17(4), 185–189.

Rozdział 4. Inne zachowania kompulsywne

Terapeuci, lekarze i badacze coraz częściej spotykają się z przypadkami zachowań kompulsywnych skupionych na konkretnej czynności – poza uprawianiem hazardu czy graniem w gry komputerowe lub internetowe coraz częściej przedmiotem zaabsorbowania są zakupy (ang. *compulsive shopping*), czynności seksualne czy praca (ang. *workaholism*). Relatywnie nowym obszarem są zachowania kompulsywne związane z zaburzoną percepcją obrazu własnego ciała, do których należą: bigoreksja¹¹ (obsesja na punkcie bycia umięśnionym), ortoreksja (obsesja na punkcie zdrowego odżywiania) czy tanoreksja (obsesja na punkcie opalonego ciała).

4.1. Kompulsywne kupowanie

Zaburzenie kompulsywnego kupowania (ang. *Compulsive Buying Disorder*) zostało zaklasyfikowane jako zaburzenie kontroli impulsów (ang. *Impulse-Control Disorders Not Elsewhere Classified*) w klasyfikacji DSM-IV. Zaburzenie kompulsywnego kupowania jest często umieszczane (nieformalnie) w następujących obszarach: (1) zaburzeń kontroli impulsów lub (2) zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych lub (3) zaburzeń związanych z uzależnieniami lub (4) w obszarze zaburzeń nastroju (Dittmar, 2005). W klasyfikacji DSM-V zaburzenie kompulsywnego kupowania jest opisywane w kontekście uzależnień behawioralnych, podobnie jak uzależnienie od ćwiczeń czy od seksu, ale nie zostało ono formalnie zdefiniowane w związku z niewystracającymi danymi (APA, 2013).

Kupowanie impulsywne polega na podejmowaniu zachowania w sposób nagły i spontaniczny, na ogół pod wpływem bodźców zewnętrznych. Kupowanie impulsywne nie służy redukcji napięcia czy radzenia sobie z negatywnymi emocjami. Natomiast kupowanie kompulsywne stanowi formę radzenia sobie z negatywnymi emocjami czy stresem, zatem jest powodowane czynnikami wewnętrznymi. Kupowanie o charakterze kompulsywnym staje się nawykowe i angażuje znacznie więcej zasobów – poznawczych (myślenie, planowanie) i finansowych (kupowanie niepotrzebnych przedmiotów). To właśnie forma kompulsywna prowadzi do uzależnienia i je podtrzymuje.

O'Guinn i Faber (1989) przeprowadzili pierwsze badania empiryczne, których wyniki potwierdziły oczekiwania teoretyczne – osoby, które raportowały proble-

¹¹ W ciągu ostatnich lat zainteresowanie badaczy skupia się wokół szerszej formy zaburzenia związanego z kompulsywnym i niekontrolowanym uprawianiem ćwiczeń (ang. *exercise addiction*), u podłoża którego mogą leżeć m.in. zaburzenia percepcji ciała (bigoreksja).

my z kupowaniem (co zostało sklasyfikowane jako kompulsywne kupowanie), uzyskiwały wyższe wyniki na skali mierzącej skłonności obsesyjno-kompulsyjne, niższe na skali mierzącej samoocenę, jak również opisywały poprawę nastroju podczas robienia zakupów i poczucie winy tuż po ich zakończeniu (w porównaniu z osobami, które nie wykazywały zachowań problemowych w obszarze kupowania). Badacze (O'Guinn i Faber, 1989) przedstawili charakterystykę cyklu kompulsywnego kupowania: (1) predyspozycje do odczuwania negatywnego afektu i obniżonej samooceny czy poczucia wartości (których cykliczne obniżanie się poprzedza sam akt zakupu); (2) impulsywne epizody zakupowe; (3) poczucie winy po dokonaniu zakupów; (4) kolejna potrzeba kupowania, po części w celu redukcji negatywnego afektu płynącego z poczucia winy (po poprzednim akcie zakupowym). Dalsze badania zaowocowały propozycją kryteriów diagnostycznych zaburzenia kompulsywnego kupowania (McElroy, Keck, Pope, Smith i Strakowski, 1994), na które składają się:

1. nie przystosowawcze zaabsorbowanie zakupami przejawiające się co najmniej na jeden z dwóch sposobów: częste zaabsorbowanie zakupami lub odczuwanie nieodpartej potrzeby kupowania lub częste kupowanie przedmiotów zbyt drogie, (obiektywnie) niepotrzebnych lub poświęcanie zakupom więcej czasu niż się planowało;
2. zaabsorbowanie kupowaniem prowadzące do odczuwania niepokoju i podwyższonego stresu, jak i prowadzące do negatywnych konsekwencji interpersonalnych, zawodowych i finansowanych;
3. czynności związane z nadmiernym i niekontrolowanym kupowaniem nie ograniczone do okresów manii czy hipomanii (mania czy hipomania nie tłumaczą zachowań związanych z kompulsywnym kupowaniem).

W zależności od przyjętego paradygmatu, tj. od tego, czy badacze definiują zaburzenie kompulsywnego kupowania jako zaburzenie kontroli impulsów, czy jako uzależnienie behawioralne, będą posługiwali się nieco innymi kryteriami diagnostycznymi, choć kryteria opracowane przez McElroy i współpracowników (1994) stanowią kompleksowe podejście do problemu.

Zaburzenia kompulsywnego kupowania najczęściej pojawia się u osób młodych (dwudziestokilkuletnich), a charakteryzują się powracającą, nieodpartą potrzebą kupowania (poczuciem przymusu), utratą kontroli nad kupowaniem i kontynuowaniem tej czynności pomimo świadomości negatywnych jej konsekwencji (Dittmar, 2005). Do negatywnych konsekwencji należą problemy w rodzinie, problemy finansowe (nierzadko powiązane, np. kłótnie dotyczące wydanych kwot), jak również problemy z prawem (np. drobne kradzieże w sklepach; Black, 2007). W przypadku braku lub ograniczonej możliwości kupowania nasilają się negatywne emo-

cje (np. niepokój), z drugiej jednak strony kupowanie wywołuje poczucie winy czy stany depresyjne (Lejoyeux i Weinstein, 2010). Reasumując, do kryteriów diagnostycznych zaburzenia kompulsywnego kupowania należą: (1) niekontrolowany przymus kupowania; (2) doświadczanie zmian nastroju na skutek kupowania; (3) wzrastająca tolerancja (potrzeba częstszego lub bardziej intensywnego kupowania w celu uzyskania zbliżonego poziomu gratyfikacji, np. redukcji napięcia); (4) objawy abstynencji (negatywne emocje lub objawy fizjologiczne w przypadku braku możliwości kupowania); (5) negatywne konsekwencje w obszarze własnych emocji, relacji z bliskimi lub w pracy, i zaniedbywanie dotychczasowych zainteresowań na rzecz czynności związanych z zakupami.

Guerreschi (2006) proponuje rozróżnienie pomiędzy nadużywaniem konsumpcji (które jest efektem pierwotnych zaburzeń psychicznych, np. wzmoczona konsumpcja w okresach manii czy hipomanii) a uzależnieniem od konsumpcji, które opisujemy właśnie jako tzw. uzależnienie behawioralne.

Mimo że osoby kupujące kompulsywnie nie przywiązują znaczenia do przedmiotów, które kupują – często chowają je do szafy nie odcinając metek – to badacze (McElroy i in., 1994) wyróżniają kilka typów zakupoholików (ze względu na rodzaj preferowanych produktów lub sposób kupowania): (1) łowcy okazji, czyli osoby kupujące głównie na wyprzedażach – dla nich sam fakt zakupu w ramach oferty jest powodem do dumy; (2) kolekcjonerzy, to osoby skupiające swoją uwagę na jednym rodzaju produktu (np. biżuterii); (3) zbieracze nowości – osoby zbierające nowości (zarówno w jednej dziedzinie, jak i w różnych dziedzinach); (4) osoby, które kupują oczami, czyli uprawiają tzw. *window shopping* – samo patrzenie na produkty jest wystarczająco gratyfikujące.

Badacze (za: Woronowicz, 2009) wyróżniają także kilka faz, za pomocą których można opisać akt zakupowy (nie są to fazy uzależniania się, a fazy czy etapy związane z kompulsywnym kupowaniem): (1) przewidywanie (któremu towarzyszą myśli o zakupach i oczekiwanie gratyfikacji); (2) przygotowanie (planowanie miejsca i czasu zakupów); (3) dokonywanie zakupów (czemu towarzyszy ekscytacja i silne pobudzenie); i (4) analiza wydatków (wyrzuty sumienia i poczucie winy). Każda z faz może być różnej długości, choć negatywne emocje w postaci wyrzutów sumienia czy poczucia winy mogą pojawić się tuż po dokonaniu zakupu, a zatem sama ulga czy redukcja napięcia może trwać bardzo krótko.

Istotnymi predyktorami zaburzenia kompulsywnego kupowania są według badaczy płeć i wiek, a także korzystanie z kart kredytowych (Ogińska-Bulik, 2006) czy przejawianie wartości materialistycznych (Dittmar, 2005). Zdecydowanie częściej kompulsywnie kupują kobiety – od 85% (McElroy i in., 1994) do

100% (Mitchell, Burgard, Faber, Crosby i de Zwaan, 2006) i osoby do 35. roku życia (Black, 2007; Dittmar, 2005).

Osoby przejawiające cechy zaburzeń kompulsywnego kupowania często cierpią na inne zaburzenia – część badań sugeruje współwystępowanie szerokiego spektrum zaburzeń, w tym: zaburzenia nastroju (u 25% – 50% zdiagnozowano także depresję, np. McElroy i in., 1994), zaburzenia lękowe (u ok 30%), zaburzenia kontroli impulsów, zaburzenia zachowania (np. zaburzenia odżywiania) (Mueller i in., 2011), jak również zaburzenia osobowości (np. borderline) (Koran, Faber, Aboujande, Large i Serpe, 2006; Black, 2007). U co piątej osoby, która wykazuje symptomy zaburzenia kompulsywnego kupowania, zdiagnozowano (na przestrzeni życia) także inne zaburzenia zachowania, takie jak kleptomanię, trychotylomanię czy zaburzenie uprawiania hazardu (Mueller i in., 2011), co sugeruje silny wpływ czynników biologicznych w rozwoju uzależnień behawioralnych. W związku z wysokim stopniem współwystępowania innych poważnych zaburzeń, istotne jest ich zidentyfikowanie i równoległa terapia (np. terapia farmakologiczna – lekami z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (Mueller i in., 2011; Dell’Osso, Allen, Altamura, Buoli i Hollander, 2008).

Do szeroko pojętych czynników społecznych należą: korelaty kulturowe, takie jak wartości materialistyczne wspierane przez media, przez grupy rówieśnicze, a także przez rodzinę (Black, 2001); korelaty związane z procesami socjalizacji w rodzinie (np. nadmierne oszczędzanie i nieracjonalne wydawanie pieniędzy przez rodziców), a także niezaspokojenie potrzeb psychicznych dziecka (przede wszystkim miłości i akceptacji).

Szacuje się, że zaburzenie kompulsywnego kupowania dotyczy od 1% do 10% populacji dorosłych (np. w Australii, Francji, Hiszpanii, Holandii, Kanadzie, Niemczech, Wielkiej Brytanii, Włoszech czy Stanach Zjednoczonych). W Polsce szacuje się, że od 2% do 5% populacji przejawia kompulsywne zachowania zakupowe (CBOS, 2012).

Do pomiaru stopnia zaabsorbowania zakupami najczęściej wykorzystuje się skalę opracowaną przez Valence, D’Astous i Fortier (za: Dittmar, 2005) i jej zrewidowaną wersję (Black 2000, za: Dittmar, 2005), jak również skalę opracowaną przez Faber i O’Guinn (1992).

Skala Valence składa się z 16 stwierdzeń (opisujących cztery kryteria – wydawanie pieniędzy, odczuwanie silnej potrzeby kupowania, negatywne emocje, środowisko rodzinne), do których osoby badane mają się ustosunkować na czterostopniowej skali. Do przykładowych pozycji należą: „Natychmiast po wejściu

do centrum handlowego czuję nieodparty przymus, aby wejść do jakiegoś sklepu i coś kupić”, „Często czuję niewytłumaczalny wewnętrzny przymus, nagłą, spontaniczną ochotę, aby iść i coś kupić”, „Czasami mam uczucie, jakby coś 'od wewnątrz' popychało mnie do zakupów”.

Skala Kompulsywnego Kupowania (ang. *Compulsive Buying Scale*) opracowana przez Faber i O'Guinn należy do jednej z najczęściej stosowanych m.in. w Stanach Zjednoczonych. Początkowo skala składała się z 29 itemów, natomiast po analizach badacze zaproponowali siedem podstawowych itemów (stwierżeń), które dotyczą:

1. potrzeby wydawania pieniędzy (spośród 29, np. „Kiedy mam pieniądze, nie mogę się powstrzymać i muszę je wydać” lub „Kupuję nawet kiedy mnie na to nie stać” lub „Wystawiam czeki bez pokrycia”);
2. świadomości negatywnych nawyków (np. „Gdyby inni widzieli, w jaki sposób wydaję pieniądze, byłiby przerażeni”);
3. kupowania w celu poprawy nastroju;
4. symptomów odstawiennych (np. „Czuję się źle, jeśli nie mogę iść na zakupy”).

Ogińska-Bulik (2010) opracowała Skalę Zachowań Zakupowych, złożoną z 16 stwierżeń, do których należy się ustosunkować na 5-stopniowej skali (od 1 – prawie nigdy, do 5 – prawie zawsze). Do przykładowych stwierżeń należą: „Robienie zakupów to świetna zabawa” lub „Pochłania mnie szaleństwo kupowania”.

4.2. Pracoholizm

Termin „pracoholizm” został zaproponowany przez psychiatrę – Waynea Oatesa, w 1971 roku, na określenie kompulsywnych zachowań i myśli związanych z wykonywaniem pracy zawodowej (Robinson, 2000). Zjawisko uzależnienia od pracy zyskuje coraz większe zainteresowanie wśród psychologów i terapeutów w związku ze wzrastającą skalą problemu, jak i jego negatywnymi konsekwencjami dla jednostki i jej otoczenia.

Do pracoholizmu można odnieść kryteria diagnostyczne zachowań kompulsywnych zawarte zarówno w klasyfikacji ICD, jak i DSM:

1. silna potrzeba lub poczucie przymusu wykonywania czynności związanych z pracą zawodową;

2. subiektywne przekonanie o mniejszych możliwościach kontrolowania swoich zachowań związanych z pracą;
3. występowanie, przy próbach przerwania lub ograniczenia pracy, stanów niepokoju, rozdrażnienia czy gorszego samopoczucia oraz ustępowanie tych stanów z chwilą powrotu do wykonywania zadań zawodowych;
4. spędzanie coraz większej ilości czasu w pracy w celu zredukowania niepokoju, osiągnięcia zadowolenia czy dobrego samopoczucia, które poprzednio uzyskiwane były w normalnym czasie pracy;
5. postępujące zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub dotychczasowych zainteresowań na rzecz wykonywania obowiązków zawodowych;
6. wykonywanie czynności zawodowych pomimo szkodliwych następstw (fizycznych, psychicznych i społecznych), o których wiadomo, że mają związek z poświęcaniem dużej ilości czasu na pracę.

Pracoholizm można scharakteryzować także na trzech wymiarach:

1. zaabsorbowanie, przejawiające się zabieraniem pracy do domu, zostawianiem po godzinach w pracy, rozmawianiem o pracy z rodziną i znajomymi;
2. negatywne konsekwencje, przejawiające się w braku czasu dla rodziny i przyjaciół, jak również w rezygnacji z innych aktywności (na rzecz pracy), które poprzednio sprawiały przyjemność;
3. upośledzona kontrola nad ilością czasu, który się poświęca na pracę, jak również dążenie do kontrolowania wszystkich aspektów pracy (w tym perfekcjonizm i jego następstwo w postaci niezadowolenia).

Powyższa charakterystyka w dużej mierze opisuje przejawy zaabsorbowania pracą i utraty kontroli, ale nie wyczerpuje problemu, głównie za sprawą braku odniesienia do motywacji do pracy. W literaturze przedmiotu znajdziemy cztery klasyfikacje pracoholizmu, z których każda opisuje to zaburzenie w nieco inny sposób. Badacze (Spence i Robbins, 1992) nakreślili obraz osoby skłonnej do pracoholizmu – osoby, która odczuwa wysoki stopień zaabsorbowania pracą, wewnętrznego przymusu, ale i niskie zadowolenie. Są to osoby z niestabilnym obrazem ja (McMillan, O’Driscoll, Marsh i Brady, 2001), opisujące siebie przez pryzmat sukcesów zawodowych. Pracoholicy to osoby pragnące sprawować kontrolę nad innymi, jednocześnie poszukujące uznania i aprobaty; skłonne są raczej do przeżywania emocji negatywnych, takich jak lęk, ale także złość.

Spence i Robbins (1992) wyróżnili rodzaje pracowników (w tym pracoholika), wykorzystując trzy wymiary: zaabsorbowanie pracą, wewnętrzny przymus

i zadowolenie z lub w pracy. Jak wyżej opisano, pracoholik uzależniony charakteryzuje się wysokim zaabsorbowaniem i przymusem, ale niskim poziomem zadowolenia. Entuzjasta pracy – wysokim zaabsorbowaniem i zadowoleniem, ale niskim przymusem wewnętrznym. Entuzjastyczny pracoholik natomiast – wysokim zaabsorbowaniem i zadowoleniem, ale także wewnętrznym przymusem (np. ktoś, kto czerpie satysfakcję z pracy, ale i nie wyobraża sobie życia bez tej aktywności). Warto zaznaczyć, że przymus pracy nie może wynikać z przesłanek zewnętrznych, np. posiadanie kredytu do spłacenia, ale z wewnętrznych – stąd najczęściej definiuje się pracoholika jako przedstawiciela klasy średniej, który nie musi, ale chce podejmować kolejne aktywności zawodowe.

Klasyfikacja Robinsona (2000) obejmuje także podział pracoholików ze względu na ich wzorzec pracy:

1. pracoholik nieugięty (ang. *relentless workaholic*), to osoba wykonująca swoją pracę w sposób kompulsywny, przedkładająca ją nad relacje z innymi osobami;
2. pracoholik bulimiczny (ang. *bulimic workaholic*), to osoba pozostawiająca zadania do wykonania na ostatni moment, kiedy to pracuje bez przerwy i z bardzo wysokim zaangażowaniem. Po tym czasie następuje faza zmęczenia i zniechęcenia, a co za tym idzie – unikania pracy, aż do kolejnego wzrostu napięcia i lęku;
3. pracoholik z deficytem uwagi (ang. *attention deficit workaholic*), to osoba, dla której praca jest źródłem stymulacji, stąd podejmuje wiele zadań jednocześnie. Jego praca jest bardzo intensywna, ale i chaotyczna;
4. pracoholik delektujący się pracą (ang. *savoring workaholic*), to osoba pracująca wolno, strategicznie, ale w związku z wysokim poziomem perfekcjonizmu nie ma poczucia, że skończyła pracę i wielokrotnie wraca do kolejnych elementów.

Golińska (2008) dzieli pracoholików na dwie, skrajnie różne grupy: (1) osoby pilne, perfekcyjne, ale i niepewne siebie, samotne, nieśmiałe, neurotyczne, o niskiej samoocenie; (2) osoby ambitne, często mało dokładne, lubiące rywalizować i wygrywać, które za wszelką cenę dążą do osiągnięcia sukcesu zawodowego i prestiżu społecznego.

O innej typologii piszą Paluchowski i Hornowska (2003):

1. pracoholicy „do szpiku kości” (ang. *dyed-in-the-wool*) — to perfekjoniści, których drażni brak kompetencji (własnych, ale i cudzych);
2. pracoholicy nawróceni (ang. *converted workaholics*);

3. pracoholicy sytuacyjni (ang. *situational workaholics*) – osoby, którym praca przynosi poczucie bezpieczeństwa (bez osobowości typowej dla pracoholików);
4. pseudopracoholicy (ang. *pseudoworkaholics*) – osoby, które ujawniają cechy pracoholizmu na poziomie behawioralnym, ale u podstaw ich motywacji do pracy leży chęć uzyskania lepszej pozycji zawodowej;
5. pracoholicy eskapiści (ang. *escapist workaholizm*) – osoby traktujące pracę jako ucieczkę przed kłopotami.

Odminną koncepcję pracoholizmu zaproponowała Wojdyło (2013) – koncepcję pożądania pracy (ang. *work craving*). Koncepcja ta leży obecnie w centrum zainteresowań badaczy i jest weryfikowana empirycznie. Zgodnie z tą koncepcją na pracoholizm rozumiany jako pożądanie pracy składają się cztery elementy: (1) wysokie emocje lękowe; (2) wysokie pobudzenie mobilizujące; (3) niskie zdolności regulacji emocji negatywnych i aktywowania emocji pozytywnych; (4) niskie poczucie własnej wartości. Oznacza to, że osoby skłonne do pracoholizmu cechują się silnym przeżywaniem lęku i negatywnych emocji, mają problemy z ich regulacją, co prowadzi do poszukiwania zastępczych sposobów redukcji negatywnego afektu. Ponadto, osoby te poszukują zewnętrznych wyznaczników poczucia własnej wartości. Badaczka starała się odpowiedzieć na pytanie co odróżnia osoby, które są uzależnione, od osób, które są zaangażowane, ale nie przejawiają cech uzależnienia. Mechanizmem, który według Wojdyło (2013) jest odpowiedzialny za rozróżnienie pasji od przymusu, jest hedonistyczny mechanizm kompensacji emocji (oczekiwania pozytywnych wzmocnień dla poczucia własnej wartości i ulgi emocjonalnej w wyniku redukcji emocji negatywnych). Według Wojdyło (2013) opis na wymiarze obsesji–kompulsji nie jest wystarczający do oceny pracoholizmu; należy także wziąć pod uwagę neurotyczne standardy perfekcji i ocenę funkcji, jakie dane zachowanie pełni dla jednostki.

Koncepcja pożądania pracy jest zatem „emocjonalno–motywacyjnym stanem pożądania pozytywnych wzmocnień dla poczucia własnej wartości i emocjonalnej ulgi w wyniku dążenia do nierealistycznie wysokich standardów perfekcji i obsesyjno–kompulsyjnego zaangażowania w pracę” (Wojdyło, 2013, s. 91). Innymi słowy pracoholizm według koncepcji pożądania pracy można opisać na czterech wymiarach: (1) obsesyjno–kompulsyjne pożądanie pracy; (2) oczekiwanie pozytywnych wzmocnień (np. poczucia wartości, skuteczności); (3) oczekiwanie redukcji emocji negatywnych, w tym ulgi związanej z redukcją emocji negatywnych, ale także symptomów odstawiennych; (4) neurotyczny perfekcjonizm, na który składa się tendencja do wyznaczania sobie nierealistycznie wysokich standardów osiągnięć, których naruszenie interpretowane jest przez jednostkę jako niepowodzenia oraz jako brak wiary we własne zdolności.

Zgodnie z wynikami badań (np. Robinson i Post, 1995), do pracoholizmu prowadzą nabyte w procesie socjalizacji przekonania i dysfunkcyjne relacje rodzinne. Wyniki badań Wojdyło (2013) wskazują na specyficzną rolę postaw matek (ochraniające, wymagające, ale niekonsekwentne i odrzucające) i ojców (wymagający, niekonsekwentni i odrzucający). Pracoholicy tworzą także dysfunkcyjne relacje, tj. częściej niż grupę normatywną cechuje ich styl lękowo–ambivalentny i unikowy (Wojdyło, 2013).

Niezależnie od przyjętej klasyfikacji badacze wydają się być zgodni w kwestii faz uzależnienia od pracy (za: Kozak, 2009, s. 111) i wyróżniają: (1) fazę stosowania; (2) fazę nadużywania; (3) fazę używania problemowego, która charakteryzuje się swoistym błędnym kołem (ucieczką w pracę na skutek negatywnych konsekwencji, które często wynikają z pracy); (4) fazę dominacji (przejawy nałogowego zachowania – praca staje się priorytetem); (5) fazę kryzysu (negatywne konsekwencje, powrót do nałogowego zachowania); (6) fazę wymuszonej abstinencji (podejmowanie prób alternatywnych postępowań, które kończą się porażką). Innymi słowy, w fazie wstępnej zwiększa się zaabsorbowanie pracą, któremu towarzyszą błędne przekonania poznawcze (np. jeśli tego nie zrobię perfekcyjnie, to jestem nikim), w tej fazie nasilają się także negatywne emocje, takie jak poczucie winy, ale także niespecyficzny niepokój, jak i pierwsze symptomy somatyczne (ból głowy czy żołądka). W kolejnej fazie przejawy negatywnych konsekwencji stają się bardziej widoczne, np. trudności z koncentracją, poczucie wyczerpania, problemy ze snem, stany depresyjne i lękowe. W fazie chronicznej nasilenie konsekwencji zarówno psychicznych jak i somatycznych może doprowadzić do braku możliwości pracy – na skutek ograniczenia snu czy spożywanych pokarmów.

Obecnie dysponujemy następującymi narzędziami do pomiaru stopnia uzależnienia od pracy:

1. polską adaptacją kwestionariusza *Work Addiction Risk Test* (WART) (Wojdyło, 2005);
2. zrewidowaną wersją kwestionariusza WART–R (Wojdyło i Buczny, 2010);
3. kwestionariuszem *Working Craving Scale* (WCS) (Wojdyło, Baumann, Buczny, Owens i Kuhl, 2013).

Robinson i Philips (1995) zaproponowali kwestionariusz do pomiaru stopnia uzależnienia od pracy (Skala WART, *Work Addiction Risk Test*; Robinson i Philips, 1995), składający się z 25 stwierdzeń, którym należy przyporządkować wartości: 1– nigdy, 2– rzadko, 3– często, 4– zawsze, np.: (1) „Wolę wykonywać większość prac sam, niż prosić o pomoc”; (4) „Jestem zajęty wieloma rzeczami naraz”; (6) „Podejmuję się znacznie większej ilości zadań, niż jestem w stanie

Tabela 4.3.1. Kryteria służące diagnozie pierwotnego uzależnienia od ćwiczeń De Coverley Veale (1987, 1995) i aplikacja definicji uzależnień behawioralnych do ćwiczeń (Griffiths, 1996).

De Coverley Veale (1987)	De Coverley Veale (1995)	Griffiths (1996)
(1) ograniczenie różnorodności ćwiczeń prowadzące do stereotypowych wzorców treningu, odbywanych regularnie, co najmniej raz dziennie	(1) zaabsorbowanie ćwiczeniami, które stają się stereotypowe i rutynowe	(1) zaabsorbowanie myśli i zachowań ćwiczeniami
(2) zaabsorbowanie ćwiczeniami – skupianie się na tej formie aktywności kosztem innych (które wcześniej sprawiały przyjemność)		(2) tolerancja
(3) zwiększająca się tolerancja w stosunku do liczby jak i długości wykonywania ćwiczeń na przestrzeni kolejnych miesięcy i lat		(3) objawy odstawienia
(4) objawy odstawienia – zaburzenia nastroju w przypadku nieplanowanej przerwy w ćwiczeniach lub utrudnionym dostępie do nich	(2) emocjonalne i fizyczne objawy odstawienia w okresie niećwiczenia (wahania nastroju, drażliwość, bezsenność)	(4) modyfikacja nastroju poprzez wykonywanie ćwiczeń
(5) łagodzenie objawów odstawienia poprzez dalsze ćwiczenie; traktowanie ćwiczeń jako formy radzenia sobie z zaburzeniami nastroju i/lub z problemami		(5) nawroty
(6) nawroty – po okresie nie ćwiczenia powrót do poprzedniego wzorca		(6) konflikty na dwóch płaszczyznach – z otoczeniem (rodziną, przyjaciółmi, pracodawcą) i z innymi formami aktywności (np. innymi formami spędzania wolnego czasu, ale i wykonywaniem obowiązków)
(7) kontynuowanie ćwiczeń mimo świadomości ich negatywnych konsekwencji dla zdrowia (np. ćwiczenie mimo kontuzji, ćwiczenie wbrew zaleceniom lekarza), jak również dla relacji interpersonalnych (z partnerem, rodziną, przyjaciółmi), jak i zawodowych (lub edukacyjnych)	(3) dystres fizyczny, społeczny i zawodowy oraz pogorszenie się funkcjonowania w tych obszarach, wynikające z zaabsorbowania ćwiczeniami	
(8) celowa utrata masy ciała jako środek prowadzący do poprawy poziomu wykonywania ćwiczeń	(4) brak innego wyjaśnienia zaabsorbowania ćwiczeniami (np. zaburzeń odżywiania się)	

wykonać”; (7) „Czuję się winny, gdy nad czymś nie pracuję”; (14) „Zauważam, że zostaję w pracy, gdy moi współpracownicy namawiają mnie do wyjścia”; (21) „Gdy popełnię nawet najmniejszą pomyłkę, jestem przygnębiony”; (22) „Poświęcam pracy znacznie więcej myśli, czasu, energii, niż związkom z żoną (mężem), partnerką/partnerem i rodziną”.

Wojdyło wraz ze współpracownikami (Wojdyło, Baumann, Buczny, Owens i Kuhl, 2013) zaproponowała kwestionariusz do pomiaru stopnia pożądania pracy (ang. *Working Craving Scale*), który składa się z 24 stwierdzeń (po 6 na każdy z czterech wymiarów), np. ad 1. „Czuję nieodpartą potrzebę, aby coraz więcej pracować”; ad 2. „Zapracowanie daje mi poczucie, że coś znaczę”; ad 3. „Zajęcie się teraz pracą przyniosłoby mi ulgę”; ad 4. „Nawet jeśli wykonam zadanie bardzo starannie, czuję, że nie jest wykonane w pełni prawidłowo”.

4.3. Uzależnienie od ćwiczeń fizycznych

Próba umiejscowienia uzależnienia od ćwiczeń w obecnie obowiązujących klasyfikacjach chorób i zaburzeń (ICD-10 i DSM-V) nie jest łatwa. Trwają prace nad włączeniem uzależnienia od ćwiczeń do kanonu uzależnień behawioralnych, choć w języku angielskim stosowana terminologia nie jest jednolita (stosuje się wymiennie określenia *exercise addiction*, *exercise dependence*, *compulsive exercising*). W języku polskim można przyjąć określenie: uzależnienie od ćwiczeń lub nałogowego ćwiczenia. Uzależnienie od ćwiczeń zostało uznane przez badaczy za zjawisko patologiczne głównie ze względu na (Allegre, Souville, Therme i Griffiths, 2006):

1. neuroadaptację – objawy odstawienia (takie jak nerwowość, rozdrażnienie, lęk, itp.) i tolerancji (tj. potrzeba coraz częstsze lub coraz dłuższe uprawiania ćwiczeń);
2. negatywne konsekwencje (np. kontynuowanie ćwiczeń pomimo kontuzji).

Uzależnienie od ćwiczeń jest czasem określane mianem bigoreksji, choć termin ten odnosi się do zaburzonej percepcji własnego ciała, która może, ale nie musi leżeć u podłoża nadmiernego angażowania się w uprawianie ćwiczeń fizycznych.

Nadmierne uprawianie ćwiczeń fizycznych może być wtórne w stosunku do innych zaburzeń, głównie zaburzeń odżywiania. De Coverley Veale (1987) jako pierwszy zaproponował sformalizowany podział na uzależnienie pierwotne (któ-

re nie jest związane z zaburzeniami psychicznymi) i wtórne (które towarzyszy innym zaburzeniom). De Coverley Veale (1987, 1995) zaproponował także kryteria służące diagnozie pierwotnego uzależnienia od ćwiczeń (Tabela 4.3.1.). Mimo iż pierwotne uzależnienie od ćwiczeń fizycznych nie zostało formalnie opisane w żadnej z obowiązujących klasyfikacji (ICD-10 czy DSM-V) badacze odwołują się do zawartych w tych klasyfikacjach kryteriów diagnostycznych definiując uzależnienie od ćwiczeń jako wariant uzależnień (Griffiths, 1996; Hausenblas i Symons Downs, 2002a).

W przypadku uzależnienia pierwotnego wykonywanie ćwiczeń fizycznych jest celem samym w sobie, natomiast przestrzeganie diety czy utrata wagi stanowią środek realizacji tego celu. Wysokobiałkowa, niskotłuszczowa i niskowęglowodanowa dieta ma służyć zamianie tkanki tłuszczowej na masę mięśniową, podobnie jak spożywane suplementy diety (np. glutamina czy karnityna).

Oszacowanie częstości występowania uzależnienia od ćwiczeń nie jest łatwe, głównie ze względu na brak formalnych kryteriów, jak i narzędzi diagnostycznych. Zjawisko to może dotyczyć według badaczy (Symons Downs, Hausenblas i Nigg, 2004) od 2% do 20%, a nawet 30% osób regularnie ćwiczących (Thornton i Scott, 1995). Szacuje się, że w ogóle społeczeństwa symptomy uzależnienia od ćwiczeń może przejawiać średnio 5% osób (Allegre, Souville, Therme i Griffiths, 2006), przy czym nieco więcej wśród studentów kierunków sportowych – ok 7%.

Etiologia uzależnienia od ćwiczeń nie jest dostatecznie poznana, 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 być hipoteza beta-endorfinowa, aczkolwiek w związku z nieprzekraczalną barierą krew-mózg, poziom beta-endorfin w mózgu nie może zostać podwyższony.

Steinberg, Sykes i LeBoutillier (1996) 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.

Kolejną koncepcją jest hipoteza katecholaminowa chorób afektywnych, ale badania empiryczne (w obszarze uzależnienia od ćwiczeń) są bardzo skromne.

Do pomiaru stopnia zaabsorbowania ćwiczeniami służą jeszcze nie zweryfikowane w polskich warunkach kwestionariusze anglojęzyczne, np.

- *Obligatory Exercise Questionnaire* (OEQ) – Kwestionariusz Przymusu Ćwiczeń (tłumaczenie własne), opracowany przez Pasma i Thomson (1988, za: LePage, Price i O’Neil Crowther, 2012). OEQ składa się z 20 itemów tworzących trzy podskale: (1) emocje związane z ćwiczeniami; (2) częstotliwość i intensywność ćwiczeń; (3) zaabsorbowanie ćwiczeniami. Skala odpowiedzi jest czterostopniową skalą Likerta (od nigdy do zawsze). Do przykładowych pytań należą: (1) „Ćwiczę codziennie”; (4) „Jeśli nie ćwiczę, czuję się z tego powodu winny”; (20) „Jeśli nie mogę uprawiać moich regularnych ćwiczeń, to staram się ćwiczyć w inny sposób”.
- *Exercise Dependence Scale* (EDS, Hausenblas i Symons Downs, 2002b) – Skala Uzależnienia od Ćwiczeń; została stworzona w oparciu o kryteria diagnostyczne uzależnień od substancji (DSM-IV) i była wielokrotnie wykorzystywana w badaniach (np. Symons Downs, Hausenblas i Nigg, 2004). Kwestionariusz składa się z 21 pytań odnoszących się do następujących kryteriów diagnostycznych: (1) kontynuowanie pomimo negatywnych konsekwencji; (2) wzrastająca tolerancja; (3) utrata kontroli; (4) redukcja pozostałych aktywności; (5) czas poświęcany na ćwiczenia; (6) intencyjność. Osoby badane mają ustosunkować się na skali od 1 do 6 (gdzie 1 oznacza nigdy a 6 – zawsze) do każdego ze stwierdzeń i ocenić częstotliwość zachowań w okresie ostatnich 3 miesięcy. Do przykładowych pytań należą: (1) „Ćwiczę, aby uniknąć zdenerwowania”; (2) „Ćwiczę, mimo powtarzających się problemów ze zdrowiem”; (4) „Nie jestem w stanie ograniczyć długości ćwiczeń”; (5) „Wolę poćwiczyć niż spędzić czas z rodziną/przyjaciółmi”; (8) „Myślę o ćwiczeniach, kiedy powinienem skupić się na nauce/pracy”;
- *the Exercise Dependence Questionnaire* (EDQ, Ogden, Veale i Summers, 1997) – Kwestionariusz Uzależnienia od Ćwiczeń mierzy zaburzenie kompulsywnych ćwiczeń w nieco odmienny sposób, przez pryzmat ośmiu podskal, do których należą: (1) konflikty w rodzinie; (2) wzmacnianie; (3) symptomy odstawienne; (4) ćwiczenia w celu kontroli masy ciała; (5) wgląd osoby ćwiczącej; (6) społeczny wymiar ćwiczeń; (7) zdrowotny wymiar ćwiczeń; (8) zachowania stereotypowe.

- *Exercise Addiction Inventory* (EAI) zaproponowany przez Terry, Szabo i Griffiths (2004), który składa się z sześciu pozycji. Rzetelność i trafność tego narzędzia zostały wstępnie ocenione jako zadowalające (ale brakuje polskiej wersji adaptacyjnej). Osoby badane ustosunkowują się do sześciu stwierdzeń używając pięciostopniowej skali odpowiedzi (od 1 – zdecydowanie się nie zgadzam, do 5 – zdecydowanie się zgadzam): (1) „Ćwiczenia są najważniejsze w moim życiu”; (2) „Ćwiczenia są powodem kłótni i konfliktów z moją rodziną i/lub przyjaciółmi”; (3) „Ćwiczę, aby poprawić sobie nastrój lub aby nie myśleć o problemach”; (4) „Z czasem zwiększam ilość lub długość codziennego ćwiczenia”; (5) „Jeśli nie ćwiczę, czuję się zdenerwowany”; (6) „Po próbach ograniczenia ćwiczeń, zawsze wracam do poprzedniego wzorca”. Maksymalna liczba punktów, którą można uzyskać, wynosi 30 (odpowiadając na każde pytanie 5, tj. zdecydowanie zgadzam się), natomiast 13 punktów stanowi punkt odcięcia dla grupy ryzyka.

4.4. Ortoreksja

Zaburzenia jedzenia zostały opisane w klasyfikacji DSM-V jako jadłowstręt psychiczny (anoreksja psychiczna), żarłoczność psychiczna (bulimia psychiczna) i zaburzenia jedzenia nie wyszczególnione nigdzie indziej, do których oprócz atypowych zaburzeń jedzenia można zaliczyć zespół napadowego objadania się (ang. *Binge Eating Disorder*) oraz zespół nocnego objadania się (ang. *Night Eating Syndrom*). Zespół napadowego objadania się, głównie za sprawą komponentu utraty kontroli (APA, 2013), jest często definiowany w kategoriach zbieżnych z klasyfikacjami uzależnień – przez wzgląd na obraz kliniczny, jak również fenomenologię zaburzenia (von Ranson i Robinson, 2006). Zbieżność pomiędzy napadowym objadaniem się a uzależnieniem skłoniła badaczy do podjęcia próby operacjonalizacji zaburzenia uzależnienia od jedzenia, tj. próby opisanie zaburzenia poprzez kryteria zaczerpnięte z klasyfikacji DSM-IV (Gearhardt, Corbin i Brownell, 2009; Gearhardt i in. 2012). Badacze opracowali także 25-itemową skalę do pomiaru stopnia uzależnienia od jedzenia – *Yale Food Addiction Scale* (skala została opracowana przez badaczy z uniwersytetu Yale). Podobnie jak w przypadku uzależnienia od substancji czy zaburzenia uprawiania hazardu, zaburzenie będzie przejawiało się m.in. utratą kontroli nad ilością i częstością jedzenia produktów o wysokiej zawartości węglowodanów i tłuszczów (np. pączki, ciastka czy słone przekąski). Na pierwsze 16 pytań (i na pytanie 25.) osoby badane odpowiadają na skali pięciostopniowej (od nigdy do prawie codziennie), na pytania od 17. do 24. osoby badane odpowiadają tak lub nie. Do przykładowych pytań należą: (1) „Zdarza mi się, że zjadam dużo więcej niż planowałam/em”;

(11) „Zdarzało mi się unikać sytuacji (społecznych lub zawodowych) ze względu na brak możliwości spożywania pewnych produktów (wysokotłuszczowych, wysokowęglowodanowych)”; (12) „Doświadczam negatywnych emocji, złości lub innych symptomów fizycznych, kiedy ograniczam spożywanie pewnych produktów”; (17) „Moje odżywianie doprowadziło do znaczących problemów psychologicznych, takich jak stany depresyjne, lęk czy poczucie winy”.

Ortoreksja stanowi odmienną formę zaburzenia. Jej nazwa wywodzi się z greckiego *ortho* – poprawny i *orexis* – apetyt lub pożądanie. Jako pierwszy użył jej Bratman (za: Bratman i Knight, 2000) do opisu patologicznej fiksacji na punkcie zdrowego jedzenia. Trwają dyskusje nad próbą sklasyfikowania ortoreksji – jako formy zaburzenia odżywiania, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych czy uzależnień behawioralnych. Podstawowe problemy z klasyfikacją wynikają ze specyficznej formy manifestowania się zaburzenia – przymusu poszukiwania informacji na temat odżywiania, poszukiwania produktów i poświęcania czasu na przygotowanie posiłków, co jest zbieżne z charakterystyką uzależnienia i zachowań kompulsywnych, ale także potrzeby kontroli i konsekwencji fizycznych, podobnie jak w przypadku anoreksji.

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 kryteriów wyglądu i składu (Bratman i Knight, 2000), takich jak wysoko przetworzone 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 – kiedy 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 zaburzeń psychicznych (ICD-10, DSM-V), znalazła się w obszarze zainteresowań badaczy zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i w Europie. Trwają prace nad ujednoczeniem definicji, kryteriów diagnostycznych,

jak i nad konstrukcją narzędzi diagnostycznych (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale i Canella, 2004, 2005). Donini i współpracownicy (2004) zaproponowali, aby kryteria diagnostyczne ortoreksji opierały się na czterech komponentach: (1) zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne; (2) przesadne przywiązanie do zdrowego odżywiania (ang. *health fanatic eating habits*); (3) stały charakter zaburzenia; (4) negatywne konsekwencje dla jednostki. Badacze zaproponowali także narzędzie, ORTO–15, służące do pomiaru stopnia zaabsorbowania zdrowym odżywianiem. Kwestionariusz został poddany procedurze walidacji we Włoszech i w Turcji (w innych krajach trwają prace nad walidacją narzędzia, m.in. w Polsce (Stochel i in., 2015). Wersją poprzedzającą kwestionariusz ORT–15 było 10 pytań diagnostycznych zaproponowanych przez Bratmana i Knighta (2000), np. (1) „Czy poświęcasz ponad trzy godziny dziennie na myślenie o zdrowym odżywianiu?”; (2) „Czy planujesz posiłki dzień wcześniej?”; (3) „Czy ważniejsze jest dla Ciebie to, co jesz, niż przyjemność płynąca z jedzenia?”; (4) „Czy wraz z poprawą jakości diety wystąpiło u Ciebie pogorszenie jakości życia?”; (5) „Czy jesteś coraz bardziej surowy w stosunku do siebie?”.

W kwestionariuszu ORTO–15 można uzyskać maksymalnie 60 punktów, a 40 punktów stanowi granicę pomiędzy zdrowymi nawykami a ortoreksją (Donini i in., 2005). Mimo iż osoby cierpiące na ortoreksję prezentują wiele cech wspólnych z osobami cierpiącymi na jadłowstręt psychiczny, badacze skłaniają się ku odmiennemu klasyfikowaniu obu zaburzeń. Z jednej strony oba zaburzenia łączy zaabsorbowanie spożywanymi pokarmami, rytuały związane z posiłkami, związek samooceny z odżywianiem i konsekwencje długotrwałego stosowania wybiórczej diety. Z drugiej strony badania wykazują brak związku pomiędzy wynikami w teście ORTO–15 a wskaźnikiem masy ciała (BMI) (Donini i in., 2005). Oznacza to, że nie ma związku pomiędzy nasileniem skłonności ortorektycznych a spadkiem masy ciała. Zatem mimo podobieństw w mechanizmach zaburzenia, motywacja zmiany sposobu odżywiania się jest inna. Można postawić hipotezę, że ortoreksja stanowi pewien podtyp zaburzeń zachowania o charakterze obsesyjno-kompulsyjnym (zwłaszcza, że badania wskazują na współwystępowanie ortoreksji z cechami obsesyjno-kompulsyjnymi) (Donini i in., 2005). Donini i współpracownicy (2005) wyróżnili trzy grupy osób (biorąc pod uwagę dwa wymiary – zaburzenia odżywiania i cechy obsesyjno-kompulsyjne):

1. osoby cierpiące na ortoreksję – o wysokim nasileniu cech obsesyjno-kompulsyjnych i zaburzeń odżywiania;
2. osoby nie cierpiące na ortoreksję – o wysokim nasileniu cech obsesyjno-kompulsyjnych, ale prawidłowym wzorcu odżywiania się,
3. osoby z zaburzonymi wzorcami odżywiania się, ale bez wysokiego nasilenia cech obsesyjno-kompulsyjnych.

Wyniki badań (Donini i in., 2004, 2005) wskazują na relatywnie duże rozpowszechnienie ortoreksji w ogólnej populacji (6,9%). Badania tureckie wskazują na większe rozpowszechnienie, nawet 40%¹², w specyficznych podgrupach osób badanych (np. rezydentów medycyny, Arusoglu, Kabakci, Köksal i Kutluay Merdol, 2008). Inne badania tureckie (na grupie studentów medycyny) szacują, że rozpowszechnienie ortoreksji osiąga poziom blisko 60% (57,5% w przedziale 16–31 pkt dla skali ORTO–11 – zwalidowanej dla Turcji) i że ortoreksja częściej dotyczy mężczyzn niż kobiet (Fidan, Ertekin, Isikay i Kirpinar, 2010).

4.5. Tanoreksja

Tanoreksja (ang. *tanning*, czyli opalanie się) stanowi stosunkowo nowe zjawisko w obszarze zaburzeń behawioralnych, choć niesie ono poważne konsekwencje dla zdrowia i życia (przede wszystkim ze względu na nowotwory skóry (np. Wang, Setlow i Berwick, 2001)).

Próba umiejscowienia tanoreksji w obszarze zaburzeń zachowania nie jest łatwa, głównie za sprawą jej zbieżności z zaburzeniami dysmorficznymi (ang. *body dysmorphic disorder*) (Phillips i in., 2006), jak również z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi (Feldman i in., 2004). Jeśli przyjmiemy, że tanoreksja stanowi formę silnej i niekontrolowanej potrzeby opalania się, to taka definicja będzie stanowiła podstawę do formułowania dalszych hipotez dotyczących przyczyn angażowania się w opalanie. Phillips wraz ze współpracownikami (2006) skłania się ku hipotezie, która traktuje tanoreksję jako formę dysmorficznego zaburzenia (ze szczególną fiksacją na punkcie kolorytu skóry). Z drugiej strony zaburzenia dysmorficzne nie tłumaczą charakterystyk uzależnienia (m.in. tolerancji i symptomów odstawiennych) (Feldman i in., 2004), czy bardzo wysokiej korelacji pomiędzy częstym opalaniem się i subkliniczną lub kliniczną formą dwubiegunowej choroby afektywnej (Neinstein i Shapiro, 1996). Kolejne badania wskazują, że około 70% osób często opalających się spełnia kryteria diagnostyczne uzależnienia od opalania (na podstawie zmodyfikowanego kwestionariusza CAGE, czy zmodyfikowanych kryteriów diagnostycznych uzależnień od substancji wg DSM–IV) (Warthan, Uchida i Wagner, 2005).

Istnieje kilka hipotez tłumaczących pożądanie promieniowania słonecznego (Westerdahl i in., 1994). Jedna z nich odwołuje się do mediacyjnej roli promieniowania UV w syntezie witaminy D w skórze (Partonen, 1998). Inna wskazu-

¹² 40% osób badanych uzyskało wyniki do 40 punktów – pierwszy punkt odciążenia różnicujący pomiędzy osobami wykazującymi problem a osobami o zdrowych wzorcach żywieniowych.

je na związek pomiędzy promieniowaniem UV a stymulacją hormonu ACTH i beta-endorfin (Millington, 2006). Kolejna odwołuje się do opisywanego w literaturze związku pomiędzy dwubiegunową chorobą afektywną a deregulacją poziomu neuroprzekazników, takich jak serotonina, ale także pomiędzy promieniowaniem UV a poziomem melatoniny, która reguluje nastrój, rytm snu i czuwania oraz obniża poziom niepokoju (np. Gambichler i in. 2002).

Badań nad etiologią i samymi mechanizmami tanoreksji jest w dalszym ciągu niewiele, choć samo opalanie się jest często traktowane jako wtórne w stosunku do zaburzeń nastroju czy zaburzonej percepcji własnego ciała, które najczęściej poddawane są terapii. Nie jest wykluczone, choć to jedynie hipoteza, że podobnie jak w przypadku ortoreksji, możemy mieć do czynienia z wersją pierwotną i wtórną zaburzenia związanego z opalaniem się – wersja pierwotna byłaby związana z deficytami psychospołecznymi i traktowaniem opalania się jako formy radzenia sobie z problemami (przy mediacyjnej roli komponentów biochemicznych), a wersja wtórna z zaburzeniem percepcji własnego ciała.

Bibliografia

- Allegre, B., Souville, M., Therme, P. i Griffiths, M. (2006). Definitions and measures of exercise dependence. *Addict. Rev. Theory*, 14, 631–646.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (wyd. 5.). Washington, DC: APA.
- Arusoglu, G., Kabakçi, E., Köksal, G. i Kutluay Merdol, T. (2008). Orthorexia nervosa and adaptation of ORTO-11 into Turkish. *Turkish Journal of Psychiatry*, 19(3), 1–9.
- Black, D. W. (2001). Compulsive buying disorder: definition, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS Drugs*, 15, 17–27.
- Black, D. (2007). A review of compulsive buying disorder. *World Psychiatry*, 6(1), 14–18.
- Bratman, S. i Knight, D. (2000). *Health Food Junkies. Orthorexia nervosa: Overcoming the obsession with healthful eating*. New York: Broadway Books.
- CBOS (2012). *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego/patologicznego oraz innych uzależnień behawioralnych*. CBOS: Warszawa.
- De Coverley Veale, D. (1987). Exercise dependence. *British Journal of Addictions*, 82, 735–740.
- De Coverley Veale, D. (1995). Does primary exercise dependence really exist? W: J. Annett, B. H. Cripps i H. Steiner (red.), *Exercise addiction. Motivation and participation in sport and exercise* (s. 1–5). Leicester: The British Psychological Society.
- Dell’Osso, B., Allen, A., Altamura, C., Buoli, M. i Hollander, E. (2008). Impulsive compulsive buying disorder: Clinical overview. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 259–266.
- Dittmar, H. (2005). Compulsive buying – A growing concern? An examination of gender, age, and endorsement of materialistic values as predictors. *British Journal of Psychology*, 96, 467–491.
- Donini, M., Marsili, D., Graziani, M., Imbriale, M. i Canella, C. (2004). Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders*, 9, 2, 151–157.
- Donini, M., Marsili, D., Graziani, M., Imbriale, M. i Canella, C. (2005). Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders*, 10, 2, 28–32.
- Faber, R.J. i O’Guinn, T. (1992). A clinical screener for compulsive buying. *Journal of Consumer Research*, 19, 459–469.
- Feldman, S. R., Liguori, A., Kucenic, M., Rapp, S. R., Fleischer, A. B., Lang, W. i Kaur, M.

- (2004). Ultraviolet exposure is a reinforcing stimulus in frequent indoor tanners. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 51(1), 45–51.
- Fidan, T., Ertekin, V., Isikay, S. i Kirpinar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 51(1), 49–54.
- Gambichler, A., Bader, T., Vojvodic, M., Bechara, F., Sauermann, K., Altmeyer, P. i Hoffmann, K. (2002). Impact of UVA exposure on psychological parameters and circulating serotonin and melatonin. *BMC Dermatology*, 2, 6.
- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R. i Brownell, K. D. (2009). Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite*, 52, 430–436.
- Gearhardt, A. N., White, M. A., Masheb, R. M., Morgan, P. T., Crosby, R. D. i Grilo, C. M. (2012). An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 657–663.
- Golińska, L. (2008). *Pracoholizm. Uzależnienie czy pasja*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Griffiths, M. D. (1996). Behavioral addiction: An issue for everybody? *Journal of Workplace Learning*, 8, 19–25.
- Guerreschi, C. (2006). *Nowe uzależnienia*. Kraków: Salwator.
- Hausenblas, H. A. i Symons Downs, D. (2002a). Exercise dependence: A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, 3(2), 89–123.
- Hausenblas, H. A. i Symons Downs, D. (2002b). How much is too much? The development and validation of the Exercise Dependence Scale. *Psychology & Health*, 17, 387–404.
- Koran, L. M., Faber, R. J., Aboujaoude, E., Large, M. D. i Serpe, R. T. (2006). Estimated prevalence of compulsive buying behavior in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 163(10), 1806–1812.
- Kozak S. (2009). *Patologie w środowisku pracy*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Lejoyeux, M. i Weinstein, A. (2010). Compulsive buying. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36, 248–253.
- LePage, M., Price, M., O'Neil, P. i Crowther, J. (2012). The effect of exercise absence on affect and body dissatisfaction as moderated by obligatory exercise beliefs and eating disordered beliefs and behaviors. *Psychology of Sport and Exercise*, 13(4), 500–508.
- McElroy, S. L., Keck, P. E., Pope, H. G., Smith, J. M. i Strakowski, S. M. (1994). Compulsive buying: A report of 20 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(6), 242–248.
- McMillan, L. H.W., O'Driscoll, M. P., Marsh, N.V. i Brady, E. C. (2001). Understanding workaholism: Data synthesis, theoretical critique and future design strategies. *International Journal*

Stress Management, 8(2), 69–92.

Mitchell, J. E., Burgard, M., Faber, R., Crosby, R. D. i de Zwaan, M. (2006). Cognitive behavioral therapy for compulsive buying disorder. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1859–1865.

Mueller, A., Claes, L., Mitchell, J. E., Faber, R. J., Fischer, J. i de Zwaan, M. (2011). Does compulsive buying differ between male and female students? *Personality and Individual Differences*, 50, 1309–1312.

Millington, G. W. (2006). Proopiomelanocortin (POMC): The cutaneous roles of its melanocortin products and receptors. *Clinical and Experimental Dermatology*, 31(3), 407–412.

Neinstein, L. J. M. i Shapiro, J. (1996). *Psychosocial development in normal adolescents. Adolescent Health Care: A Practical Guide*. Baltimore: Williams and Wilkins.

O'Guinn, T. i Faber, R. (1989). Compulsive buying: A phenomenological exploration. *Journal of Consumer Research*, 16, 147–157.

Ogden, J., Veale, D. M. i Summers, Z. (1997). The development and validation of the Exercise Dependence Questionnaire. *Addiction Research*, 5(4), 343–355.

Ogińska-Bulik, N. (2006). *Zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży*. Łódź: Wydawnictwo WSHE.

Ogińska- Bulik, N. (2010). *Uzależnienie od czynności. Mit czy rzeczywistość?* Warszawa: Difin.

Paluchowski, W. J. i Hornowska, E.(2003): Pracoholizm a system wartości i uwarunkowania temperamentalne. W: S. Witkowski (red.), *Psychologiczne wyznaczniki sukcesu w zarządzaniu* (s. 297–321). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

Partonen, T. (1998). Vitamin D and serotonin in winter, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306987798900858>.

Phillips, K. A., Conroy, M., Dufresne, R. G., Menard, W., Didie, E. R., Hunter-Yates, J., Fay, C. i Pagano, M. (2006). Tanning in body dysmorphic disorder. *Psychiatric Quarterly*, 77(2), 129–138.

Robinson B.E. i Post P. (1995). Work addiction as a function of family of origin and its influence on current family functioning. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 3, 200–206.

Robinson, B. E. (1995). Measuring workaholism: Content validity of the Work Addiction Risk Test. *Psychological Reports*, 77, 657–658.

Robinson, B. E. (2000). A typology of workaholics with implications for counselors. *Journal of Addictions Offender Counseling*, 21(1), 34–48.

Robinson, B. E. i Phillips, B. (1995). Measuring workaholism: Content validity of the Work Addiction Risk Test. *Psychological Reports*, 77, 657–658.

- Spence, J. T. i Robbins, A. S. (1992). Workaholism: definition, measurement and preliminary results. *Journal of Personality Assessment*, 58(1), 160–178.
- Steinberg, H., Sykes, E. A. i LeBoutillier, N. (1996). Exercise addiction: Indirect measures of „endorphins”? W: J. Annett, B. Cripps, H. Steinberg (red.), *Exercise addiction: Motivation for participation in sport and exercise* (s. 6–14). Leicester: The British Psychological Society.
- Symons Downs, D., Hausenblas, H. i Nigg, C. (2004). Factorial validity and psychometric examination of the exercise dependence scale: revised. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 8, 183–201.
- Terry, A., Szabo, A. i Griffiths, M. D. (2004). The exercise addiction inventory: A new brief screening tool. *Addiction Research and Theory*, 12(5), 489–499.
- Thornton, E., Scott, S. (1995). Motivation in the committed runner: Correlations between self-report scales and behaviour. *Health Promotion International*, 10, 177–184.
- von Ranson, K. M. i Robinson, K. E. (2006). Who is providing what type of psychotherapy to eating disorder clients? A survey. *International Journal of Eating Disorders*, 39(1), 27–34.
- Wang, S., Setlow, R. i Berwick, M. (2001). Ultraviolet A and melanoma: a review. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 44, 837–846.
- Warthan, M. M., Uchida, T. i Wagner, R. F. (2005). UV light tanning as a type of substance-related disorder. *Archives of Dermatology*, 141(8), 963–966.
- Westerdahl, J., Olsson, H., Masback, A., Ingvar, C., Jonsson, N., Brandt, L., Jonsson, P. E. i Moller, T. (1994). Use of sunbeds or sunlamps and malignant melanoma in southern Sweden. *American Journal of Epidemiology*, 140(8), 691–699.
- Wojdyło, K. (2005). Kwestionariusz Pracoholizmu (WART) – adaptacja narzędzia i wstępna analiza własności psychometrycznych. *Nowiny Psychologiczne*, 4, 71–83.
- Wojdyło, K. (2013). Work Craving – teoria uzależnienia od pracy. *Nauka*, 3, 123–134.
- Wojdyło, K., Baumann, N., Buczny, J., Owens, G. i Kuhl, J. (2013). Work Craving: A conceptualization and its measurement. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(6), 547–568.
- Wojdyło, K. i Buczny, J. (2010). Kwestionariusz do pomiaru pracoholizmu WART–R. Analiza trafności teoretycznej i rzetelności narzędzia. *Studia Psychologiczne*, 1, 67–80.
- Woronowicz, B. (2009). *Uzależnienie. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Poznań: Media Rodzina.

Część 2.

Profilaktyka

Rozdział 5. Koncepcje profilaktyki

Profilaktyka zachowań problemowych (w tym uzależnień) obejmuje szerokie spektrum działań – od redukcji dostępności środków (np. substancji psychoaktywnych) po wspieranie rozwoju emocjonalnego jednostki i usprawnianie środowiska społecznego (za: Gaś, 2003). Pierwsze koncepcje działań profilaktycznych dotyczyły strategii zmiany przepisów, choć w latach osiemdziesiątych badacze zaproponowali ujęcie profilaktyki obejmujące trzy podstawowe obszary: przekazywanie wiedzy, wspieranie potencjału osobistego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie z problemami (Floyd, 1983; za: Gaś, 2003). Według Duffy (1983 za: Gaś, 2003) profilaktyka powinna składać się z dwóch nurtów: (1) wspierania rozwoju i potencjału jednostki, i (2) redukcowania szkodliwych wpływów, sprzyjających angażowaniu się w zachowania problemowe. Autor określa także cele, jakie powinny spełniać działania profilaktyczne – do najważniejszych należą: przekazywanie rzetelnych informacji na temat zjawiska, którego dotyczą działania profilaktyczne, rozwijanie umiejętności intrapersonalnych (takich jak samoświadomość czy empatia), rozwijanie umiejętności rozwiązywania problemów i podejmowania decyzji, rozwijanie umiejętności interpersonalnych, rozwijanie środowiska, umożliwienie wczesnego rozpoznawania zachowań problemowych (Duffy, 1983 za: Gaś, 2003).

Koncepcje profilaktyki zachowań problemowych, w tym uzależnień, są oparte o teorię społecznego uczenia się Bandury (1977), teorię uzasadnionego działania (Ajzen i Fishbein, 1980), teorię zachowań problemowych (Jessor, 1998), jak również teorię wzmacniania odporności (McWhriter, Mc Whriter, Mc Whriter i Mc Whriter, 2001). Zgodnie z teorią społecznego uczenia się, działania profilaktyczne powinny obejmować kształtowanie pozytywnych wzorców i modeli zachowania przez rodziców, nauczycieli, mentorów czy rówieśników. Korzystając z podstaw teorii warunkowania, warto nagradzać zachowania pożądane, ale także rozwijać zainteresowania dzieci i młodzieży. Zgodnie z teorią zachowań problemowych Jessora, celem działań profilaktycznych powinien być rozwój umiejętności, które pozwolą na zdrową formę realizacji zadań rozwojowych,

zaspakajanie potrzeb psychicznych czy radzenie sobie z problemami. Oparte na tej koncepcji strategii są określane jako trening tzw. umiejętności życiowych, do których należą m.in.: nawiązywanie i utrzymywanie relacji, radzenie sobie ze stresem, rozwiązywanie problemów. Zgodnie z teorią uzasadnionego działania (Ajzen i Fishbein, 1980) o zaangażowaniu w zachowania problemowe decydują trzy czynniki: postawy i przekonania na temat danego zachowania, subiektywne normy (wynikające np. z aprobaty lub dezaprobaty ze strony ważnych dla jednostki osób) i poczucie kontroli, tj. możliwości podjęcia danego zachowania. Zgodnie z teorią wzmacniania odporności (McWhriter i in., 2001) należy zapewnić rozwój i wzmacnianie czynników, które sprzyjają nieangażowaniu się w zachowania problemowe – należą do nich czynniki zarówno na poziomie indywidualnym, jak i na poziomie środowiska rodzinnego, rówieśniczego czy szkolnego (w tym wymiarze teoria ta jest spójna z teorią zaproponowaną przez Jessora).

Reasumując, profilaktyka powinna stanowić kompleksową interwencję ukierunkowaną na szeroko pojęte przyczyny angażowania się w zachowania problemowe, tj. szeroko pojęte deficyty interpersonalne, społeczne czy wychowawcze i powinna obejmować trzy równoległe nurty (Gaś, 2003):

1. wspomaganie jednostki w radzeniu sobie z trudnościami (deficytami) zagrażającymi prawidłowemu rozwojowi;
2. ograniczanie i zmniejszanie wpływu czynników ryzyka, które zaburzają prawidłowy rozwój;
3. inicjowanie i wzmacnianie czynników chroniących, które sprzyjają prawidłowemu rozwojowi.

Profilaktyka oznacza zatem szereg działań mających na celu wyeliminowanie lub zmniejszenie częstości (lub powagi konsekwencji) występowania niepożądanych zachowań. Celem działań profilaktycznych będzie zapobieganie zachowaniom ryzykownym, tzn. zapobieganie angażowaniu się w zachowania problemowe (w tym obniżenie wieku inicjacji). Do zachowań problemowych należą: używanie substancji psychoaktywnych, wczesna inicjacja seksualna, zachowania agresywne i udział w grupie przestępczej, ucieczki z domu czy porzucanie szkoły (Ostaszewski, Rusteka-Krawczyk i Wójcik, 2008), ale także uzależnienia behawioralne. Angażowanie się w szeroko pojęte zachowania problemowe ma znaczenie rozwojowe (Jessor, 1998), co oznacza, że pełni określone funkcje i służy realizacji określonych celów, takich jak: zaspokojenie potrzeb psychologicznych (miłości, akceptacji, bezpieczeństwa, przynależności) czy radzenie sobie z trudnościami żywotnymi lub z problemami (np. redukcja lęku), a także celów rozwojowych (w tym określenie własnej tożsamości). Dlatego tak ważny jest rozwój umiejętności, które pozwolą na radzenie z trudnościami czy na realizację zadań rozwojowych w sposób przystosowawczy.

Profilaktyka w obszarze tzw. uzależnień behawioralnych stanowi wyzwanie dla obecnego systemu szkolnictwa, dla organizacji pozarządowych, dla jednostek samorządowych – dla wszystkich stron zaangażowanych w jej tworzenie i wdrażanie. Jest to trudne zadanie, gdyż polega na zapobieganiu angażowania się w patologiczną formę zachowania – zachowania, które w swojej podstawowej formie jest zdrowe, normalne, świadczące o przystosowaniu, takie jak wykonywanie pracy, robienie zakupów, uprawianie seksu, korzystanie z komputera i internetu, prawidłowe odżywianie się czy uprawianie sportu. (Wyjątek stanowi tu hazard – jest on uznany za formę zaburzenia zachowania w obu klasyfikacjach, tj. DSM i ICD, a przez społeczeństwo postrzegany jako zachowanie bardziej negatywne niż problemowe korzystanie z komputera czy internetu, problemowe granie w gry komputerowe, kompulsywne robienie zakupów czy kompulsywne uprawianie ćwiczeń [CBOS, 2012]). W związku z powyższym, w profilaktyce tzw. uzależnień behawioralnych punkt ciężkości powinien być przesunięty w stronę nieco innych strategii niż w przypadku profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Na przykład koncepcje ograniczania podaży (ang. *supply reduction*) czy strategię zmiany przepisów stanowią podstawę polityki w przypadku substancji psychoaktywnych, natomiast możliwość ich zastosowania w przypadku tzw. uzależnień behawioralnych jest ograniczona (w ramach strategii zmiany przepisów, Ustawa z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych zakazuje organizowania gier na automatach poza kasynami). W związku z tym, podstawę profilaktyki zaburzeń zachowania stanowią inne koncepcje, w tym np. koncepcja ograniczania popytu (zaczepnięta z profilaktyki używania substancji psychoaktywnych, ang. *drug demand reduction*) czy redukcji szkód (ang. *harm reduction*).

5.1. Poziomy Profilaktyki

W zależności od stopnia ryzyka profilaktyka prowadzona jest na kilku poziomach: profilaktyka pierwszorzędowa, drugorzędowa i trzeciorzędowa (Gaś, 2003; Szymańska, 2002; Kałdon, 2003) lub zgodnie z nieco innym podziałem: uniwersalna, ukierunkowana na grupy zwiększonego ryzyka, i na rzecz jednostki wysokiego ryzyka (za: Mrazek i Haggerty, 1994).

Profilaktyka uniwersalna jest kierowana do ogółu społeczeństwa, a jej zadaniem jest promocja zdrowia i wspieranie prawidłowych procesów rozwoju psychospołecznego, tj. rozwijanie umiejętności, które sprzyjają sprawnemu funkcjonowaniu. W literaturze przedmiotu wyróżniono pięć zadań tego poziomu profilaktyki. Należą do nich: (1) rozpoznawanie czynników ryzyka; (2) stosowanie strategii informacyjnych przy użyciu środków masowego przekazu; (3) dzia-

łania legislacyjne; (4) wspieranie środowisk lokalnych (promowanie tworzenia formalnych lub nieformalnych grup) i (5) programy edukacyjne (Gaś, 2003).

Profilaktyka ukierunkowana na **grupy zwiększonego** ryzyka (ang. *selective prevention intervention*) zakłada oszacowanie czynników sprzyjających angażowaniu się w zachowania problemowe i zastosowanie specyficznych strategii mających na celu redukcję ryzyka poprzez: (1) identyfikację jednostek ujawniających pierwsze symptomy zaburzeń (np. dziecko, które reaguje agresją, kiedy rodzice zabraniają mu korzystania z komputera lub nastolatek, który rezygnuje z dotychczasowych aktywności na rzecz samotnego spędzania godzin przed komputerem itp.); (2) identyfikację grup wysokiego ryzyka w celu wdrożenia interwencji; (3) organizowanie programów na poziomie lokalnym (kampanie informacyjne); (4) edukację społeczeństwa – przekazywanie informacji na temat pierwszych oznak zachowań problemowych (np. nadużywanie komputera), wskazówek, jak w zdrowy sposób korzystać z komputera, internetu, jak odpowiedzialnie grać w gry o charakterze hazardowym, jak również informacji na temat form pomocy (telefony zaufania, konsultacje itp.).

Profilaktyka **na rzecz jednostki wysokiego ryzyka – wskazująca** (ang. *indicated preventive intervention*) ma za zadanie przeciwdziałanie pogłębianiu się patologicznego zachowania oraz umożliwienie powrotu do funkcjonowania w społeczeństwie (np. w przypadku osób, które przejawiają już pierwsze symptomy zaburzenia uprawiania hazardu).

Na każdym z poziomów stosowane są różne strategie prewencyjne, choć niezależnie od przyjętego poziomu oddziaływań profilaktycznych strategie powinny być dobrane odpowiednio do celów programu i potrzeb odbiorców. Na przykład: celem programu może być zwiększenie świadomości rodziców na temat zagrożeń wynikających z niekontrolowanego korzystania z internetu przez dzieci, a strategie mogą zakładać ogólnokrajowe kampanie multimedialne lub kampanie lokalne, łączące przekazywanie informacji z warsztatami prowadzonymi przez psychologów lub pedagogów szkolnych. Programy profilaktyczne są dość zróżnicowane – zarówno pod względem wykorzystywanych strategii, jak i czasu trwania. Profilaktyka uniwersalna ma charakter proaktywny, profilaktyka selektywna – paraaktywny, natomiast profilaktyka wskazująca – reaktywny i częściowo terapeutyczny (L'Abate, 1989 za: Gaś, 2003). Działania prowadzone w ramach różnych poziomów profilaktyki różnią się pod wieloma względami – według L'Abate (1989; za: Gaś, 2003) ryzyko uzależnienia i redukcja zachowań o charakterze problemowym stanowią największe wyzwanie w przypadku profilaktyki wskazującej. Rezygnacja z udziału w programach profilaktycznych jest relatywnie niska w przypadku działań o charakterze uniwersalnym, natomiast wzrasta

wraz ze wzrostem nasilenia zachowań dysfunkcyjnych (ponadto, programy w ramach profilaktyki uniwersalnej są niejako dostarczane do beneficjentów, podczas gdy programy w ramach profilaktyki wskazującej wymagają często zgłoszenia się przez potencjalnego beneficjenta do placówki, organizacji czy psychologa). Koszty działań profilaktycznych są zróżnicowane i zależą od poziomu oddziaływania prewencyjnego – relatywnie najniższe są w przypadku profilaktyki uniwersalnej, ponieważ często są związane jedynie z przygotowaniem materiałów (ulotek, broszur lub programów multimedialnych) i ich dystrybucją, a mogą być wykorzystywane przez nauczycieli, wychowawców czy wolontariuszy. Działania profilaktyki selektywnej i wskazującej powinny być realizowane przez osoby kompetentne, co oznacza, że koszty będą związane zarówno z przygotowaniem materiałów (które często są bardziej obszerne niż w przypadku działań uniwersalnych), jak i przeszkoleniem kadry.

5.2. Strategie profilaktyczne

Na różnym poziomie działań profilaktycznych stosuje się różne rodzaje interwencji, choć każdy program wykorzystuje na ogół kilka strategii dostosowanych do potrzeb grupy i zasobów środowiska. Do najczęściej stosowanych strategii należą strategie informacyjne i strategie edukacyjne, ale także strategie działań alternatywnych, interwencyjne, zmniejszania szkód, zmian środowiskowych czy zmiany przepisów.

Strategie informacyjne polegają na przekazywaniu rzetelnych informacji na temat mechanizmów danego zachowania (tj. na czym polega uzależnienie od hazardu albo od komputera), jego rozpowszechnienia, konsekwencji (na poziomie indywidualnym, rodzinnym i społecznym), jak i na temat możliwości uzyskania pomocy (telefony zaufania, portale, kliniki itp.).

Pierwsze programy profilaktyczne uzależnień behawioralnych (od internetu) opierały się głównie na przekazywaniu wiedzy dotyczącej przyczyn, konsekwencji i metod radzenia sobie z uzależnieniami od internetu (Young i de Abreu, 2011). Mimo że to nie brak wiedzy na temat internetu stanowi podstawową przyczynę angażowania się w problemowe jego używanie, to promowanie wiedzy dostarcza przesłanek dla krytycznej analizy własnego zachowania i w konsekwencji może wzbudzać motywację do jego regulacji.

Przykładem programu wykorzystującego strategię informacyjną była kampania „W którym świecie żyjesz?”, realizowana w 2012 roku przez Polskie Centrum Programu „Safer Internet”. Celem tego programu było zwiększenie wiedzy na

temat konsekwencji wynikających z nadmiernego zaabsorbowania dzieci i młodzieży komputerem i internetem, uruchomienie strony internetowej oferującej pomoc online (www.helpline.org.pl) i linii telefonicznej (800 100 100). Innym programem wykorzystujących strategię informacyjną jest amerykański program „ALL BETS OFF”¹³ (Missouri Alliance to Curb Problem Gambling i the Second Chance Foundation), którego celem jest zwiększenie świadomości młodzieży, nauczycieli i rodziców na temat gier hazardowych, ich konsekwencji, jak i czynników ryzyka. Podczas godzinowego warsztatu przekazywane są także informacje dotyczące dostępnej pomocy (linia telefoniczna i inne bezpłatne formy). Do podstawowych czynników ryzyka, na jakie ukierunkowany jest ten program należą: dostępność / popularność grania i pozytywny lub ambiwalentny stosunek do grania, wynikający z braku wiedzy.

Ocena skuteczności strategii opartych na przekazywaniu informacji, zwłaszcza w kontekście uzależnień behawioralnych, jest dość trudna, gdyż jej celem nie jest opóźnienie wieku inicjacji czy ograniczenie spożycia, ale niedopuszczanie do patologicznej formy użytkowania, stąd same badania ewaluacyjne wymagają modyfikacji (w stosunku do podejść tradycyjnych). W związku z powyższym sugeruje się, aby adaptować programy (strategie), których skuteczność została zweryfikowana, jak również programy, których oddziaływanie polega na wzmacnianiu czynników chroniących i eliminowaniu czynników ryzyka spójnych z uwarunkowaniami uzależnień behawioralnych. Do takich programów należy „Athlets Training and Learning to Avoid Steroids” (ATLAS) (za: Goldberg i in., 2000) skierowany do chłopców (15–18 lat) uprawiających sport. Celem programu jest przeciwdziałanie używaniu sterydów i innych substancji psychoaktywnych oraz promocja zdrowego odżywiania i ćwiczeń. Program ATLAS zawiera także elementy treningu umiejętności społecznych, rekonstrukcję przekonań na temat akceptacji sterydów przez rówieśników i trenerów. W podstawowej wersji, program składa się z 10 sesji po 45 minut każda, materiałów edukacyjnych na temat zasad odżywiania się i rodzajów ćwiczeń. Wyniki badań ewaluacyjnych wskazują na zmniejszenie się deklaratywnej chęci używania sterydów i obniżenie się wieku inicjacji spożywania alkoholu. Program ten mógłby być zastosowany w profilaktyce uzależnienia od ćwiczeń, choć ze względu na etiologię samego zaburzenia, wskazane byłyby treningi umiejętności intra i interpersonalnych.

Do najczęściej stosowanych strategii należą tzw. **strategie edukacyjne**, polegające na rozwijaniu i wzmacnianiu umiejętności psychospołecznych. Stanowią one część programów profilaktycznych na każdym poziomie – od uniwersalnego, po wskazujący. Przykładem programu stosującego wyłącznie strategię edukacyj-

¹³ <http://www.888betsoff.com/anreport.pdf>

ne jest **trening umiejętności życiowych** (Botvin i Griffin, 2004), którego skuteczność została potwierdzona wielokrotnie w przypadku zachowań problemowych z zakresu używania substancji czy zachowań agresywnych. Innym przykładem programu opartego w dużej mierze na strategiach edukacyjnych jest program profilaktyki kompulsywnego grania skierowany do młodzieży, „Wanna Bet?”, zaproponowany przez North American Training Institute (oddział w Minnesocie). Jego celem jest ograniczenie podejmowania grania hazardowego poprzez rozwój umiejętności krytycznego i kreatywnego myślenia. Program zawiera materiały dla realizatorów (w tym przewodnik), materiały multimedialne (krótki film „historia Andiego”, chłopca, który uzależnił się od hazardu), plansze, materiały dla uczestników (*Gambling Fact Sheet*, tj. kartę z informacjami na temat hazardu), list do rodziców, a także interaktywną stronę internetową przygotowaną przez młodzież i przeznaczoną dla młodzieży. Podstawowe wytyczne i część materiałów jest dostępna pod adresem <http://wannabet.org/>.

Innym programem, który wykorzystuje strategie edukacyjne jest program „Facing the odds: the mathematics of gambling and other risks”¹⁴, którego celem jest poszerzenie wiedzy dzieci i młodzieży w obszarze podstawowych zasad prawdopodobieństwa, dzięki czemu będą mogły krytycznie oceniać zasady grania. Program zakłada oddziaływanie na trzech poziomach: po pierwsze, nauczanie matematyki w sposób praktyczny tak, aby odbiory programu mogli zastosować zdobywaną wiedzę w codziennym życiu; po drugie, rozwijanie umiejętności krytycznego myślenia w odniesieniu do analizy szans wygranej w grach hazardowych, i po trzecie, opóźnienie (lub zmniejszenie) podejmowania grania hazardowego. Program ten wspiera rozwój zdrowych przekonań i norm na temat grania hazardowego, co stanowi jeden z komponentów teorii uzasadnionego działania.

Strategie działań alternatywnych polegają na oferowaniu zdrowych, przystosowanych form aktywności, jako alternatywy dla zachowań problemowych. W przypadku uzależnień behawioralnych te strategie mają na celu poszerzenie repertuaru zdrowych zachowań jednostki, aby nie angażowała się w sposób patologiczny w inne. Wśród zdrowych form aktywności najczęściej wymienia się: aktywności sportowe (ze względu na rozwój umiejętności komunikowania się wskazane są sporty grupowe, promujące pracę w grupie, a nie rywalizację), działalność prospołeczną, charytatywną, organizacje zrzeszające wolontariuszy, organizacje harcerskie, jak również zaangażowanie w działalność religijną. Strategie działań alternatywnych są stosowane w sposób nieformalny.

¹⁴ Program został opracowany przez: Harvard Medical School Division on Addictions and the Massachusetts Council on Compulsive Gambling. Więcej informacji: <http://www.ncrg.org/public-education-and-outreach/college-and-youth-gambling-programs/facing-odds>

Strategie interwencyjne polegają na oferowaniu doraźnej pomocy jednostkom będącym w sytuacji kryzysowej, a należą do nich, np. poradnictwo, telefony zaufania czy doradztwo, ale także pewne formy terapeutyczne, m.in. *Brief Systemic Family Therapy*.

Strategie zmian środowiskowych dotyczą modyfikacji postaw i norm społecznych, które sprzyjają angażowaniu się w zachowania problemowe; na poziomie behawioralnym są to strategie ograniczające sposobność czy dostępność (zmiana miejsca komputera w mieszkaniu – z pokoju dziecka na pokój dzienny). W odniesieniu do uzależnień behawioralnych modyfikacja postaw i norm jest relatywnie trudna, zwłaszcza w obszarze tzw. nowych mediów, gdzie zarówno rodzice, jak i szkoła mają pozytywny stosunek do użytkowania komputera i internetu. Modyfikacja norm i przekonań ma sprzyjać stymulacji wszechstronnego rozwoju młodzieży, tj. wspieraniu szeroko pojętych czynników chroniących (w tym środowiskowych) i redukowaniu wpływu czynników ryzyka. Zgodnie z koncepcją czynników chroniących i czynników ryzyka, obszary, do których powinno się adresować oddziaływanie, to trzy podstawowe obszary rozwoju jednostki – rodzina, szkoła i rówieśnicy. Przykładem programu, który wykorzystuje strategię zmian środowiskowych jest program „trzy koła”, którego celem jest integracja klasy (w tym rozwijanie pozytywnych więzi z rówieśnikami i nauczycielami), rozwijanie umiejętności życiowych i rozwijanie postaw prospołecznych (Grzelak i Sochocki, 2001).

Strategie zmiany przepisów polegają na wprowadzeniu zmian prawnych lub rozporządzeń lokalnych (Gaś, 2003). W odniesieniu do uzależnień behawioralnych (internet, zakupy, ćwiczenia) trudno jest takie strategie zastosować. W obszarze internetu i grania w gry online w Korei Południowej wprowadzono ograniczenia czasowe dla dzieci i młodzieży (logowanie do gry za pomocą odpowiednika numeru PESEL i automatyczne blokowanie dostępu do danego konta po upływie wskazanego czasu) (Young i de Abreu, 2011).

5.3. Czynniki chroniące i czynniki ryzyka

Rozwijanie kompetencji psychospołecznych jako forma profilaktyki zachowań ryzykownych zakłada, że zarówno dzieci, jak i osoby dorosłe angażują się w zachowania o charakterze ryzykownym lub angażują się w sposób patologiczny w zachowania nie będące ryzykownymi sensu stricto, na skutek braku kompetencji radzenia sobie z szeroko pojętymi problemami (relacje interpersonalne, rozwiązywanie problemów, stawianie sobie celów, radzenie sobie ze stresem itp.). Poza kompetencjami psychospołecznymi istnieją także inne czynniki, które

sprzyjają angażowaniu się w zachowania problemowe, tzw. **czynniki ryzyka**, lub przeciwnie, które sprzyjają nie angażowaniu się w takie zachowania, tzw. **czynniki chroniące**.

Czynniki chroniące i czynniki ryzyka powinny być rozpatrywane jako przeciwstawne krańce tych samych wymiarów, tzn. pewne uwarunkowania rodzinne będą stanowiły czynniki chroniące, inne zaś – czynniki ryzyka (np. zainteresowanie ze strony rodziców będzie miało charakter chroniący, natomiast przyzwalający stosunek rodziców do spożywania alkoholu – charakter ryzyka). Wśród czynników ryzyka badacze wyróżniają czynniki specyficzne (będące korelatami specyficznych zaburzeń lub zachowań problemowych) i niespecyficzne (będące korelatami zaburzeń lub zachowań problemowych w ogóle) (Fraser, Richman i Galinsky, 1999). Do czynników niespecyficznych należą m.in. konflikty w rodzinie, niepowodzenia w szkole, odrzucenie przez rówieśników. W przypadku uzależnień behawioralnych badania na temat czynników chroniących i czynników ryzyka są ograniczone, choć wyniki ewaluacji programów wykorzystujących strategie edukacyjne sugerują istotny wpływ deficytów psychospołecznych na angażowanie się w zachowania problemowe (w tym uprawianie hazardu, nadużywanie komputera, kompulsywne kupowanie czy kompulsywne ćwiczenia).

Do czynników ryzyka na poziomie indywidualnym należą: impulsywność, zapotrzebowanie na stymulację (np. w przypadku hazardu), niska samoocena, przekonania akceptujące zachowania problemowe. W obszarze rodziny: brak wsparcia, konflikty w rodzinie, zachowania dysfunkcyjne jednego z rodziców. W obszarze kontaktów rówieśniczych: akceptacja zachowań problemowych, negacja norm społecznych, presja ze strony rówieśników. W obszarze relacji szkoła-uczeń – niepowodzenia w nauce, niskie zaangażowanie w życie szkoły i relacje z kolegami/koleżankami (Ostaszewski, Rustecka-Krawczyk i Wójcik, 2008).

Do czynników chroniących należą:

- w obszarze indywidualnym, m.in.: pozytywny obraz siebie (samoocena), zaangażowanie w działania prospołeczne, negatywne postawy wobec zachowań problemowych, przekonania o ważności nauki, kompetencje psychospołeczne;
- w obszarze kontaktów z rówieśnikami, m.in.: przyjaźnie, przestrzeganie norm społecznych, pozytywny stosunek do nauki;
- w obszarze relacji w rodzinie, m.in.: kontrola rodzicielska, ale i zaangażowanie rodziców w życie dziecka, ciepło, silne więzi rodzinne, jasne zasady i standardy zachowania, poczucie zaufania (Borucka i Ostaszewski, 2009);
- w obszarze relacji szkoła – uczeń: wsparcie ze strony nauczycieli, wzmac-

nianie zachowań pożądaných, brak akceptacji dla zachowań niepożądaných – jasne zasady i ich egzekwowanie, rozwijanie zainteresowań (organizowanie kół zainteresowań), wzmacnianie umiejętności społecznych, jak również dojrzałość nauczycieli (w tym m.in. poziom ich umiejętności psychospołecznych) (Ostaszewski, Rustecka-Krawczyk i Wójcik, 2008).

5.4. Standardy

Programy profilaktyczne opierać się powinny na trzech filarach dotyczących opracowania teoretycznego programu, wykorzystania odpowiednich strategii i wdrożenia programu (Ostaszewski, 2003). Oznacza, to, że każdy program profilaktyczny powinien:

- być opracowany zgodnie z akceptowanymi modelami teoretycznymi zachowań, które są przedmiotem zainteresowania (np. model czynników chroniących i czynników ryzyka);
- wykorzystywać strategie o potwierdzonej skuteczności;
- być wdrożony w sposób kompetentny i zgodny z założeniami.

Do oceny jakości programu wykorzystuje się zestaw pytań, odnoszących się do powyższych standardów: (1) czy program jest oparty na solidnych podstawach teoretycznych? (2) czy program uwzględnia wpływ społeczny? (3) czy program uwzględnia trening umiejętności psychospołecznych? (4) czy forma i treści programu są dopasowane do odbiorców? (5) czy program obejmuje swoim zasięgiem wiek 11 – 14 lat (jako wiek krytyczny dla rozwoju zachowań problemowych); (6) czy intensywność programu jest wystarczająca (ok 15 godzin w roku można przyjąć za satysfakcjonujące); (7) czy program jest elementem działań wychowawczych (stanowi to ważny komponent przemawiający za wdrożeniem wielomodalnych działań prewencyjnych, które nie muszą być ściśle ze sobą powiązane, ale powinny służyć podobnym celom w zakresie rozwijania kompetencji psychospołecznych); (8) czy program jest realizowany w sposób, który zwiększa jego skuteczność (kompetentni realizatorzy posiadający wiedzę na temat podstaw teoretycznych i metod pracy, wsparcie merytoryczne, techniczne i finansowe podczas realizacji programu); (9) czy prowadzone są badania nad ewaluacją programu.

Rozdział 6. Przegląd programów profilaktycznych

Obecnie stosowane programy profilaktyczne dotyczą zachowań ryzykownych związanych głównie z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych lub z zachowaniami agresywnymi, natomiast niewiele jest programów skierowanych do dzieci i młodzieży, które dotyczyłyby problematyki uzależnień behawioralnych. Ponieważ stosowany obecnie model profilaktyki oparty jest na koncepcji psychospołecznej (rozwijanie i wspieranie umiejętności psychospołecznych), można założyć, że przy niewielkich modyfikacjach programów, których skuteczność została potwierdzona, można je zastosować do działań profilaktycznych innych zachowań problemowych i uzależnień behawioralnych. Do takich przykładów należy program „Unplugged” (dotyczy profilaktyki w obszarze zażywania substancji psychoaktywnych), program „Stawiam na Siebie” (opracowany przez Fundację Praesterno, nie poddany jeszcze ewaluacji), ale także program „Hazard – zmniejszać ryzyko”, czy program opracowany przez Harvardzką Szkołę Medyczną „Facing the odds: the mathematics of gambling and other risks”¹⁵. Powstały także nowe propozycje programów profilaktyki selektywnej, których celem jest zmiana sposobu korzystania z komputera i internetu, wspieranie samokontroli i monitorowania własnych emocji – do takich programów należy „trening zarządzania sobą” zaproponowany przez Kwon i Kwon (2002), program psychoedukacyjny – „Game Control Program” (GCP), czy „trening umiejętności życiowych”. Do pracy nad wybranymi kompetencjami psychospołecznymi, jak i poszerzaniem wiedzy, można ponadto dobrać dostępne materiały multimedialne, np. serie krótkich filmów animowanych „Owce w sieci”.

Program „Unplugged” należy do programów profilaktyki uniwersalnej i jest adresowany do uczniów w wieku 12–14 lat oraz ich rodziców. Celem tego programu jest redukcja używania substancji psychoaktywnych, niemniej jego podstawowe założenia mogą zostać zastosowane do profilaktyki szeroko pojętych zachowań problemowych (uprawianie hazardu, nadużywanie internetu, itd.). Program „Unplugged” jest oparty na modelu wpływu społecznego, jak i koncepcji czynników chroniących i czynników ryzyka. Podstawą powyższego podejścia jest włączenie do analizy postaw i norm społecznych, modelowania (głównie przez środowisko rodzinne) i presji grupy odniesienia, jako filarów rozwoju czynników chroniących w obszarze środowiska rodzinnego, szkolnego i rówieśniczego. Program „Unplugged” składa się z 12 spotkań (45-minutowych) poświęconych następującej tematyce: (1) konformizm, przejawy nacisku grupowego i sposoby radzenia sobie z nim; (2) wiedza o czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących przed piciem alkoholu, zróżnicowaniu podatności na alkohol w zależności od

¹⁵ Można tłumaczyć jako: *jakie są szanse – matematyka hazardu*.

płci; (3) przekonania normatywne na temat rozpowszechnienia zjawiska używania substancji psychoaktywnych wśród młodych ludzi; (4) wiedza o przyczynach i następstwach palenia papierosów; (5) umiejętność komunikowania swoich emocji; (6) umiejętność asertywnej obrony swoich racji; (7) inne umiejętności interpersonalne i intrapersonalne, których niedostateczne opanowanie może skłaniać do używania substancji psychoaktywnych w sytuacjach towarzyskich; (8) wiedza o narkotykach; (9) umiejętność radzenia sobie z problemami, formułowania celów i podejmowania decyzji.

Badania ewaluacyjne sugerują, że program jest skuteczny w ograniczaniu spożycia używek i zmniejszeniu ryzyka sięgania po używkę¹⁶.

Program „**Stawiam na siebie**” jest programem profilaktycznym w odniesieniu do uzależnień behawioralnych (hazardu i internetu), opracowanym przez Fundację Praesterno, przeznaczonym do realizacji w klasach szkolnych. Program wykorzystuje strategie informacyjne (przekaz rzetelnych informacji na temat uzależnienia od hazardu i od internetu), edukacyjne i działań alternatywnych, i jest oparty o koncepcje wspierania czynników chroniących i eliminowanie czynników ryzyka.

Program został rozpisany na 10 godzin pracy z młodzieżą, jedno spotkanie z nauczycielami i trzy spotkania z rodzicami. Zajęcia z młodzieżą składają się ze spotkania wprowadzającego, dwóch spotkań poświęconych przekazaniu informacji na temat uzależnienia od hazardu i internetu i siedmiu spotkań poświęconych na rozwijanie umiejętności psychospołecznych (wpływ społeczny, emocje – w tym empatia, asertywność, samoocena, radzenie sobie ze stresem, rozwiązywanie problemów, stawianie celów).

Program zawiera szczegółowe scenariusze zajęć, wskazówki metodyczne dla realizatorów, materiały dla uczestników. Każde spotkanie wykorzystuje różnorodne metody pracy z grupą – mini wykłady, pracę w grupach, grę, kolaż, dyskusję.

Kanadyjski program „**Hazard – zmniejszyć ryzyko**” (Saskatchewan Health, CAN) zawiera strategie informacyjne i edukacyjne. Jego celem jest: zwiększenie wiedzy na temat grania hazardowego wśród uczniów i nauczycieli, edukowanie uczniów w zakresie negatywnych konsekwencji grania, obniżania ryzyka,

¹⁶ Results of the evaluation of a school-based program for the prevention of substance use among adolescents. Eu-Dap Final Technical Report n. 2. EU-Dap, European Drug Addiction Prevention Trial. Author: EU-Dap Study Group.

jak i wspierania umiejętności podejmowania zdrowych decyzji na temat grania. W realizacji programu wykorzystuje się następujące materiały: przewodnik dla realizatorów, zawierający wskazówki metodyczne do prowadzenia zajęć; zestaw ćwiczeń dla grupy w ramach każdego z poruszanych tematów; materiały multimedialne (krótkie filmy stanowiące punkt wyjścia dla dyskusji); wskazówki na temat szukania pomocy; materiały teoretyczne dotyczące całości programu (w tym: etiologię uzależnienia, opis sygnałów ostrzegawczych, informacji prawnych, konsekwencji uzależnienia dla jednostki, rodziny i społeczności). Program jest zaplanowany na 4 lata i przeznaczony dla uczniów czterech kolejnych klas (ostatniej klasy szkoły podstawowej i trzech lat szkoły gimnazjalnej). Na każdym etapie, celem programu jest: (1) pogłębianie wiedzy uczestników na temat grania hazardowego; (2) wspieranie umiejętności krytycznego myślenia i podejmowania decyzji; (3) poszerzanie repertuaru zachowań o niskim poziomie ryzyka. Program skupia się wokół czterech zagadnień tematycznych (po jednym na każdy rok), a należą do nich: (1) rodzina – przekonania na temat hazardu panujące w rodzinie, stosunek rodziców i rodzeństwa do hazardu i innych zachowań ryzykownych, przekonania normatywne; (2) angażowanie się w hazard na poziomie indywidualnym; (3) rówieśnicy – wpływ grania w hazard na młodzież, pierwsze symptomy, odpowiedzialne granie; (4) promocja zdrowia.

Program „**Facing the odds: the mathematics of gambling and other risks**” (tłumaczony jako matematyka hazardu) został opracowany przez Harwardzką Szkołę Medyczną i Departament Zdrowia (sekcję ds. hazardu). Jego głównym zadaniem jest nauczanie matematyki w sposób przystępny i umożliwiający wykorzystanie jej zastosowań w życiu codziennym, w tym w krytycznej analizie zasadności gier hazardowych. Wyniki badań cytowanych przez autorów programu pokazują, że w ciągu roku poprzedzającego badania grało w hazard aż 75% młodzieży (Volberg, 1998; za: Shaffer, Hall i Vander Bilt, 2001). Autorzy programu podkreślają, że tradycyjne strategie prewencyjne (z wyjątkiem programów opartych na wzmacnianiu umiejętności życiowych) nie przynoszą długotrwałych zmian, stąd nacisk powinien być położony na wyposażenie dzieci i młodzieży w umiejętności, które pozwolą im na radzenie sobie w trudnych sytuacjach (koncepcja strategii edukacyjnych, choć w odniesieniu do wiedzy na temat matematycznych zasad gier hazardowych). Program ten zakłada, że angażowanie się w granie hazardowe jest po części powodowane brakiem wiedzy i umiejętności w ocenie prawdopodobieństwa – wyniki badań Vagge (1996 za: Shaffer, Hall i Vander Bilt, 2001) wskazują na istotne zależności pomiędzy wiedzą matematyczną a problemowym graniem. Zadaniem programu jest wzbudzenie zainteresowania uczniów matematyką, wzmocnienie ich umiejętności krytycznego myślenia, i w konsekwencji zmniejszenie zainteresowania grami hazardowymi (Shaffer i in., 1995; za: Shaffer, Hall, Vander Bilt, 2001). Program jest wyposażony w przewodnik i materiały dla realizatorów (wraz

ze wskazówkami do realizacji), co pozwala nauczycielom wykorzystać poszczególne zadania i ćwiczenia także w ramach podstawowego programu nauczania.

Realizatorami programu mogą być nauczyciele, posiadający podstawową wiedzę na temat matematyki. Materiały wykorzystywane w programie to: przewodnik dla realizatorów i prezentacje multimedialne (do pobrania na stronie Departamentu Zdrowia pod adresem <http://www.thegamble.org/>). Uczestnicy zapisują zadania i obliczenia w zeszytach poświęconym pracy w ramach programu, jak również otrzymują karty do pracy, które stanowią podsumowanie każdej lekcji lub tematu.

Program jest podzielony na pięć części: (1) wprowadzenie do rachunku prawdopodobieństwa; (2) ocena prawdopodobieństwa w grach hazardowych; (3) media i hazard; (4) szanse wygranej w loterii; (5) statystyka na co dzień. W części pierwszej uczestnicy poznają podstawy rachunku prawdopodobieństwa, uczą się oceniać prawdopodobieństwo w rzeczywistych sytuacjach (np. jakie jest prawdopodobieństwo, że dwie osoby w jednej klasie mają urodziny tego samego dnia), uczą się szacować prawdopodobieństwo wydarzeń zależnych i niezależnych. W części drugiej uczestnicy uczą się szacować prawdopodobieństwo wygranej w loteriach (m.in. w toto-lotka), analizują wybrane zniekształcenia poznawcze dotyczące wygrywania, szacują prawdopodobieństwo różnych wydarzeń. W trzeciej części uczestnicy analizują kolejne zniekształcenia poznawcze i uczą się je rozpoznawać. W czwartej części – oceniają faktyczne szanse wygranej w loteriach i analizują kolejne przykłady przekonań. W piątej części – analizują zastosowanie statystyki w życiu codziennym, uczą się krytycznie oceniać doniesienia prasowe.

„Trening zarządzania sobą” (ang. *Self-Management Training*, SMT) autorstwa Kwon i Kwon (2002) należy do niewielu programów profilaktycznych zaburzeń związanych z nadużywaniem i nieprawidłowym użytkowaniem komputera i internetu i jest skierowany do młodzieży (po pewnych modyfikacjach treściowych można go stosować także dla dzieci). Program ten należy do grupy programów psychoedukacyjnych skupiających się na modyfikacji wewnętrznych determinantów zachowania (m.in. motywacji) i wzmacnianiu kompetencji psychospołecznych. Badania wykazały (Kwon i Kwon, 2002), że SMT jest skuteczny w redukowaniu czasu spędzanego w internecie i wzmacnianiu samokontroli.

Program składa się z czterech części – kolejne z nich obejmują:

1. strategię informacyjną (polegającą na przekazaniu rzetelnych informacji na temat istoty, charakterystyki, rozpowszechnienia i konsekwencji nieprawidłowego użytkowania komputera i internetu);

2. monitorowanie własnego sposobu korzystania z komputera i internetu, co ma prowadzić do umiejętności analizy czynników sytuacyjnych (np. nuda) i czynników emocjonalnych (np. w celu odreagowania złości lub poprawienia sobie nastroju), które prowadzą do nieprawidłowej formy zachowania;
3. modyfikację zachowania (polegającą na powrocie do regularnego używania/ zdrowego korzystania z komputera/ internetu);
4. rozwój umiejętności życiowych (trening kompetencji) – dotyczących głównie umiejętności radzenia sobie ze stresem i rozwojem innych (alternatywnych) zajęć.

Całość programu została zaplanowana na sześć 90–minutowych spotkań z młodzieżą (autorzy podkreślają, że grupy nie powinny być większe niż 9 osób).

Zgodnie z podstawowymi założeniami strategii profilaktycznych, trening zarządzania sobą obejmuje przekaz informacji na temat danego zachowania problemowego. Treści i sposób prezentacji powinny być dostosowane do odbiorcy, informacje dla młodzieży powinny obejmować charakterystykę zachowania problemowego (w tym podziału pomiędzy zagrożenie i formę zaburzenia) oraz jego konsekwencje, a także wskazówki dotyczące sposobów jego rozpoznawania u siebie i u innych. Forma przekazu informacji powinna pozwalać na interakcję (np. warsztat). Druga część treningu poświęcona jest identyfikacji deficytów psychospołecznych grupy i pracy nad nimi. Jeśli program jest przeznaczony dla młodzieży wykazującej już zachowania problemowe, należy skupić się na analizie czynników psychologicznych i potrzeb danej grupy. W tym celu można stosować technikę tzn. rekonstrukcji poznawczej – polegającą na identyfikacji sytuacji i emocji, które poprzedzają dane zachowanie problemowe (np. smutek, złość, kłótnia z rówieśnikami lub nuda). Kolejna część polega na modyfikacji zachowania – ma ona na celu zmniejszenie zaangażowania lub zmniejszenie szansy zaangażowania się (dla grup ryzyka) poprzez ustalenie pewnych reguł (mniej lub bardziej specyficznych), np. chodzenie spać najpóźniej o 23:00, planowanie dnia, angażowanie się w aktywności sportowe i/lub społeczne (np. udział w działalności charytatywnej) lub nie korzystanie z internetu po 21:00, lub korzystanie w celach innych niż naukowe nie dłużej niż, na przykład, jedną godzinę dziennie.

Program „**Game Control**” (kontrola grania) został zaproponowany przez Lee (2001; za: Young i de Abreu, 2011) i stanowi rozbudowaną wersję programu „Self-Management Training” (SMT) – składa się z 9 sesji dla młodzieży i dwóch sesji dla rodziców. Pierwsze dwie sesje (dla młodzieży) poświęcone są: (1) przekazaniu informacji o programie; (2) ustaleniu zasad obowiązujących podczas trwania programu; (3) dyskusji na temat krótko i długofalowych konsekwen-

cji nadużywania/nieprawidłowego użytkowania/ uzależnienia od internetu; (4) uczeniu, jak monitorować czas spędzany w internecie; (5) ustaleniu kontraktu (z samym sobą) dotyczącego ograniczenia czasu spędzanego „w sieci”.

Pierwsza sesja rodzinna poświęcona jest przekazaniu informacji dotyczących uzależnienia od internetu. Kolejne sesje dla młodzieży (trzecia, czwarta i piąta) poświęcone są na rekonstrukcję poznawczą i trening umiejętności zarządzania czasem. W tym celu uczestnicy są proszeni o prowadzenie dzienniczków i zapisywanie informacji na temat korzystania z internetu. Ponadto, sesje te służą:

1. identyfikacji psychologicznych i środowiskowych korelatów każdorazowego nadużycia internetu (tj. na skutek jakich emocji, np. smutku, lub na skutek jakich wydarzeń, np. kłótni);
2. identyfikacji i aplikacji nagród za przestrzeganie wyznaczonego czasu spędzanego online;
3. identyfikacji błędów poznawczych;
4. identyfikacji myśli negatywnych/intruzywnych i próba ich rekonstrukcji;
5. identyfikacji czynności alternatywnych sprawiających przyjemność (rozwijanie nowych lub powrót do poprzednich);
6. analizie źródeł samooceny i wizerunku samego siebie;
7. próbie ustalenia dalekosiężnych celów i planowaniu, w jaki sposób je osiągnąć.

Sesje szósta i siódma są poświęcone strategiom: radzenia sobie ze stresem, identyfikacji zależności pomiędzy odczuwaniem stresu i nadużywaniem komputera/internetu, treningowi technik relaksacyjnych, nauce aktywnych metod radzenia sobie ze stresem, jak również pogłębianiu umiejętności interpersonalnych (w tym asertywności).

Kolejne sesje (ósma i dziewiąta) służą ugruntowaniu nabytych umiejętności.

Druga sesja dla rodziców służy przede wszystkim wypracowaniu i trenowaniu strategii wzmacniania i podtrzymywania zmian u dzieci, jak i radzenia sobie z innymi (nieomówionymi) problemami.

„Trening umiejętności życiowych” (ang. *life skills training*, LST), zaproponowany został przez Botvina (Botvin i Griffin, 2004). Umiejętności życiowe w ujęciu WHO¹⁷ oznaczają zespół umiejętności (zdolności), umożliwiających pozytywne zachowania adaptacyjne do codziennego życia, jak i szereg kompe-

¹⁷ WHO/MNH/PSF/93.A Rev. 1

tencji psychospołecznych. WHO18 wyróżnia następujące grupy podstawowych umiejętności życiowych: (1) samoświadomość i empatia; (2) twórcze i krytyczne myślenie; (3) podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów; (4) umiejętność porozumiewania się i utrzymywanie dobrych relacji interpersonalnych; (5) radzenie sobie z emocjami i stresorami.

Trening umiejętności życiowych rozwinięty przez Botvina stanowi kompleksowy program dla dzieci i młodzieży w różnym wieku i może zostać dostosowany do konkretnych potrzeb adresatów (zagrożenie nadużywaniem alkoholu, narkotyków czy innymi zachowaniami ryzykownymi). Program został zaprojektowany w taki sposób, aby towarzyszyć jego odbiorcom na każdym etapie ich dojrzewania – od wczesnych lat szkoły podstawowej po szkołę średnią i wkraczanie w dorosłe życie. Standardowy program składa się z 24 sesji (po 30-45 minut każda) dla dzieci w szkole podstawowej, zaplanowanych na trzy okresy (np. na 3 lata szkolne), z 30 godzin dla młodzieży w wieku gimnazjalnym, i 10 – dla młodzieży w szkole średniej¹⁹.

Kolejnym przykładem programu opartego na rozwijaniu umiejętności psychospołecznych jest program „**Jak żyć z ludźmi**” (polskie opracowanie Kobiałki) skierowany do młodzieży szkolnej. Program skupia się przede wszystkim na rozwijaniu umiejętności związanych z komunikowaniem się, podejmowaniem decyzji (w tym asertywnością), radzeniem sobie ze stresem, ale także zawiera informacje dotyczące środków uzależniających. Program został opracowany w formie książki, która składa się z części teoretycznej, przykładowych zadań oraz ćwiczeń i materiałów pomocniczym do prowadzenia zajęć.

Program „**Owce w sieci**” powstał w ramach programów *Zodpovedne.sk*, *Pomoc.sk* oraz *Stopline.sk*, współfinansowanych z budżetu Unii Europejskiej. W polskiej wersji językowej składa się on z dziewięciu krótkich filmów animowanych. Ich bohaterowie – mądry Baca, naiwny Jasiek, dzielny Gajowy, niewinne owce i barany oraz złe wilki – przeżywają współczesne młodzieżowe problemy związane z nieprawidłowym użytkowaniem nowych mediów. Każda historia kończy się morałem wskazującym, na czym polega zagrożenie i jak go uniknąć. Program „Owce w sieci” poza wskazaniem na istnienie zagrożenia, proponuje pewne rozwiązania, które można stosować prewencyjnie. Podobnemu celowi służy projekt „**Trening kompetencji cyfrowych**”²⁰ mający na celu rozwijanie kompetencji

18 *Partners in life skills education. Conclusion from United Nations Inter-Agency Meeting. (WHO/MNH/MHP/99.2). WHO, Geneva 1999*

19 <http://www.lifeskillstraining.com/structure.php>

20 realizowany przez Fundację Dzieci Niczyje wraz z Fundacją Orange przy wsparciu Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji.

cyfrowych niezbędnych do zachowania bezpieczeństwa w internecie, w tym na portalach społecznościowych.

Programy profilaktyki uzależnień behawioralnych skupiają się wokół profilaktyki grania w gry hazardowe, jak również nadużywania i nieprawidłowego użytkowania komputera i internetu, ale ich liczba jest bardzo ograniczona. Brakuje programów dotyczących innych form uzależnień behawioralnych (zachowania kompulsywne w obszarze robienia zakupów czy pracy, uzależnienie od ćwiczeń czy zdrowego odżywiania się). Jest to związane z relatywną nowością samego zjawiska uzależnień behawioralnych (z wyjątkiem zaburzenia uprawiania hazardu / hazardu patologicznego), brakiem jednoznacznych definicji zaburzeń, brakiem zwalidowanych narzędzi czy skromnymi wynikami badań naukowych.

Do najczęściej wykorzystywanych strategii należą strategie informacyjne i edukacyjne. Mimo że skuteczność (długoterminowa) strategii informacyjnych w profilaktyce używania substancji psychoaktywnych jest podawana w wątpliwość, wydają się one niezbędnym komponentem działań profilaktyki uzależnień behawioralnych, m.in. w związku z niskim poziomem świadomości społecznej co do ich definicji, jak i negatywnych konsekwencji.

Programy profilaktyki uzależnień behawioralnych powinny być tworzone w oparciu o solidne podstawy teoretyczne, do których obecnie należą koncepcje czynników chroniących i czynników ryzyka, głównie w obszarze kompetencji psychospołecznych. Wdrażane programy profilaktyczne powinny być poddawane badaniom ewaluacyjnym, w celu tworzenia bazy dobrych praktyk i listy programów (i/lub strategii) opartych na efektach (ang. *evidence-based*) (Ostaszewski, 2003). Jednocześnie elementy programów profilaktycznych, jak i wykorzystywane w nich strategie mogłyby być włączone do codziennej pracy w szkole (na każdym etapie, od szkoły podstawowej po średnią).

Bibliografia

- Ajzen, I. i Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood–Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Botvin, G. i Griffin, K. (2004). Life skills training: Empirical findings and future directions. *Journal of Primary Prevention*, 25, 2, 211–233.
- Bandura, A. (1977). *A social learning theory*. Englewood–Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Borucka, A. i Ostaszewski, K. (2009). Rodzinne czynniki ryzyka a zachowania ryzykowne i zdrowie psychiczne gimnazjalistów z Warszawy. W: M. Deptuła (red.), *Profilaktyka w grupach ryzyka. Diagnoza, I* (s. 3–27). Warszawa.
- CBOS (2012). Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego/patologicznego oraz innych uzależnień behawioralnych, Warszawa: CBOS.
- Fraser, M. W., Richman, J. M. i Galinsky, M. J. (1999). Risk, protection, and resilience: Toward a conceptual framework for social work practice. *Social Work Research*, 23, 3, 131–143.
- Gaś, Z. B. (2003). *Szkolny program profilaktyki: istota, konstruowanie, ewaluacja*. Warszawa: MENiS.
- Goldberg, L., MacKinnon, D. P., Elliot, D. L., Moe, E. L., Clarke, G. i Cheong, J. (2000). The adolescents training and learning to avoid steroids program: Preventing drug use and promoting health behaviors. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154(4), 332–338.
- Grzelak, J. i Sochocki, M. (2001). *Ewaluacja profilaktyki problemów dzieci i młodzieży*. Warszawa: Pracownia Profilaktyki Problemowej.
- Jessor, R. (1998). *New perspectives on adolescent risk behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Kaldon, B. (2003). *Profilaktyka alkoholowa w szkole*. Wydział Nauk Społecznych filia KUL, Stalowa Wola.
- Kwon, H. K. i Kwon, J. H. (2002). The effect of the cognitive–behavioral group therapy for high–risk students of internet addiction. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 21, 503–514.
- McWhriter, J. J., McWhriter, B. T., McWhriter, A. M. i McWhriter, E. H. (2001). *Zagrożona młodzież*, Warszawa: PARPA.
- Mrazek, P. J. i Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press.
- Ostaszewski, K. (2003). *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Podstawy opracowywania oraz ewaluacja programów dla dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.

Ostaszewski, K., Rustecka-Krawczyk, A. i Wójcik, M. (2008). *Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa.

Shaffer, H., Hall, M. i Vander Bilt, J. (2001). *Facing the odds: The mathematics of gambling and other risks*. Harvard College.

Szymańska, J. (2002). *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*. Warszawa: CMPPP.

Young, K. S. i de Abreu, C. N. (2011). *Internet addiction – A handbook and guide to evaluation and treatment*. New York: J. Wiley & Sons.

Część 3. Terapia

Uzależnienia behawioralne stanowią relatywnie nowe zjawisko, stąd większość badań poświęconych analizie skuteczności poszczególnych podejść terapeutycznych będzie skupiała się na zaburzeniu uprawiania hazardu lub ogólnie na zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych. Nie istnieje forma terapii, która zostałaby stworzona na potrzeby osób uzależnionych od czynności – przede wszystkim dlatego, że jedynie zaburzenie uprawiania hazardu zostało formalnie włączone do klasyfikacji DSM jako przykład uzależnienia behawioralnego. Pozostałe zaburzenia, które nieformalnie zaliczamy do szerokiego spektrum uzależnień behawioralnych często nie posiadają jasno określonych kryteriów diagnostycznych, co utrudnia prowadzenie badań naukowych. Ponadto, żadna z istniejących obecnie form terapii uzależnień nie daje zdecydowanie lepszych efektów od innych form terapii (w pewnych przypadkach pożądane efekty uzyskuje się dzięki farmakoterapii, w innych – dzięki psychoterapii). Jest to przede wszystkim związane z wielowymiarową etiologią tych zaburzeń. Niemniej, jako główny nurt terapii osób uzależnionych od czynności wskazywana jest terapia wielomodalna, tj. terapia, składająca się z wielu zintegrowanych podejść, jak w przypadku podejścia poznawczo-behawioralnego (Woronowicz, 2009).

Coraz częściej badacze i terapeuci sugerują także stosowanie podejścia interdyscyplinarnego (które łączy terapię indywidualną, grupową, rodzinną, farmakoterapię, spotkania grup samopomocowych i techniki *mindfulness*, w tym medytację), ze względu na jego spójność z biopsychospołecznym modelem uzależnień.

Do najczęściej wymienianych podejść terapeutycznych należy terapia poznawczo-behawioralna (ang. *cognitive behavioral therapy*, CBT) i Dialog Motywujący (opisywany także jako terapia motywująca) (ang. *motivational interviewing*; Miller i Rollnick, 2013). Terapia poznawczo-behawioralna skupia się wokół omawiania nieadaptacyjnych myśli, przekonań i zachowań pacjenta/klienta (obejmuje m.in. analizę zachowań lub sytuacji, które sprzyjają podejmowaniu danego zachowania). Dialog Motywujący jest szczególnie przydatny do pracy z osobami z niską motywacją do podjęcia lub kontynuowania terapii.

Relatywnie często stosowaną terapią jest także farmakoterapia – jej celem jest na ogół stabilizacja nastroju lub redukcja depresji, często towarzyszących uzależnieniom.

Zakres terapii może obejmować zarówno podejścia oparte na założeniu całkowitej abstynencji (por. Carnes, Carnes i Bailey, 2011), jak i podejście oparte na założeniach terapii redukcji szkód (Riley i in., 1999). Definicja abstynencji w przypadku uzależnień behawioralnych może być nieco inna niż w przypadku uzależnień chemicznych – abstynencję dla seksoholika możemy definiować jako powstrzymywanie się od dysfunkcyjnego zachowania i/lub od zachowań, które prowadzą do zachowania patologicznego (np. oglądanie kanałów erotycznych).

Rozdział 7. Terapia poznawczo-behawioralna (CBT)

7.1. Wprowadzenie

Na początku lat sześćdziesiątych dwudziestego stulecia Beck rozwinął nową formę psychoterapii, którą nazwał terapią poznawczą (ang. *cognitive therapy*), obecnie określaną jako terapia poznawczo-behawioralna. Terapia zaproponowana przez Becka była ustrukturalizowaną, krótką formą psychoterapii depresji, zorientowaną na terażniejszość, co oznacza, że jej celem było wypracowanie rozwiązań aktualnych problemów i modyfikacja dysfunkcyjnego myślenia i zachowania (Beck, 2011). Od lat sześćdziesiątych wielu badaczy i klinicystów adaptowało podstawowy model terapii poznawczej do pracy z klientami z szerokim spektrum zaburzeń, co doprowadziło do zróżnicowania terapii w zakresie wykorzystywanych technik, strategii czy długości jej trwania (dostosowanie do specyfiki zaburzeń), ale podstawowe założenia teoretyczne na przestrzeni ponad 50 lat pozostały nie zmienione (Beck, 2011).

Beck oparł swoje rozważania o prace takich badaczy jak Adler, Ellis, Lazarus czy Bandura. Obecne modyfikacje terapii poznawczej owocują nowymi podejściami, takimi jak:

- dialektyczna terapia behawioralna (DBT, *dialectical behavior therapy*; Linehan, 2007);
- integracyjna terapia behawioralna par (IBCT, *integrative behavioral couple therapy*), (Jacobson, Christensen, Prince, Cordova i Eldridge, 2000);
- terapia poznawcza oparta na uważności (MBCT, *mindfulness based cognitive therapy for depression*), opracowana przez Segala, Teasdale i Williama (2002);
- psychoterapia oparta na analizie poznawczo-behawioralnej (CBASP, *cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*; McCullough, 2003);
- terapia oparta na akceptacji i zaangażowaniu (ACT, *acceptance and commitment therapy*; Hayes, Follette i Linehan, 2004);
- terapia rozwiązywania problemów (ang. *Problem-solving therapy*; Bell i D’Zurilla, 2009).

Dialektyczna terapia behawioralna (DBT, *dialectical behavior therapy*), może być wykorzystywana w terapii zaburzeń, którym towarzyszy chwiejność emocjonalna i impulsywność (oryginalnie terapia powstała jako forma adaptacji CBT dla osób z zaburzeniami osobowości typu borderline) (Linehan, 2007).

Autorka koncepcji wyszła z założenia, że zaburzenia są wynikiem braku zdolności do syntezy skrajnych emocji i zachowań (w pewnym sensie związanych z regulacją afektu). Celem terapii jest modyfikacja zarówno emocji i zachowań, jak i ich interpretacji. Terapia może być prowadzona indywidualnie i grupowo, a jej podstawową cechą jest pełna akceptacja klienta podczas całego procesu terapeutycznego. Długość samej terapii, jak i tematyka poszczególnych sesji są z założenia elastyczne i dostosowane do potrzeb klienta. Podczas sesji grupowych (wskazane jest, by odbywały się z częstotliwością tygodniową) prowadzone są treningi z zakresu podstawowych umiejętności życiowych (trening w zakresie *life skills training*), treningi tolerancji niepokoju (regulacji afektu), techniki uważności (*mindfulness*), i uczestnicy wypełniają karty samoobserwacji. Wykorzystanie kart do samoobserwacji jest częstą praktyką w ramach DBT – karty mogą zawierać: (1) zestaw technik, które klient ma przećwiczyć (jako pracę domową) wraz z listą dni tygodnia i z instrukcją, aby zaznaczyć w które dni ćwiczył które techniki; (2) podsumowanie – które techniki były stosowane ile razy; (3) listę przeżywanych emocji z instrukcją, by klient wskazał ile razy doświadczał poszczególnych emocji w ciągu tygodnia; (4) listę zachowań negatywnych (np. okłamywanie) z instrukcją, by klient wskazał ile razy w ciągu tygodnia tak się zachował. Elementy listy mogą być modyfikowane, zwłaszcza w przypadku aplikacji DBT do innych zaburzeń niż zaburzenie osobowości typu borderline (np. do zaburzeń odżywiania się). Podczas sesji indywidualnych rozwiązywane są szeroko pojęte problemy (po poprzedniej hierarchizacji), a następnie zaburzenia, które zakłócają proces terapeutyczny. Zaburzenia te Linehan umiejscowiła na czterech poziomach: pierwszy – zaburzenia na poziomie behawioralnym, drugi – blokowanie emocji i ucieczkowe metody radzenia sobie z nimi (praca na tym etapie polega na redukcji stresu i pogłębieniu samoświadomości), trzeci – zachowania, które zakłócają osiągnięcie wyznaczonych celów (praca na tym etapie polega na stabilizacji samooceny), czwarty – poczucie życiowego niespełnienia (praca polega na pogłębieniu samoświadomości, także przy pomocy technik zbliżonych do medytacji).

Integracyjna terapia behawioralna par (IBCT, *integrative behavioral couple therapy*); Jacobson i in., 2000), która polega na integracji podejścia opartego na zmianie z podejściem skoncentrowanym na akceptacji. Podstawowym mechanizmem (różniącym tradycyjną terapię i integracyjną behawioralną terapię par) jest kształtowanie zachowania w zależności od okoliczności (ang. *contingency-shaped behavior*), a nie według przyjętych zasad (ang. *rule-governed behaviour*). Wynika to z założenia, że zachowania lub stwierdzenia narzucane niejako przez terapeutę mogą nie być zinternalizowane w takim stopniu, jak zachowanie lub stwierdzenie zaproponowane lub wypowiedziane przez samego klienta (np. zamiast uczyć zasad otwartej rozmowy należy ją przeprowadzić).

Terapia oparta na akceptacji i zaangażowaniu (ACT, *acceptance and commitment therapy*), która jest interwencją ukierunkowaną na zwiększenie psychologicznej elastyczności poprzez zastosowanie strategii akceptacji, uważności (*mindfulness*), zaangażowania i behawioralnych wskazówek dokonywania zmiany. Sama elastyczność psychologiczna pozwala na realizację celów i wartości poprzez zmianę lub podtrzymanie zachowania (na podstawie analizy sytuacji) (ACT, 2014).

Niezależnie od nurtu współczesnej terapii poznawczo-behawioralnej, stanowi ona punkt wyjścia do identyfikacji biologicznych i psychologicznych (jak i psychospołecznych) mechanizmów powstawania i podtrzymywania zaburzenia u konkretnego klienta.

Termin **terapia poznawczo-behawioralna** (ang. *cognitive-behavioural therapy*, CBT) odnosi się obecnie do grupy terapii o wspólnych założeniach teoretycznych, zgodnie z którymi nieprzystosowawcze (dysfunkcyjne) emocje i zachowania jednostki można wyjaśnić odwołując się do teorii uczenia się (komponent behawioralny) i prawidłowości rządzących procesami poznawczymi (komponent poznawczy). Model poznawczy zakłada, że dysfunkcyjne myślenie leży u podłoża każdego zaburzenia zachowania i poprzez zmianę takiego myślenia można dokonać zmiany na poziomie emocjonalnym i behawioralnym (Beck, 2011), np. częstymi zniekształceniami poznawczymi są stwierdzenia generalizujące „do czego się nie nadaję”, „nic mi się nie udaje”, które po pewnym czasie (i na skutek niepowodzeń) stają się automatycznymi myślami. Konsekwencją takich myśli będzie angażowanie się w aktywności zastępcze, które mają za zadanie poprawić samopoczucie, np. ucieczka w sen (kierunek depresyjny), albo granie na automatach (hazard) czy w gry internetowe. Jeśli dysfunkcyjne myśli automatyczne będą coraz częstsze, mogą doprowadzić do zniekształcenia głębokich przekonań na własny temat – w opisanym powyżej przypadku będą to np. przekonania o braku kompetencji. Celem terapii jest identyfikacja kluczowych przekonań jednostki (ich dysfunkcyjnego charakteru) i ich modyfikacja. Do najczęstszych dysfunkcyjnych kluczowych przekonań należą „jestem głupi”, „nie zasługuję na miłość”, „nie zasługuję na szacunek” itp. Takie zgeneralizowane przekonania na własny temat prowadzą do bierności („po co mam to robić, skoro i tak mi się nie uda”), przekonania bardziej szczegółowe i zależne od kontekstu sytuacyjnego nie będą zagrażające dla samooceny („akurat tego nie umiem” zamiast „nic mi się nie udaje, jestem do niczego”).

7.2. Założenia

Terapia poznawczo-behawioralna została opracowana z myślą o pracy z klientami z zaburzeniami nastroju (głównie depresją) i kładzie nacisk na rozwiązywanie problemów, aktywizację behawioralną, umiejętność identyfikowania i analizowania myśli depresyjnych i reagowania na nie (obecny model nie odbiega znacząco od pierwowzoru) (Beck, 2011). Mimo, iż każda relacja terapeutyczna w ujęciu podejścia CBT powinna być dostosowana do klienta/pacjenta, praca w paradygmacie CBT wymaga spełnienia pewnych założeń:

1. zidentyfikowanie problemu i jego konceptualizacja w języku teorii poznawczo-behawioralnej – do której można wykorzystać tzw. Arkusz Studium Przypadku i Konceptualizacji Poznawczej (zawierający osiem obszarów tematycznych: dane demograficzne, diagnoza, wyniki testów i diagnoza zaburzeń współwystępujących, jak również ocena deficytów, aktualne problemy i sposoby radzenia sobie z nimi, profil rozwojowy, profil poznawczy, integracja dwóch profili, implikacje dla terapii (Beck, Wright, Newman i Liese, 2007);
2. stworzenie przymierza terapeutycznego – relacji opartej na zaufaniu;
3. współpraca pomiędzy terapeutą a klientem, aktywny udział klienta w terapii;
4. orientacja na zadania i rozwiązanie problemów;
5. skupienie na terażniejszości w początkowej fazie terapii;
6. psychoedukacja;
7. ograniczenie czasu terapii;
8. ustrukturalizowanie poszczególnych sesji w celu optymalizacji efektywności procesu terapeutycznego;
9. nauczenie klienta dokonywania rekonstrukcji poznawczej w celu identyfikowania dysfunkcyjnych przekonań i ich modyfikacji (służą do tego eksperymenty behawioralne czy metody tzw. dialogu sokratejskiego);
10. stosowanie szerokiego wachlarza interwencji i technik w celu modyfikacji dysfunkcyjnych myśli, emocji i zachowania, np. skalowanie, reatrybucja, dekatastrofizacja, badanie wyobrażonych konsekwencji, praca nad schematami poznawczymi, poszukiwanie alternatywnych rozwiązań, debata, czy prace domowe. Do technik wykorzystujących zasady warunkowania klasycznego należą: metoda ekspozycji, metoda systematycznej desensytyzacji, konfrontacja in vivo, metoda implozyjna (wygaszanie), przeciwwarunkowanie, warunkowanie awersyjne czy trening asertywności. Do technik wykorzystujących mechanizm warunkowania sprawczego należą: ekspozycja i prewencja reakcji, sterowanie warunkowanie sprawczym, gospodarka żetonowa, modelowanie. Do technik poznawczo-beha-

wioralnych należą: trening umiejętności społecznych, techniki relaksacji, odgrywanie ról, trening zadaniowy.

Tworzenie relacji opartej na zaufaniu stanowi ważny element pracy terapeutycznej. Badania wskazują, że istnieje związek między jakością relacji pomiędzy klientem a terapeutą a skutecznością terapii. W celu wypracowania pozytywnej relacji, terapeuta powinien prezentować umiejętności terapeutyczne i empatyczne, podejmować decyzje wspólnie z klientem, poszukiwać informacji zwrotnej od klienta (Beck, 2011). Do umiejętności terapeutycznych Beck zalicza przede wszystkim okazywanie empatii i szacunku poprzez komunikaty (werbalne lub niewerbalne): „zależy mi na zrozumieniu przez co przechodzisz i na udzieleniu ci pomocy”, „jestem przekonany, że nasza wspólna praca jest możliwa i że przyniesie pożądane efekty”.

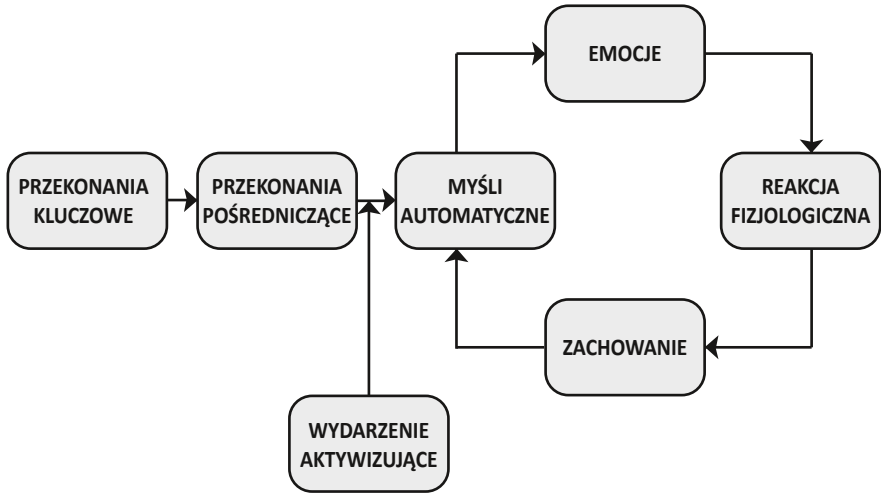
7.3. Model poznawczy

Podstawowym założeniem koncepcji poznawczo-behawioralnej jest model poznawczy, który opisuje relacje pomiędzy emocjami, zachowaniem, reakcją fizjologiczną a interpretacją wydarzeń. Zgodnie z koncepcją Becka to nie samo wydarzenie jest kluczowe dla reakcji jednostki, ale jego interpretacja (jeśli będzie zinterpretowane jako zagrażające, wzbudzi strach). Zatem, relacja pomiędzy wydarzeniem a reakcją na to wydarzenie jest moderowana poprzez przekonania (kluczowe i pośredniczące) jednostki, co prezentuje Rysunek 1.

Przekonania kluczowe (ang. *core beliefs*) stanowią najbardziej podstawowe przekonania na własny temat, a także na temat relacji, norm czy wartości, natomiast przekonania pośredniczące odnoszą się do pewnych zasad czy założeń, np. „okropnie jest ponosić porażkę” (postawy), „jeśli nie dajesz rady – zrezygnuj” (zasada), „jeśli spróbuję zrobić coś trudnego, nie uda mi się – lepiej jest nawet nie próbować” (założenie). Rysunek 1 przedstawia model (określany w skrócie jako model ABC) relacji pomiędzy wydarzeniem aktywizującym (ang. *activating event*), przekonaniami (ang. *beliefs*) i konsekwencjami (ang. *consequences*) emocjonalnymi, fizjologicznymi i behawioralnymi.

Przekonania kluczowe ugruntowują się podczas rozwoju jednostki i służą organizowaniu napływających informacji (Rosen, 1988; za: Beck, 2011). Wraz z kolejnymi doświadczeniami i zadaniami rozwojowymi ulegają modyfikacji – zarówno w sposób adaptacyjny, jak i nieadaptacyjny i prowadzący do zniekształceń poznawczych.

Rys.1. Schemat poznawczy (na podstawie: Beck, 2011)



7.4. Struktura terapii

Beck (2011) proponuje, by postrzegać terapię poznawczo-behavioralną jako podróż, a samą konceptualizację problemu klienta jako mapę drogową – takie porównanie kładzie nacisk na podążanie za klientem (choć w mniejszym stopniu niż w przypadku Dialogu Motywującego; Miller i Rollnick, 2013). Terapia składa się z trzech części (choć sam proces zależy od potrzeb i możliwości klienta): (1) konceptualizacja problemu i postawienie diagnozy (oraz ustalenie kontraktu); (2) realizacja celów i (3) ocena postępów i ustalenie planu na przyszłość (w tym prewencji nawrotów) (Popiel i Pragłowska, 2008). Część druga to terapia właściwa, tj. zastosowanie technik poznawczych i behavioralnych, aby zrealizować ustalone cele. Celem może być zarówno ograniczenie angażowania się w dane zachowanie (granie w gry hazardowe), co jest spójne z koncepcją redukcji szkód, lub abstynencja.

Stawianie diagnozy, czy ocena problemu jest ważkim elementem terapii, gdyż pozwala zoptymalizować efektywność procesu terapeutycznego poprzez dobór odpowiednich technik i narzędzi. Ocena problemu i diagnoza nie kończy się podczas pierwszej sesji, ale pozwala na wypracowanie planu terapii. Podczas kolejnych sesji terapeuta uzyskuje dodatkowe informacje, które modyfikują zarówno diagnozę, jak i dobór technik terapeutycznych. Pomocne będą wtedy następujące kroki (Beck, 2011): (1) stworzenie wstępnej konceptualizacji problemu; (2)

ocena dopasowania własnych umiejętności i doświadczenia do potrzeb klienta; (3) ocena, czy psychoterapia będzie wystarczającą interwencją; (4) nawiązanie kontaktu z klientem; (5) przedstawienie klientowi procesu terapii; (6) identyfikacja problemów. Pierwsza sesja obejmuje następujące elementy (Beck, 2011): (1) powitanie klienta; (2) wspólne ustalenie czy członkowie rodziny będą uczestniczyć w terapii (lub jej części); (3) ustalenie planu sesji i przekazanie oczekiwań co do jej wyników; (4) przeprowadzenie oceny/diagnozy; (5) postawienie wstępnych, dość ogólnych celów; (6) uzyskanie informacji zwrotnej od klienta. Warto zwrócić uwagę na kwestię stawiania celów: podczas pierwszego spotkania, terapeuta – poprzez refleksyjne słuchanie – określa w formie propozycji cele terapii, np. *porozmawiamy przez chwilę na temat celów terapii i jak terapia by przebiegała... celami szczegółowymi zajmiemy się podczas kolejnych sesji, ale tak ogólnie moglibyśmy powiedzieć, że celem byłaby redukcja lęku?* (za: Beck, 2011).

Opór – jeśli klient przejawia wątpliwości co do planu terapii, należy pozytywnie wzmocnić sam fakt zadania pytania („dobrze, że mnie o to pytasz”), zgłębić przekonania klienta (zapytać dlaczego myśli, że terapia nie przyniesie efektów, co, zdaniem klienta, byłoby pomocne).

Struktura pierwszej sesji terapeutycznej odbiega nieco od struktury pozostałych sesji. Podczas pierwszego spotkania terapeuta przekazuje klientowi informację na temat diagnozy, przedstawia cele terapii, jej strukturę, rozpoczyna pracę nad problemem, zadaje pracę domową i wspiera aktywny udział klienta poprzez uzyskanie informacji zwrotnej (za: Beck, 2011). Podczas pracy nad problemem należy zaprezentować model poznawczy (w tym rekonstrukcję poznawczą) i upewnić się, że klient rozumie jego zasady, gdyż jednym z celów terapii jest wyposażenie klienta w zestaw technik, które będzie mógł wykorzystać po zakończeniu terapii.

Kolejnym krokiem (w ramach drugiej części) w tradycyjnym modelu CBT jest aktywacja zachowania (w przypadku pacjentów z depresją). Także w przypadku uzależnień behawioralnych aktywność osób uzależnionych staje się coraz bardziej monotonna – osoby takie rezygnują z rodzajów aktywności, które wcześniej sprawiały im przyjemność, a angażują się w zachowanie stanowiące przedmiot uzależnienia (hazard, internet). W trakcie terapii klienci często przejawiają opór przed angażowaniem się w zachowania alternatywne – nad tym oporem (niechęcią) można pracować wykorzystując podstawowy model ABC, tj. interpretować opór jako relację pomiędzy wydarzeniem aktywizującym (podjęcie dowolnego zachowania alternatywnego), automatycznymi myślami (np. „nie uda mi się”, „nie umiem” itp.), które prowadzą do negatywnych emocji i zaniechania aktywności (i powrót do zachowania problemowego).

Dobór aktywności alternatywnych powinien wynikać z analizy zainteresowań i potrzeb klienta (np. jaki jest wyjściowy poziom satysfakcji), można także wykorzystać gotowe listy aktywności.

W trakcie każdej z kolejnych sesji terapeutycznych należy: Kolejne sesje terapeutyczne powinny składać się z następujących elementów:

1. ustalić grafik spotkania, zapytać o postępy, omówić prace domowe, zmodyfikować grafik, jeśli zajdzie taka potrzeba;
2. rozpocząć pracę nad pierwszym problemem i rozwijaniem umiejętności poznawczo-behawioralnych, wspólnie ustalić pracę domową, przejść do kolejnego problemu;
3. podsumować spotkanie lub zwrócić się o to do klienta, omówić zadania domowe i uzyskać informację zwrotną na temat sesji.

Proces terapeutyczny opiera się na podstawowym modelu poznawczym (Rys. 1.), a punkt centralny stanowi wydarzenie aktywujące. Oznacza to, że podczas pierwszych sesji należy skupić się na identyfikacji myśli automatycznych i ich związku z emocjami i zachowaniem, a podczas kolejnych sesji (wraz ze stopniem zaawansowania terapii) – na przekonaniach pośredniczących i kluczowych, aby na zakończenie terapii skupić się na zapobieganiu nawrotom zachowań problemowych. Do strategii służących identyfikacji myśli automatycznych należą m.in.:

4. pytania o dowody – co potwierdza przekonania, a w drugiej kolejności – co zaprzecza tym przekonaniom, czyli potwierdza odwrotną sytuację;
5. analiza alternatywnych wyjaśnień;
6. dekatastrofizacja – pytania o najgorszy scenariusz i w jaki sposób klient mógłby sobie z tym poradzić;
7. rozpoznanie konsekwencji podążania za myślami automatycznymi, jak również konsekwencji sytuacji odwrotnej – nie podążania za myślami automatycznymi;
8. dystansowanie się od sytuacji – co klient by poradził znajomej/znajomemu, który znalazłby się w takiej sytuacji.

Do częstych zniekształceń w myśleniu należą (Beck, 2011): (1) wszystko albo nic; (2) myśli katastroficzne; (3) pomijanie pozytywów; (4) myślenie oparte o emocje; (5) etykietowanie; (6) powiększanie lub pomniejszanie; (7) filtry mentalne; (8) czytanie w myślach.

Jak pracować nad myślami dysfunkcyjnymi? Beck (2011) sugeruje kilka sposobów. Po pierwsze należy zapisywać lub nagrywać takie myśli – do zapisu, a następnie analizy, można wykorzystać przygotowane na podstawie modelu poznawczego materiały (składające się z pytań o opis wydarzenia, towarzyszące emocje, reakcje).

Kolejnym krokiem jest modyfikacja przekonań pośredniczących, a następnie przekonań kluczowych. Na tym etapie pracy klient jest już wyposażony w podstawowe umiejętności, np. dotyczące analizy sytuacji, myśli automatycznych, emocji i efektu w postaci zachowania. W celu zidentyfikowania przekonań pośredniczących pomocne mogą być następujące strategie: (1) rozpoznanie, czy przekonania nie manifestują się poprzez myśli automatyczne; (2) zaprezentowanie pierwszej części przekonań i dopytanie, co się w takiej sytuacji wydarzy. Warto wykorzystać pytania typu „jeśli to prawda, to co”, „co jest takiego złego w tym”, „co jest najgorsze w tym”. Inną strategią jest poszukiwanie wspólnego mianownika pomiędzy automatycznymi myślami klienta przejawiającymi się w różnych sytuacjach.

W celu zmodyfikowania przekonań klienta można wykorzystać metody dialogu sokratejskiego, eksperyment behawioralny, pytania „co, jeśli”, przyjmowanie punktu widzenia innej osoby, czy odgrywanie ról.

7.5. Ocena skuteczności

Podejście poznawczo-behawioralne przynosi obiecujące efekty w pracy z pacjentami uzależnionymi od substancji, jak również od czynności (Waldron i Kaminer, 2004). Mimo iż trwają prace nad adaptacją terapii poznawczo-behawioralnej do pracy z osobami uzależnionymi od czynności lub cierpiącymi na zaburzenia niesklasyfikowane w DSM-V, wielu klinicystów potwierdza stosowanie podstawowej terapii CBT, np. w pracy z pacjentami z szeroką gamą zaburzeń odżywiania, zaburzeń lękowych czy afektywnych (von Ranson i Robinson, 2006), jak również uzależnionych od internetu (Young, 2011). Próby aplikacji terapii poznawczo-behawioralnej do uzależnień od internetu dają satysfakcjonujące rezultaty (Hansen, 2002; Orzack, 1999; Yang, Hao, 2005; Yu, 2005; Yang Shao, 2005). Du, Jiang i Vance (2010) badali efektywność terapii poznawczo-behawioralnej (8 sesji CBT w szkole) porównując grupę poddaną terapii i grupę, której nie poddano interwencji (grupę kontrolną). Badacze brali pod uwagę następujące kryteria: używanie internetu, zarządzanie czasem, jak również wskaźniki emocjonalne, poznawcze i behawioralne – mierzone dwukrotnie, po zakończeniu terapii i po 6 miesiącach. Wyniki wskazują, że w obu grupach używanie internetu się zmniejszyło (co można przypisać innym czynnikom, zarówno we-

wnątrzosobowym, jak i sytuacyjnym), natomiast umiejętności zarządzania czasem, jak i wskaźniki emocjonalne, poznawcze i behawioralne istotnie się poprawiły w grupie, która uczestniczyła w terapii.

Inne badania wykazały, że zastosowanie technik rekonstrukcji poznawczej wraz ze strategiami prewencji nawrotów po 12 miesiącach od zakończenia terapii istotnie obniżyło angażowanie się w gry hazardowe, jak i podwyższyło postrzeganą kontrolę nad chęcią zagrania (Sylvain, Ladouceur i Boisvert, 1997). Niemal 9 na 10 osób, które uczestniczyły w grupowej terapii CBT (w wersji zmodyfikowanej), po 10 sesjach nie wykazywało już symptomów zaburzenia uprawiania hazardu, a po 24 miesiącach – 6 na 10 (Ladouceur i in., 2003).

Terapia poznawczo-behawioralna staje się standardem terapeutycznym, do którego efekty innych terapii są często porównywane, np. Echeburúa, Baez i Fernández-Montalvo (1996) porównali trzy rodzaje interwencji i sytuację kontrolną: (1) terapia indywidualna wykorzystująca techniki kontroli stymulacji i ekspozycji z prewencją nawrotów; (2) terapia grupowa wykorzystująca rekonstrukcję poznawczą; (3) połączenie dwóch poprzednich podejść; (4) sytuacja kontrolna bez interwencji. Analiza po 12 miesiącach od zakończenia terapii wykazała, że najlepsze wyniki w zakresie utrzymania abstynencji były w grupie, którą poddano terapii indywidualnej (niemal 7 na 10). W kolejnym badaniu Petry wraz ze współpracownikami (2006) porównali rezultaty CBT (indywidualna, 8 sesji), terapię CBT opartą na przewodniku (bez terapeuty) i grupę samopomocową – Anonimowych Hazardzistów. Wyniki wykazały, że częstotliwość i intensywność grania uległa istotnemu obniżeniu we wszystkich grupach. Najgorsze rezultaty uzyskali uczestnicy grupy samopomocowej typu Anonimowi Hazardziści.

Niewiele badań porównuje skuteczność różnych podejść terapeutycznych w przypadku zaburzenia kompulsywnego kupowania (do najczęściej stosowanych podejść należą CBT i terapia psychodynamiczna, w dużej mierze ze względu na współwystępowanie innych zaburzeń). Mitchell i współpracownicy (2006) porównali efektywność grupowej adaptacji CBT z warunkami kontrolnymi (12 tygodni) uzyskując utrzymującą się po sześciu miesiącach poprawę (mierzoną epizodami kupowania po zakończeniu terapii). Zakres tematów poruszanych w trakcie terapii obejmował zarówno elementy poznawcze, behawioralne, jak i bezpośrednio związane z kupowaniem i finansami. Benson i współpracownicy (2006, za: Black, 2007) zaproponował program samopomocowy (dotyczący kompulsywnego kupowania) oparty na podejściu CBT, który składa się z książki-przewodnika, materiałów w postaci dzienniczków i płyty CD.

Bibliografia:

- ACT (2014). Pozyskano 04.09.2014 z <http://www.contextualpsychology.org/act>.
- Beck, J. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford.
- Beck, A., Wright, F. D., Newman, C., F. i Liese, B. S. (2007). *Terapia poznawcza uzależnień*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bell, A. i D’Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 348–353.
- Black, D. (2007). A review of compulsive buying disorder. *World Psychiatry*, 6(1), 14–18.
- Carnes, P., Carnes, S. i Bailey, J. (2011). *Facing addiction: Starting recovery from alcohol and drugs*. Carefree, AZ: Gentle Path Press.
- Du, Y., S., Jiang, W. i Vance, A. (2010). Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioural therapy for internet addiction in adolescent students in Shanghai. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(2), 129–134.
- Echeburúa, E., Baez, C. i Fernández–Montalvo, J. (1996). Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in psychological treatment of pathological gambling: Long term outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24, 51–72.
- Hansen, S. (2002). Excessive internet usage or ‘internet addiction’? The implications of diagnostic categories for student users. *Journal of Computer Assisted Learning*, 18, 2, 235–239.
- Hayes, S. C., Follette, V. M. i Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Jacobson, N., S., Christensen, A., Prince, S., E., Cordova, J. i Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy. An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 351–355 .
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C. i Leblond, J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: A cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 587–596.
- Linehan, M. (2007). *Zaburzenie osobowości z pogranicza. Terapia poznawczo– behawioralna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Popiel, A. i Pragłowska, E. (2008). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Warszawa: Paradygmat.
- McCullough, J. P. (2003). Treatment of Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). *Journal of Psychotherapy Integration*, 13(3-4) , 241–263.

- Miller, W. R. i Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (wyd. 3.). New York, NY: The Guilford Press.
- Mitchell, J., Burgaud, M., Faber, R., Crosby, R. i de Zwaan, M. (2006). Cognitive behavioral therapy for compulsive buying disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1859–1865.
- Orzack, M. (1999). Computer addiction: Is it real or is it virtual? *Harvard Mental Health Letter*, 15,7, 8.
- Petry, N. M., Ammerman, Y., Bohl, J., Doersch, A., Gay, H. i Kadden, R. (2006). Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 555–567.
- Riley, D., Sawka, E., Conley, P., Hewitt, D., Mitic, W., Poulin, C., Room, R., Single, E. i Topp, J. (1999). Harm reduction: concepts and practice. A policy discussion paper. *Substance Use Misuse*, 34(1), 9–24.
- Segal, Z., Teasdale, J. i Williams, M. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. New York: Guilford Press.
- Sylvain, C., Ladouceur, R. i Boisvert, J. M. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 727–732.
- von Ranson, K. M. i Robinson, K. E. (2006). Who is providing what type of psychotherapy to eating disorder clients? A survey. *International Journal of Eating Disorders*, 39(1), 27–34.
- Waldron, H. B. i Kaminer, Y. (2004). On the learning curve: The emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. *Addiction*, 99, 93–105.
- Woronowicz, B. (2009). *Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Warszawa: Media Rodzina.
- Yang, F. R. i Hao, W. (2005). The effect of integrated psychosocial intervention on 52 adolescents with internet addiction. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 13, 343–346.
- Yang, R. i Shao, Z. (2005). Comprehensive intervention for internet addiction in middle school students. *Chinese Mental Health Journal*, 19, 457–459.
- Young, K. (2011). CBT-IA: The First Treatment Model for internet Addiction. *Journal of Cognitive Psychotherapy. An International Quarterly*, 25, 4, 304 – 312.
- Yu, Y. Z. (2005). Feasibility of group psychological interventions in ameliorating the internet addictive behavior of teenagers. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation*, 20, 81–83.

Rozdział 8. Dialog Motywujący

Dialog Motywujący (ang. *Motivational Interviewing*) jest interwencją zorientowaną na zwiększenie motywacji wewnętrznej pacjenta/klienta²¹ do wdrożenia zmiany i osiągnięcia ustalonego celu (Davidson, 1994; Miller i Rollnick, 1991). Strategie Dialogu Motywującego są wykorzystywane w pracy w obszarach edukacyjnych, pomocy społecznej, opiece zdrowotnej, resocjalizacji czy psychoterapii, i dotyczą szerokiego wachlarza problemów – od nieodrabiania pracy domowej, poprzez przymocowanie w rodzinie, po uzależnienia (Davidson, 1994), jak również zaburzeń lękowych, zaburzeń nastroju (depresji), zaburzeń obsesyjno–kompulsyjnych, czy schizofrenii (Arkowitz, Westra, Miller i Rollnick, 2008).

Koncepcja Dialogu Motywującego jest oparta na podejściu humanistycznym, terapii systemowej, poznawczo-behawioralnej i psychologii motywacji (Miller, Forchimes i Zweben, 2011), a sam Dialog Motywujący polega na oddziaływaniach skoncentrowanych na osobie klienta, których celem jest wspomaganie/wzmocnienie zaangażowania we wprowadzanie zmian w życiu. Zmiany te mogą dotyczyć zachowań zdrowotnych czy problemowych (np. używania substancji lub uprawiania hazardu), ale także każdej innej formy zachowania, którą klient chciałby zmodyfikować.

Miller (za: Miller, 2009) rozwinął podejście, które nazwał Dialogiem Motywującym na podstawie swoich doświadczeń pracy z osobami nadużywającymi alkoholu. W latach 80-tych dwudziestego wieku dominującą praktyką kliniczną było wykorzystywanie technik konfrontacyjnych, natomiast doświadczenie Millera sugerowało skuteczność odmiennego podejścia do klienta (Miller, 2009). Wyniki badań prowadzonych przez Millera (za: Miller, 2009) pokazały, że stosowaniu przed terapeutę technik konfrontacyjnych towarzyszy opór pacjenta, a wraz ze wzrostem oporu, wzrasta zaangażowanie się w zachowanie podlegające zmianie (np. spożywanie alkoholu). Stąd, Dialog Motywujący odwołuje się do stylu prowadzenia rozmowy, który zamiast konfrontacji dąży do modyfikacji ambiwalentnego stosunku do zmiany. Ambiwalencja klienta jest traktowana jako naturalny stan towarzyszący rozważaniu wprowadzenia zmiany, a nie jako symptom patologii wynikającej z zaburzenia zachowania (np. z choroby alkoholowej). Ponieważ ambiwalencja może być opisana jako konflikt dążenie–unikanie, rolę terapeutę jest ułatwienie jej rozwiązania.

²¹ Koncepcja Dialogu Motywującego zakłada partnerskie relacje pomiędzy terapeutą a osobą, która zwraca się o pomoc, jak również traktuje zachowania problemowe jako pochodną stanu motywacyjnego, a nie jako chorobę, stąd w ramach koncepcji DM zdecydowanie częściej używa się określenia „klient” a nie „pacjent”.

Reasumując, Dialog Motywujący to sposób prowadzenia rozmowy polegający na współpracy z klientem (w opozycji do relacji silnie zhierarchizowanej typu terapeuta–pacjent) i ukierunkowany na zwiększenie wewnętrznej motywacji klienta do wprowadzenia zmiany. Praca terapeutyczna polega na wydobyciu i wzmacnianiu możliwości (potencjału) samego klienta, jego zaangażowania i w konsekwencji motywacji do zmiany, a sama praca odbywa się w atmosferze szacunku (poszanowania autonomii klienta) i akceptacji. Dialog Motywujący nie polega zatem na pracy z klientem w konkretnym paradygmacie terapeutycznym i nabywaniu przez klienta pewnych umiejętności i strategii podtrzymujących zmianę, a na próbie identyfikacji i wydobyciu potencjału, który jest w kliencie (tzn. zamiast pozycji terapeuty „ja mam, czego ci trzeba”, w Dialogu Motywującym terapeuta stoi na stanowisku: „ty masz, czego ci trzeba, i razem to znajdziemy”; Miller, 2009). Zgodnie z koncepcją Dialogu Motywującego trudności w realizacji zamierzonych działań polegających na wdrożeniu zmiany nie wynikają z deficytów, a z ambiwalencji, stąd ta forma terapii nie skupia się na nauce nowych strategii, a na pracy nad ambiwalentnym stosunkiem jednostki do zmiany.

8.1. Główne idee Dialogu Motywującego

Dialog Motywujący jest formą terapii skupiającą się wokół motywacji, a ponadto, opartą na podstawowych założeniach dotyczących: (1) filozofii, zwanej także „duchem” Dialogu Motywującego; (2) zasad postępowania; (3) procesów; (4) metod postępowania.

Motywacja do zmiany stanowi punkt wyjścia dla autorów Dialogu Motywującego – Miller i Rollnick (Miller, 2009, s.30–31) rozumieją motywację do zmiany jako wielowymiarowy kluczowy czynnik (1) warunkujący podjęcie zmiany; (2) posiadający swoją dynamikę ale i poddający się modyfikacji (co implikuje, że terapeuta powinien podążać za klientem i dostosowywać swoje techniki prowadzenia rozmowy do etapu, na którym znajduje się w danym czasie klient); (3) pozostający pod wpływem relacji społecznych ale i (podczas terapii) stylu terapeuty (co oznacza, że pewne zachowania lub style terapeuty są bardziej efektywne, np. przejawianie empatii); (4) rozwijający się w sytuacji rozbieżności pomiędzy stanem pożądanym a zastanym (co jest opisywane jako ambiwalencja w stosunku do zmiany).

Celem terapeuty jest zatem wydobycie i wzmacnianie motywacji do zmiany. Taka konceptualizacja motywacji do zmiany pozwala na wdrożenie Dialogu Motywującego do terapii klientów z niską motywacją (opisywanych często jako

„niezmotywowanych”, czy znajdujących się w fazie prekontemplacji czy kontemplacji, zgodnie z transteoretycznym modelem zmiany, TTM).

Filozofia Dialogu Motywującego, opisywana często w literaturze jako „duch” Dialogu Motywującego odnosi się do atmosfery, w której odbywa się rozmowa, i opiera się na czterech założeniach:

1. partnerstwo (ang. *partnership*) – relacja pomiędzy terapeutą a pacjentem/klientem jest oparta na współpracy (w opozycji do relacji ekspert–pacjent);
2. akceptacja (ang. *acceptance*) – rozumiana jako wspieranie autonomii i uznanie bezwzględnej wartości osoby, co nie jest tożsame z akceptacją zachowania;
3. wspieranie/okazywanie troski (ang. *compation*) – polega na okazywaniu aktywnego wsparcia, odpowiadaniu na potrzeby klienta;
4. wydobywanie (ang. *evocation*) – praca w ramach Dialogu Motywującego odbywa się na zasobach klienta, jego mocnych stronach, a nie na deficytach.

Powyższe założenia stanowią fundament pracy w ramach Dialogu Motywującego i określają **zasady pracy**:

1. empatyczne reagowanie (umiejętności refleksyjnego słuchania i odzwierciedlania);
2. rozwijanie rozbieżności;
3. zmniejszanie oporu;
4. wzmacnianie poczucia skuteczności i sprawczości.

Empatyczne reagowanie – umiejętność wyrażania empatii, refleksyjnego słuchania i odzwierciedlania stanowią kluczowe zasoby terapeuty. Empatyczny terapeuta stara się zrozumieć co odczuwa klient, przyjmuje jego perspektywę podczas rozmowy poprzez refleksyjne słuchanie i odzwierciedlanie (wyrażanie własnymi słowami tego, co powiedział klient, np. „*czy dobrze rozumiem, że powiedziałeś, że...*”). Empatyczne reagowanie, tj. uważne słuchanie i selektywne reagowanie poprzez wzmacnianie argumentów przemawiających na korzyść zmiany i osłabianie argumentów podtrzymujących stan zastany (przeciwko zmianie), ma na celu świadome ukierunkowanie klienta na podjęcie zmiany. Pierwsze badania Millera (za: Miller, 2009) zasugerowały, że rezultaty terapii (mierzone głównie poprzez wskaźnik konsumpcji alkoholu) zależą od stopnia empatii terapeuty – im bardziej empatyczny terapeuta tym niższa częstotliwość nawrotów

spożywania alkoholu na przestrzeni 6, 12 i 24 miesięcy²² (Miller i Baca, 1983). Kolejne badania potwierdziły istotną rolę empatii zarówno w terapii osób nadużywających alkoholu, jak i innych substancji psychoaktywnych (Luborsky, McLellan, Diguier, Woody i Seligman, 1997).

Rozwijanie rozbieżności pomiędzy obecną sytuacją lub stanem a sytuacją, w której klient chciałby się znaleźć, jest drugą zasadą Dialogu Motywującego i dotyczy przede wszystkim ambiwalencji. Poprzez analizowanie argumentów za i przeciw (za zmianą i przeciw zmianie, a w drugiej kolejności – korzyści w wprowadzeniu zmiany i negatywnych konsekwencji braku wprowadzenia tej zmiany) terapeuta wzmacnia motywację klienta. Poprzez umiejętność wybierania, które wypowiedzi klienta parafrazować (i w jaki sposób parafrazować), które informacje ująć w podsumowaniu, a które pominąć, terapeuta pomaga budować motywację do zmiany, np. *„Myślisz, że jeśli przestaniesz grać na automatach, to twoje relacje z żoną się poprawią, czy tak?”*.

Zmniejszanie oporu – zgodnie z modelem poznawczo-behawioralnym, osoby angażujące się w zachowania problemowe dokonują pewnych zniekształceń poznawczych, które interpretuje się jako mechanizmy obronne, uruchamiane w celu potrzymania danego zachowania, np. osoba uprawiająca hazard w sposób problemowy będzie twierdziła, że *„przecież gram tylko od czasu do czasu”* (minimalizacja), *„nie mam problemu, mógłbym przestać grać kiedy tylko zechcę”* (zaprzeczanie). W ramach terapii poznawczo-behawioralnej pracuje się nad tego rodzaju zniekształceniami poznawczymi. Natomiast zgodnie z podejściem Dialogu Motywującego są one wynikiem ambiwalencji w stosunku do zmiany, a praca nad nimi powinna skupiać się na rozwijaniu rozbieżności (pomiędzy stanem zastanym i pożądanym).

Wzmacnianie poczucia skuteczności i sprawczości jest czwartą zasadą pracy z klientem. Wzmacnianie poczucia skuteczności klienta prowadzi do zwiększenia gotowości wykorzystania własnych zasobów do podjęcia zmiany, a tym samym do wzmocnienia motywacji do dalszych działań. Samo wzmacnianie także powinno odwoływać się do zasobów klienta poprzez podkreślanie mocnych stron, analizowanie wcześniejszych sukcesów, zwracanie uwagi na okoliczności, które sprzyjały uzyskaniu korzystnych rezultatów, ale także na czynniki, które utrudniały uzyskanie takich rezultatów. Praca w paradygmacie Dialogu Motywującego

²² Poziom empatii terapeuty podczas terapii przewidywał odpowiednio 64% zmienności zachowań związanych z konsumpcją alkoholu po 6 miesiącach od zakończenia terapii, 50% zmienności po 12 miesiącach i 25% zmienności po 24 miesiącach (Miller i Baca, 1983).

nie zakłada uczenia nowych umiejętności (co istotnie odróżnia to podejście od podejścia poznawczo-behavioralnego), ale skupia się na wydobywaniu i uświadamianiu klientowi jego zasobów, np. *Skoro już raz udało ci się ograniczyć granie na automatach, zastanówmy się, co wtedy było pomocne?*

Zakotwiczone w filozofii DM metody pracy są wykorzystywane w toku **czterech procesów**, które pierwotnie były podzielone na 2 etapy (budowanie motywacji i wzmacnianie zobowiązań). Te cztery procesy to: (1) angażowanie, (2) precyzowanie, (3) wydobywanie, i (4) planowanie.

Podstawowym procesem jest **angażowanie** (ang. *engaging*), tj. zwiększanie zaangażowania klienta w pracę nad zmianą. Polega on głównie na tworzeniu przyjaznej atmosfery pracy i jego powodzenie jest w dużej mierze zależne od umiejętności interpersonalnych terapeuty. Proces **precyzowania** (ang. *focusing*) polega na ustaleniu programu i kolejnych etapów pracy, jak i realistycznego celu. Cel ten może się zmieniać, np. początkowo celem może być ograniczenie grania hazardowego, natomiast po pewnym czasie klient może chcieć całkowicie zaprzestać grania. Kolejnym procesem jest **wydobywanie** (ang. *evoking*), tj. tworzenie warunków, w których klient może wykorzystać własne zasoby do wdrożenia zmiany. Zgodnie z koncepcją Dialogu Motywującego terapeuta ma za zadanie stworzenie pewnych warunków, które pozwolą na rozwinięcie potencjału klienta, a tym samym zmianę, np. poprzez analizowanie czynników sprzyjających i utrudniających zmianę (nowe zachowanie). Może to prowadzić do identyfikacji przekonań na temat omawianego problemu, jak też pomysłów dotyczących jego rozwiązania. Planowanie (ang. *planning*) polega na ustalaniu planu zmiany czy wzmacniania zaangażowania. W zależności od rodzaju problemu (od poziomu skomplikowania) i od zasobów jednostki (np. brak konsekwencji w działaniu) na proces planowania może składać się mniej lub więcej strategii pracy.

Do najczęściej stosowanych **strategii pracy** w ramach Dialogu Motywującego należą zestawy metod opisywane jako OARS czyli wiosła i FRAMES czyli ramy (Miller i Rolnick, 1991). Nazwy te stanowią akronimy złożone z pierwszych liter angielskich wyrazów określających poszczególne metody. Na OARS, czyli wiosła, składają się: pytania otwarte, dowartościowywanie, odzwierciedlanie i podsumowywanie, natomiast na FRAMES (czyli ramy) składają się: udzielanie informacji zwrotnej, podkreślanie odpowiedzialności klienta, doradzanie, prezentowanie możliwości i empatia.

Pytania otwarte (pytania wywołujące), odnoszą się do pięciu elementów: chęci, umiejętności, powodów, potrzeb i zobowiązań, np. *Dlaczego chciałbyś dokończyć tę zmianę?* (chęci); *Jak chciałbyś to zrobić?* (umiejętności); *Dlaczego chciałbyś*

to zrobić? Podaj trzy powody, dlaczego chcesz to zrobić? (powody); Jak ważna jest ta zmiana? (potrzeby); Jak myślisz, co w związku z tym zrobisz? (zobowiązania). **Dowartościowywanie** polega na podkreślaniu osiągnięć klienta (nawet tych najmniejszych), na wskazywaniu, które działania czy umiejętności klienta są cenne, tj. na wskazywaniu mocnych stron. **Odzwierciedlanie** dotyczy umiejętności refleksyjnego słuchania i parafrazowania. **Podsumowywanie** dotyczy umiejętności zarówno parafrazowania, syntezy i wyboru treści, które będą powtórzone (np. powtórzenie treści, które dotyczyły zmiany).

Do innych metod należą:

- **Spojrzenie w przeszłość.** Pytania o przeszłość, które pozwolą na rozmowę o różnicach pomiędzy stanem obecnym, a stanem sprzed problemu, np. *A co było wtedy inne?*
- **Spojrzenie w przyszłość.** Analiza sytuacji, jeśli nic się nie zmieni, jeśli pacjent/klient nie podejmie terapii. Wytyczanie pierwszych celów poprzez wizualizację przyszłości po skutecznej terapii, np. *Jak miałoby wyglądać Twoje życie w przyszłości? Jeśli terapia będzie w 100% skuteczna, to co się zmieni w twoim życiu?*
- **Ekstrema** – pytania o najlepszy i najgorszy scenariusz – analiza kosztów niepodjęcia terapii i zysków podjęcia terapii, np. *Co najlepszego może się wydarzyć, jeśli podejmiesz terapię? Co najgorszego może się wydarzyć, jeśli nie podejmiesz terapii?*
- **Zastosowanie skali pomiarowej** – zadanie dla klienta polegające na ocenie, w jakim stopniu (np. od 1 do 10) zmiana (terapeutyczna danego zachowania) jest ważna dla niego/niej. Po wybraniu/zaznaczeniu wartości, która reprezentuje wagę (ważność) zmiany należy zapytać dlaczego tyle a nie ____ (niższa wartość). Kolejnym krokiem może być pytanie, co sprawiłoby, że ta zmiana byłaby ważniejsza (przesunięcie z wybranej pozycji na wyższy), np. *Co by sprawiło, że zmieniłbyś tę ocenę z ____ na ____ (wyższa wartość)?*

8.2. Zastosowanie Dialogu Motywującego

Strategie Dialogu Motywującego są wykorzystywane z sukcesem w pracy z osobami uzależnionymi od substancji, ale także od czynności. Badania efektywności Dialogu Motywującego (czy technik opartych na koncepcji wzmacniania motywacji) sugerują, że nie tylko przynosi on pożądane efekty (np. obniżenie częstości grania hazardowego) (Dickerson, Hinchey i England, 1990), ale także, przy krótszym czasie pracy, przynosi efekty porównywalne z innymi podejściami

(np. Miller i Rolnick, 2013) Stanowi to ważną implikację dla optymalnego doboru metod terapeutycznych.

Badania porównujące skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej (podręcznik samopomocowy), połączenia CBT z interwencjami wspierającymi motywację (przez telefon) w stosunku do grupy kontrolnej, wykazały, że wprawdzie poziom abstynencji mierzony po 6 miesiącach od zakończenia terapii nie różnił się pomiędzy grupami, które otrzymały terapię, to w grupie, która otrzymała dodatkowo wsparcie motywacji, średnie kwoty przeznaczone na grę były istotnie niższe (Hodgins, Currie i el-Guebały, 2001).

Bibliografia

- Arkowitz, H., Westra, H., Miller, W. i Rollnick, S. (2008). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*. New York: Guilford Press.
- Davidson, R. (1994). Can psychology make sense of change? W: G. Edwards i M. Lader (red.), *Addiction: Processes of Change. Society for the Study of Addiction Monograph No. 3*. New York: Oxford University Press.
- Dickerson, M., Hinchy, J. i England, S. L. (1990). Minimal treatments and problem gamblers: A preliminary investigation. *Journal of Gambling Studies*, 6, 87–102.
- Hodgins, D. C., Currie, S. i el-Guebaly, N. (2001). Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 50–57.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P. i Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602–611.
- Miller, W. (2009). *Motivational Interviewing: Facilitating Change Across Boundaries*. Referat wygłoszony na Fourth Annual Health Disparities Conference Teachers College, Columbia University, 6 March.
- Miller, W. R. i Baca, L. M. (1983). Two-year follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers. *Behavior Therapy*, 14, 441–448.
- Miller, W. R., Forcehimes, A. A. i Zweben, A. (2011). *Treating addiction: A guide for professionals*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R. i Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Miller W. i Rollnick S. (2013). *Motivational Interviewing. Preparing people for change*. (3. wyd.). Londyn: Guilford Press.

Rozdział 9. Inne podejścia terapeutyczne

W tym rozdziale zostaną omówione inne podejścia terapeutyczne stosowane w przypadku uzależnień behawioralnych, w tym: transteoretyczny model zmiany (TMZ), terapia rodzin – terapia systemowa (humanistyczna), program terapii rodzinnej (ang. *Brief Strategic Family Therapy, BSFT*), terapia redukcji szkód (ang. HRT), grupy samopomocowe i farmakoterapia.

9.1. Terapie systemowe

Terapia systemowa należy do nurtów terapeutycznych, które zakładają, że zaangażowanie się w zachowania ryzykowne jest wynikiem funkcjonowania jednostki w swoim otoczeniu (szeroko rozumianym – rodzinnym, zawodowym, itd.). W ujęciu terapii systemowej elementy te tworzą system, co oznacza, że rządzą się pewnymi regułami i stanowią coś więcej niż tylko sumę elementów. Taki system tworzy pewną sieć powiązań i wzajemnych relacji, stąd terapia systemowa jest najczęściej utożsamiana z terapią rodzin, niemniej jest także stosowana w terapii indywidualnej, terapii par czy terapii grupowej. Terapie systemowe są często wykorzystywane w pracy z osobami chorymi psychicznie, przewlekle chorymi, z zaburzeniami odżywiania, stanami lękowymi czy uzależnieniami (de Barbaro, 1994; Górniak i Józefik, 2003). W obszarze uzależnień behawioralnych stanowi nowy obszar badań.

Terapia systemowa jest terapią krótkoterminową (może trwać od kilku do wielu spotkań w ciągu roku), spotkania odbywają się raz na 2 do 3 tygodni, w gabinecie terapeuty lub na oddziałach szpitalnych, w hospicjach czy w domu klienta. Do technik terapeutycznych należy przede wszystkim rozmowa moderowana, wykorzystująca np. gry czy obrazy. Terapeuci mogą pracować parami (dla zapewnienia bezstronności), jak również przy wsparciu zespołu terapeutów, którzy prowadząc obserwację spotkań (uczestniczącą bądź nie) mogą przedstawić swoje sugestie. W terapii systemowej, podobnie jak w terapii poznawczo-behawioralnej, zalecane jest zadawanie prac domowych klientom. Terapia systemowa jest nastawiona na zmianę, ale duży nacisk kładzie także na poszukiwanie źródeł siły w samym kliencie/ pacjencie (poprzez ćwiczenie umiejętności dostrzegania swoich pozytywnych stron, pobudzanie poczucia odpowiedzialności i sprawstwa) (de Barbaro, 1994; Górniak i Józefik, 2003).

Terapia systemowa nie opiera się na analizowaniu deficytów czy zaburzeń, które według innych koncepcji (np. koncepcji czynników chroniących i czynników ryzyka, jak również podejścia poznawczo-behawioralnego) stanowią przy-

czynę angażowania się w zachowania ryzykowne. Terapia systemowa ma za zadanie uświadomić klientowi jego mocne strony – zasoby, aby je wykorzystywać (poszukuje się ich w obszarach życia, w których klient dobrze sobie radzi) (de Barbaro, 1994; Górniak i Józefik, 2003).

Przykładami terapii systemowej są terapia wielosystemowa (ang. *Multisystemic Therapy, MST*), wielowymiarowa terapia rodzin (ang. *Multidimensional Family Therapy, MDFT*), funkcjonalna terapia rodzin (ang. *Functional Family Therapy, FFT*) czy krótkoterminowa terapia rodzinna (ang. *Brief Strategic Family Therapy, BSFT*).

Terapia wielosystemowa (ang. *Multisystemic Therapy, MST*) jest skierowana przede wszystkim do dzieci i młodych ludzi przejawiających zachowania antyspołeczne (przestępczość) i stosujących używki (alkohol, narkotyki) (Henggeler i in., 1999). MST skupia się wokół pięciu filarów rozwoju dziecka i młodego człowieka, które stanowią jednocześnie pięć obszarów rozwoju czynników chroniących i czynników ryzyka. Są to: przekonania (akceptujące zachowania ryzykowne, takie jak nadużywanie alkoholu), środowisko rodzinne (brak dyscypliny, konflikty, uzależnienie członków rodziny), środowisko rówieśnicze (pozytywny stosunek rówieśników do przemocy czy narkotyków), środowisko szkolne (złe wyniki w nauce, opuszczanie zajęć) i sąsiedztwo (obecność i/lub przynależność do grup przestępczych). Intensywny trening terapeutyczny jest prowadzony w miejscu zamieszkania, a wyniki badań sugerują jego skuteczność także po sześciu miesiącach od zakończenia terapii (Henggeler i in., 1999). Brak jednak badań nad wykorzystaniem MST w pracy z osobami uzależnionymi od czynności.

Wielowymiarowa terapia rodzin (ang. *Multidimensional Family Therapy, MDFT*) jest terapią skierowaną do rodzin nastolatków sięgających po używki (alkohol, narkotyki). Podobnie jak terapia systemowa, wielowymiarowa terapia rodzin spostrzega problem zachowań ryzykownych przez pryzmat połączonych ze sobą wpływów rodziny, środowiska i społeczności (Liddle i in, 2001; Liddle, Rowe, Dakof, Ungaro i Henderson, 2004). Podczas spotkań indywidualnych duży nacisk kładzie się na rozwijanie umiejętności podejmowania decyzji, rozwiązywania problemów czy negocjowania, jak również radzenia sobie ze stresem. Sesje dla rodziców są poświęcone dodatkowo na pokazanie, czym różnią się techniki wywierania wpływu od technik kontroli.

Funkcjonalna terapia rodzin (ang. *Functional Family Therapy, FFT*) stanowi kolejny przykład systemowej terapii rodzin. Jej podstawowe założenia to przede wszystkim rozwój umiejętności psychospołecznych młodego człowieka (umiejętności komunikowania się, rozwiązywania problemów i konfliktów), a u

rodziców – rozwój umiejętności rodzicielskich. W sesji powinna uczestniczyć przynajmniej jedna osoba dorosła poza nastolatkiem. Do podstawowych celów funkcjonalnej terapii rodzin należy: zaangażowanie i zmotywowanie rodziny do podjęcia terapii oraz zmiana w funkcjonowaniu członków rodziny poprzez zastosowanie technik behawioralnych i poznawczych (Waldron, Slesnick, Brody, Turner i Peterson, 2001).

Program **krótkoterminowej terapii rodzinnej** (ang. *Brief Strategic Family Therapy*, BSFT) został zaproponowany przeszło 40 lat temu (na Uniwersytecie w Miami, w centrum Badań nad Rodziną). Opiera się on na założeniu, że rodzina odgrywa najistotniejszą rolę w rozwoju dziecka, nastolatka i młodego dorosłego (Gorman-Smith, Tolan i Henry, 2000).

Terapia rodzinna zorientowana na rozwiązanie jest skierowana do rodzin, w których dzieci angażują się w zachowania ryzykowne (większość dotychczasowych badań skupia się na zachowaniach problemowych, takich jak spożywanie alkoholu, narkotyków czy wandalizm; Willoughby, Chalmers i Busseri, 2004). Zgodnie z założeniami terapii rodzinnej, specyficzne wzorce interakcji w rodzinie stanowią zarówno przyczynę, jak i konsekwencje angażowania się dziecka w zachowania ryzykowne, stąd celem terapii jest zmiana tych wzorców funkcjonowania rodziny jako całości i każdego z jej członków. Charakterystyczną cechą tej terapii jest diagnozowanie wzorców interakcji w rodzinie i ich analiza w odniesieniu do zachowania ryzykownego nastolatka. To podejście, jak również specyficzne metody wprowadziły nową jakość do obszaru terapii rodzin (Szapocznik, Schwartz, Muir i Hendricks Brown, 2012).

Zmodyfikowaną terapię poznawczo – behawioralną stosuje w swojej praktyce Augustynek (Augustynek, 2007). Traktuje on uzależnienie od internetu jako funkcję zachowań nabytych w procesie uczenia się i na podstawie wywiadu z pacjentem i jego rodziną oraz testów psychologicznych identyfikuje nieprzystosowane nawyki. Do podstawowych elementów terapii należy: (1) uświadomienie pacjentowi / klientowi mechanizmów uzależnienia (w tym mechanizmów psychologicznych); (2) identyfikacja przejawów i konsekwencji niewłaściwego użytkowania internetu (np. porzucenie dotychczasowego hobby, spędzanie coraz mniejszej ilości czasu z rodziną); (3) wprowadzenie zasad korzystania z komputera i internetu, w tym: ograniczenia czasowe, ograniczenia tematyczne/zadaniowe (np. w przypadku osób, które wykonują część pracy przez internet); (4) rozwijanie nowych zainteresowań lub powrót do porzuconych; (5) włączenie do procesu terapeutycznego rodziny (jako współzależnionej).

9.2. Transteoretyczny model zmiany (TTM)

Transteoretyczny model zmiany (ang. *Transtheoretical Model* – TTM) (Prochaska, Norcross i DiClemente, 1994; DiClemente, 2007). W ujęciu TTM zmiana zachowania dokonuje się stopniowo, choć dynamicznie (DiClemente, 2007). Model TTM składa się z pięciu faz (szósta nie jest ujęta we wszystkich opisach) (Prochaska, Norcross i DiClemente, 1994): (1) faza prekontemplacji (ang. *precontemplation*); (2) faza kontemplacji (ang. *contemplation*); (3) faza przygotowania (ang. *preparation*); (4) faza działania (ang. *action*); (5) faza podtrzymania (ang. *maintenance*); (6) faza utrwalenia (ang. *termination*). W pierwszych dwóch fazach zachodzi zmiana postaw, w trzeciej fazie jest ona utrwalana i przekłada się na intencje związane z zachowaniem. W czwartej i piątej fazie zachodzi zmiana zachowania. W ostatniej fazie – utrwalenie przekonania o skuteczności. TTM pozwala określić, w której fazie gotowości do zmiany znajduje się klient i zoptymalizować strategie działania. W przypadku terapii indywidualnej, niezależnie od stopnia gotowości klienta, terapeuta dysponuje szerokim wachlarzem technik i strategii, natomiast w przypadku terapii grupowej niełatwo jest zadbać o to, aby wszyscy jej uczestnicy zaczęli proces terapeutyczny od tej samej fazy (w zależności od czynników indywidualnych i środowiskowych stopień łatwości przechodzenia przez kolejne fazy może się różnić, natomiast rozpoczynanie terapii z klientami, którzy znajdują się w fazie prekontemplacji czy kontemplacji, jak i w fazie akcji może doprowadzić do rezygnacji z terapii przez część klientów).

W TTM wyróżnia się dziewięć procesów zmiany (Prochaska, Norcross i DiClemente, 1994) – poznawcze i behawioralne działania, które ułatwiają zmianę w różnych fazach i stanowią pewne wskazówki do konstruowania programów terapeutycznych i profilaktycznych. Procesy te można podzielić na tzw. „doświadczeniowe” (ang. *experiential processes*) i „behawioralne” (ang. *behavioural processes*).

Do „procesów doświadczeniowych” należą:

- poszerzenie świadomości (ang. *consciousness raising*) (na temat zachowania, które podlega zmianie, ale także siebie, swoich mechanizmów obronnych czy myśli automatycznych);
- dramatyczne oczyszczenie/uwolnienie emocji (ang. *dramatic relief*) (emocjonalna reakcja związana z tematyką uzależnienia, np. poprzez wyrażanie lęku w konfrontacji z tematyką zachowań ryzykownych);
- ponowna ocena środowiska (ang. *environment re-evaluation*) (analiza konsekwencji angażowania się w dane zachowanie ryzykowne w odniesieniu do najbliższego otoczenia);

- ponowna samoocena (ang. *Self-re-evaluation*) (poznawcza i emocjonalna samoocena w odniesieniu do omawianego zachowania problemowego);
- wsparcie społeczne (ang. *social liberation*) (wprowadzanie lub poszerzenie programów lub działań wspierających zmianę zachowania, np. wspieranie programów propagujących zdrowie, tworzenie punktów konsultacji prawnej dla osób z problemem hazardowym itd.).

Do „procesów behawioralnych” należą:

- kontrola wzmocnień (ang. *stimulus control*) (trening radzenia sobie z bodźcami, które wiążą się ze wzorcami zachowań problemowych, jak również próba eliminowania bodźców, które mogą zwiększyć ryzyko nawrotu, np. poprzez wzmocnianie asertywności);
- relacje pomocowe (ang. *helping relationships*) (budowanie relacji opartych na zaufaniu pomiędzy realizatorami a odbiorcami programów);
- przeciw-warunkowanie (ang. *counter conditioning*) (nauka nowych zachowań, jak również trening radzenia sobie ze stresem czy lękiem);
- zaangażowanie (świadomy wybór i zaangażowanie się w podjęcie działań mających na celu zmianę zachowania).

Procesy doświadczeniowe i behawioralne odgrywają różną rolę w różnych fazach zmiany, np. rozwijanie świadomości, doświadczanie negatywnych emocji, wsparcie społeczne czy wspierające relacje (życzliwe przekazywanie informacji) pomagają przejść z fazy prekontemplacji (bezrefleksyjnej) do fazy kontemplacji. Wzbudzanie emocji, ponowna samoocena i dalsze poszerzanie świadomości oraz wspierające relacje pomagają przejść z fazy kontemplacji do kolejnych – fazy przygotowania i fazy działania. W fazie przygotowania, w której należy skupić się na przyszłości a nie na przeszłości, pomocne są: ponowna samoocena czy wspierające relacje. Przeciw-warunkowanie, kierowanie wzmocnieniami i kontrolowanie środowiska pomagają w przejściu z fazy działania do fazy podtrzymania (Prochaska, Norcross i DiClemente, 1994). Celem fazy podtrzymania jest redukcja prawdopodobieństwa nawrotów, a pomocne na tym etapie mogą być następujące procesy: zaangażowanie, kontrolowanie środowiska, przeciw-warunkowanie, ponowna samoocena i wspierające relacje (Schellinck i Schrans, 2004). Niezależnie od fazy, w której się je stosuje, skuteczność tych procesów została potwierdzona empirycznie, np. w pracy z osobami uzależnionymi od hazardu (Hodgins i el-Guebal, 2000; Hodgins, 2001).

Większość technik i strategii terapii poznawczo-behawioralnej CBT jest najbardziej użyteczna w fazie akcji, tj. gotowości do podjęcia zmiany, natomiast techniki Dialogu Motywującego przynoszą efekty także w przypadku klientów

znajdujących się w fazie prekontemplacji, kontemplacji czy przygotowania (Miller i Rollnick, 2002).

Mimo iż model TTM jest włączany do diagnozy i terapii patologicznego hazardu od niedawna, sugerowane jest wykorzystywanie go do oszacowania gotowości do zmiany wśród osób, które zgłosiły się na terapię, jak również do różnicowania terapii w przypadku osób znajdujących się na różnych etapach procesu terapeutycznego (DiClemente, Story i Murray, 2000). Do narzędzi, które można w tym celu wykorzystywać należą (Neighbors, Lostutter, Larimer i Takushi, 2002), m.in.: skala postrzeganych norm (ang. *The Gambling Quantity and Perceived Norms Scale* (GQPN)), skala gotowości do zmiany (ang. *The Gambling Readiness to Change Scale* (GRTC)), skonstruowana w oparciu o fazy: prekontemplacji, kontemplacji i działania, kwestionariusz służący do samooceny poziomu kontroli i regulacji zachowania związanego z hazardowym graniem (ang. *Gambling Self-Efficacy Questionnaire* – GSEQ; May, Whelan, Steenbergh i Meyers, 2003), skala służąca do oceny zniekształceń poznawczych (ang. *Information Biases Scale* – IBS; Jefferson i Niki, 2003), czy skala służąca do oceny stopnia zaangażowania w granie (ang. *Gambling Passion Scale* – GPS; Rousseau i in., 2002). Są to narzędzia opracowane w języku angielskim, w związku z czym możliwość ich wykorzystania w Polsce jest ograniczona, niemniej warto zwrócić uwagę na ich specyfikę i podjąć pracę nad ich adaptacją, gdyż mogłyby usprawnić pierwszy etap procesu terapeutycznego.

Fazy wychodzenia z uzależnienia osób uzależnionych od hazardu (wg. TTM) i osób przejawiających inne zachowania problemowe są bardzo zbliżone (Petry, 2005). Ma to pewne implikacje dla terapii – klienci będący w fazie akcji mogą podjąć terapię poznawczo-behawioralną, natomiast klienci znajdujący się we wcześniejszych fazach mogliby skorzystać z terapii motywującej (lub sesji motywującej przed włączeniem terapii właściwej).

9.3. Terapia redukcji szkód (HRT)

Koncepcja **terapii redukcji szkód** (ang. *Harm Reduction Therapy*, HRT) stanowi alternatywę dla całkowitej abstynencji i polega na ograniczeniu negatywnych skutków zachowań problemowych, w miejsce wymagania całkowitej abstynencji (Riley i in., 1999). Koncepcję tę wykorzystano w terapii uzależnień od substancji (np. informowanie o możliwości zakażenia krwi) i zachowań problemowych (np. informowanie o metodach antykoncepcji w celu zredukowania liczby ciężarnych nastolatek). Natomiast w terapii uzależnień behawioralnych niemal wyparła one koncepcję abstynencji, zwłaszcza, że sama koncepcja redukcji szkód jest spójna

z celami terapii uzależnień od czynności – powrót do zdrowego, przystosowanego wykonywania danej czynności (np. zakupów czy ćwiczeń). Istnieją jednak pewne przesłanki przemawiające za przyjęciem abstynencji jako celu terapii (np. w przypadku grania hazardowego), m.in. wówczas, gdy zachowania osiągają patologiczny wymiar, kiedy poprzednie próby kontrolowanego grania nie przyniosły efektów, czy kiedy abstynencja jest celem klienta (np. ze względu na relacje z partnerem).

Uznanie abstynencji za cel terapii niesie ze sobą pewne problemy dla samego procesu terapeutycznego, np. jeśli celem klienta będzie całkowita abstynencja, może on nie rozpoznawać postępów w redukcji danego zachowania, w związku z czym jego motywacja będzie coraz słabsza i wzrastać będzie ryzyko nawrotu.

Riley i O'Hare (2002) sformułowali podstawowe zasady, na których powinny być oparte programy redukcji szkód: (1) pragmatyzm; (2) humanistyczne wartości (nie ocenianie); (3) koncentracja na szkodliwych skutkach; (4) równoważenie nakładów i zysków; (5) hierarchia celów.

Programy redukcji szkód przyjmują formę różnych strategii, które głównie dotyczą zachowań w obszarze spożywania alkoholu, używania narkotyków czy ryzykownych zachowań seksualnych. Wśród strategii znajdują się zatem: rozdawanie czystych igieł, dystrybucja ulotek z informacjami dotyczącymi podstawowych zasad zmniejszania zagrożenia zarażenia wirusem HIV czy chorobami przenoszonymi drogą płciową. Badacze (Dickson, Derevensky i Gupta, 2002) podkreślają rolę wieku inicjacji (np. w przypadku gier hazardowych), jako istotnego czynnika wpływającego na rozmiar późniejszych problemów. Kolejnym celem programów redukcji szkód jest nauka odpowiedzialnego uprawiania danego zachowania, np. hazardu (Riley i in., 1999), ale także ustalanie limitu (czasu, środków finansowych), podejmowanie grania tylko z konkretną wysokością środków finansowych.

Wśród strategii najczęściej stosowanych w uniwersalnych programach redukcji szkód znalazły się przede wszystkim: uświadamianie i edukowanie młodzieży (McBride, Midford, Farrington i Phillips, 2000), a także wspieranie umiejętności, które obniżają prawdopodobieństwo angażowania się w zachowania problemowe, tj. redukcja deficytów psychospołecznych i wspieranie szeregu umiejętności, np. umiejętności radzenia sobie ze stresem, umiejętności rozwiązywania problemów, komunikacji itd. (Marlatt, Blume i Parks, 2001; Marlatt, 1996), wreszcie kreowanie wsparcia rówieśniczego czy wspieranie prorozwojowych środowisk lokalnych.

Badacze (Reznick i in., 1997) odwołują się do koncepcji czynników chroniących tj. środowiska rodzinnego, rówieśniczego, szkolnego i sąsiedzkiego, i podkreślają rolę poczucia przynależności (do grupy, w której są jasno określone reguły, normy czy tradycje), jak również autonomii (poczucia niezależności).

Terapia redukcji szkód (HRT) została także ujęta w nowym modelu terapii poznawczo-behawioralnej uzależnienia od internetu (CBT-IA), zaproponowanej przez Young (2011). Autorka wprowadziła elementy terapii redukcji szkód (HRT) jako trzecią i ostatnią fazę zintegrowanego programu terapeutycznego uzależnienia od internetu (CBT-IA). Zgodnie z podstawowymi założeniami (Marlatt, 1996), HRT ma pomóc zidentyfikować współwystępujące czynniki przyczyniające się do rozwoju uzależnienia od internetu (wśród których mogą się znaleźć: psychologiczne, społeczne, sytuacyjne, rodzinne, czy zawodowe).

HRT w ramach CBT-IA obejmuje m.in. identyfikację potencjalnych problemów psychicznych i ewentualne włączenie farmakoterapii. Jest to istotne, ponieważ badania sugerują, że dość częste są podwójne diagnozy: uzależnienia od internetu oraz depresji, zaburzeń lękowych czy zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, jak również współuzależnienie od alkoholu czy narkotyków (Young, 2011).

9.4. Interwencje kryzysowe

Interwencja kryzysowa jest formą pomocy psychologicznej, która polega na skoncentrowaniu się na problemie wywołującym kryzys (emocjonalny, psychologiczny itd.). Jej celem jest zredukowanie symptomów i przywrócenie równowagi psychicznej.

Interwencje kryzysowe w przypadku osób uzależnionych oparte są o model zaproponowany przez Johnsona (za: Bandura-Madej, 1996). Osobie uzależnionej (najczęściej zaprzeczającej) przedstawia się prawdziwy obraz sytuacji, czyli poddaje się ją konfrontacji. Model interwencji obejmuje sześć kroków: (1) prośba o pomoc (bezpośrednia lub częściowo pośrednia); (2) analiza sytuacji wywołującej/powodującej kryzys; (3) rozpoznanie strategii podejmowanych przez osobę (osoby) w kryzysie; (4) ustalenie/wypracowanie możliwych rozwiązań; (5) trening nowych strategii postępowania; (6) ustalenie kontraktu na wdrażanie nowych strategii. Interwencja powinna wzbudzić poczucie wspólnoty i wsparcia wśród osób w niej uczestniczących, przełamać lęk i wstyd w rodzinie uzależnionego oraz wprowadzić pierwsze zmiany w postawach i zachowaniu osoby uzależnionej.

Interwencje kryzysowe są formą krótkiej interwencji, na którą składają się (Miller i Sanchez, 1993): przekazanie informacji zwrotnych (ang. *feedback*), podkreślenie odpowiedzialności klienta za zmianę (ang. *responsibility*), udzielenie porad (ang. *advice*), przedstawienie zestawu możliwych strategii (ang. *menu of strategies*), okazywanie empatii (ang. *empathy*) i wspieranie poczucia skuteczności klienta (ang. *self-efficacy*), w skrócie FRAMES (wykorzystywane także w Dialogu Motywującym).

Interwencje kryzysowe dla osób uzależnionych od czynności, w tym od hazardu, mogą okazać się atrakcyjną alternatywą dla długich programów terapeutycznych wymagających utrzymania abstynencji (Petry, Weinstock, Ledgerwood i Morasco, 2008). Wśród wskaźników skuteczności interwencji kryzysowych badacze analizowali m.in.: zmniejszenie czasu poświęcanego na gry hazardowe i wzorce zakładów i bilans finansowy (Petry, Weinstock, Ledgerwood i Morasco, 2008), brak jednak badań nad długoterminowymi skutkami interwencji. Przykładowa krótka interwencja składa się z czterech spotkań z psychologiem i pracy z podręcznikiem służącym do samopomocy – podczas spotkań z psychologiem omawiane są kolejne elementy z podręcznika. Taka forma pomocy wydaje się adekwatna w przypadku osób, które są w fazie akcji, podjęły już terapię, ale nie radzą sobie z pewnymi sytuacjami (np. stresogennymi) i powracają do poprzednich wzorców zachowania.

9.5. Inne metody psychokorekcyjne

Uzależnienia od czynności, jak i od substancji psychoaktywnych stanowią wyzwanie dla terapeutów, klinicystów, badaczy, ale przede wszystkim dla osób przejawiających te zaburzenia, dla ich bliskich i dla ogółu społeczeństwa. Obecne podejścia terapeutyczne (farmakoterapia i psychoterapia) przynoszą efekty, choć są bardzo kosztowne (dla jednostki i/lub dla społeczeństwa), dostęp do nich jest ograniczony i obciążone są skutkami ubocznymi (głównie w przypadku leków). Stąd obszar badań i prób aplikacji innych, nowych, bardziej dostępnych metod o charakterze terapeutycznym z roku na rok się poszerza. Do takich metod należą szeroko pojęte podejścia duchowe, w tym program 12 kroków, joga czy medytacja. Badania wykazują związek pomiędzy wysokim stopniem religijności i duchowości a zmniejszeniem zażywania substancji, jak i wskaźnikami depresji czy myślami samobójczymi (Moreira-Almeida, Neto i Koenig, 2006).

Obecnie dysponujemy zestawem terapii/programów opartych na filozofii **12 kroków** (TSF, ang. *Twelve Steps Facilitation*) sprofilowanych dla osób z zaburzeniami związanymi z zażywaniem substancji jak i z zaburzeniami zachowania (w tym: hazard, seks).

Czy programy oparte na filozofii 12 kroków przynoszą efekty? Wyniki badań nie potwierdzają jednoznacznie efektywności tego typu programów, choć większość terapeutów jest zgodna co do pozytywnego wpływu, jaki mogą mieć spotkania w grupach anonimowych hazardzistów na akceptację potrzeby zmiany (Ferri, Amato i Davoli, 2009), na uświadomienie zarówno rozmiarów problemu, jak i jego powszechności, na wzrost religijności, co może prowadzić do obniżenia negatywnego afektu (Kelly, Hoepfner, Stout i Pagano, 2012). Poza wiarą w „siłę wyższą” (np. Boga) istnieją inne czynniki, które mogą wpływać na efektywność podejść opartych na koncepcji 12 kroków, mianowicie: dostępność (w większych miastkach jest wiele grup), brak kosztów, zapewnienie wsparcia niemal codziennie (można uczęszczać na spotkania jednej grupy lub kilku, w zależności od potrzeb, można uczęszczać na spotkania grupy podczas wyjazdu do innego miasta), postać mentora lub sponsora, materiały w postaci broszur, pism czy książek, destygmatyzacja, slogany (powiedzenia, które wspomagają proces poznawczej rekonstrukcji), zasady (w tym dotyczące funkcjonowania w grupie, m.in. anonimowość). Programy oparte na koncepcji 12 kroków dysponują szerokim wachlarzem aktywności i metod zapewniających wsparcie w zależności od potrzeb. Obecnie w Polsce większość grup realizuje kolejne kroki podczas kolejnych miesięcy roku, co oznacza, że w styczniu realizuje pierwszy krok, w lutym – drugi, w marcu – trzeci itd. Taki podział i ujednoczenie działania grup ułatwia możliwość korzystania ze wsparcia częściej niż podczas spotkań jednej grupy, tzn. jeśli dany krok jest wyjątkowo trudny dla danej osoby, może ona chodzić częściej na spotkania (tj. na więcej spotkań) w danym miesiącu.

Do innych technik, które mają potencjał terapeutyczny (m.in. w obszarze uzależnień), należą: medytacje oparte na koncepcji *mindfulness* (w tłumaczeniu na język polski przyjęły się terminy „uważności” czy „uważnej obecności”), transcendentalna medytacja (ang. *Transcendental Meditation*, TM), czy joga “Sudarshan Kriya” (ang. *Sudarshan Kriya yoga*, SKY).

Koncepcja *mindfulness*²³ polega na uważnej, świadomej, nieosądzającej obserwacji siebie tu i teraz, w danym momencie (Kabat-Zinn, 1982), a więc na świadomym przeżywaniu każdej chwili – doświadczeń płynących z wewnątrz, ale i z zewnątrz, co sprzyja rozwojowi szeroko pojętej samoświadomości własnego ciała, emocji i myśli. Schemat ten jest zbliżony z założeniami terapii poznawczo-behavioralnej i często z nią łączony. W 1979 roku Kabat-Zinn zaproponował model treningu redukcji stresu, opartego na koncepcji *mindfulness* (ang. *Mindfulness-Based Stress Reduction*, MBSR), którego celem była redukcja niekontrolowanej

²³ Ta koncepcja wywodzi się z buddyzmu i jej celem jest osiągnięcie szczęścia poprzez wgląd w prawdziwą naturę egzystencji (Hölzel i in., 2011)

potrzeby, negatywnych emocji i nawrotów niepożądanego zachowania. Program MBSR stanowi połączenie terapii poznawczo-behawioralnej, ukierunkowanej na zapobieganie nawrotom i praktyk *mindfulness*, których celem jest zwiększenie świadomości i akceptacji własnych odczuć (fizycznych), emocji i myśli, jak i stanów zwiększonej potrzeby użycia środka/zachowania będącego przedmiotem terapii²⁴ (Witkiewitz i Bowen, 2010). Wyniki badań sugerują skuteczność treningu redukcji stresu opartego na koncepcji *mindfulness* w przypadku klientów cierpiących na chroniczny ból, jak również używających substancji psychoaktywnych, uzależnionych od tytoniu czy od alkoholu (Brewer i in., 2011). Włączenie technik opartych na koncepcji *mindfulness* do podstawowej terapii przynosi także efekty w postaci redukcji konsumpcji środków psychoaktywnych u pacjentów z zaburzeniami osobowości typu borderline (Dimeff i Linehan, 2008). Włączenie treningów *mindfulness* do terapii klientów z zaburzeniami zachowania (uzależnieniami behawioralnymi) stanowi obiecujący obszar praktyki i badań. Obecnie stosuje się już terapie poznawczo-behawioralne oparte na koncepcji *mindfulness* (ang. *Mindfulness Based Cognitive Therapy*), czy terapie skupione na akceptacji (ang. *Acceptance and Commitment Therapy*).

Medytacja transcendentalna (ang. *Transcendental Meditation*, TM), polega na całkowitym wyciszeniu umysłu, aż do osiągnięcia stanu pełnej świadomości (stąd nazwa transcendentalna). Wyniki badań sugerują, że osoby, który angażowały się w ten rodzaj medytacji podejmowały i utrzymywały abstynencję. Należy jednak pamiętać, że osoby, które decydują się na medytację, nie traktują jej jak krótkotrwałej terapii, a jako zinternalizowany element funkcjonowania, co oznacza, że niezmiernie trudno jest porównywać efekty dziesięciu czy dwudziestu sesji terapeutycznych z kilkuletnim doświadczeniem medytacji. Można przyjąć, że uprawianie czy stosowanie medytacji (polegającej na redukcji napięcia poprzez szeroko rozumiany wgląd we własne emocje i odczucia fizyczne) zwiększa poczucie wewnętrznej kontroli, a tym samym zmniejsza potrzebę angażowania się w zachowania zastępcze (mające na cele redukcję złości czy smutku).

Joga Sudarshan Kriya (ang. *Sudarshan Kriya Yoga*, SKY) polega na specyficznych technikach oddechowych, które pomagają w medytacji. SKY składa się z trzech faz: (1) 10 minutowa sesja wydłużonych oddechów (2 do 4 na minutę, podczas gdy regularne oddychanie to ok. 14 oddechów na minutę); (2) trzy jednodominutowe sesje szybszego oddychania (ok. 20-30 oddechów na minutę), z przerwami na powrót do regularnego oddychania (całość trwa około 5 minut); (3) naprzemienne oddychanie:

²⁴ Trening *mindfulness* był stosowany przez 30-45 min podczas sesji terapeutycznych i codziennie w domu przez ok. 45 minut (używając nagranych instrukcji) (Witkiewitz i Bowen, 2010).

od 20 oddechów na minutę, poprzez 40-50, po bardzo szybkie (60-80 oddechów na minutę). (Kjellgren, Bood, Axelsson, Norlander i Saatcioglu, 2007). Cykle oddechowe są wykonywane w pozycji siedzącej ze skrzyżowanymi nogami i bez materiałów audiowizualnych. Podobnie jak w przypadku medytacji transcendentalnej, ten rodzaj jogi wpisuje się w pewien styl funkcjonowania i przynależność do wspólnoty, w związku z czym to nie sam trening oddechowy, ale całokształt programu i zinternalizowanie jego zasad (zdrowego życia, wglądu we własne odczucia) może mieć charakter terapeutyczny. Badania sugerują, że stosowanie SKY istotnie obniża depresję, stany lękowe i stres (w tym poziom kortyzolu), jak i konsumpcję alkoholu w porównaniu z grupą kontrolną (Vedamurthachar i in., 2006).

Mimo że w literaturze brakuje informacji na temat efektów terapii opartej na koncepcji *mindfulness* lub innych formach medytacji w obszarze uzależnień behawioralnych, terapeuci i klinicyści rozważają pozytywny wpływ tych metod w procesie terapii zaburzenia uprawiania hazardu, jak i innych zaburzeń, u których podłoża leży przeżywanie negatywnego afektu i stresu czy niska samoocena i zależność od zewnętrznych wyznaczników samooceny. Wyniki wielu badań sugerują, że medytacja (*mindfulness*, jak i transcendentalna) obniża skłonność do agresywnych zachowań, redukuje impulsywność i sztywność poznawczą. Świadczą o tym wyniki badań na więźniach, u których stosowanie medytacji transcendentalnej istotnie obniżyło ponowne dokonywanie przestępstw w okresie do 6 lat po opuszczeniu ośrodka penitencjarnego (Alexander, Robinson i Rainforth, 1994). Badania z wykorzystaniem funkcjonalnego rezonansu magnetycznego (fMRI) osób, które deklarowały palenie co najmniej 10 papierosów dziennie, wykazały, że stosowanie podstawowych technik *mindfulness* podczas wizualizacji przedmiotu pożądania (papierosa) zmniejsza zarówno deklaratywną potrzebę, jak i aktywność neuronalną obszarów przedniego zakrętu kory obręczy (*anterior cingulate cortex – ACC*) (Westbrook i in., 2011). W świetle badań z wykorzystaniem PET czy fMRI, część przedniego zakrętu kory obręczy (rostralny, rACC) jest związany z silnym pobudzeniem emocjonalnym – zarówno z motywacją, jak i regulacją bodźców o charakterze emocjonalnym, w tym konfliktów o podłożu emocjonalnym (Etkin, Egner, Peraza, Kandel i Hirsch, 2006). Część badań wskazuje na zmiany w strukturach prefrontalnych, a także jądra ogoniastego (zarówno części grzbietowej jak i brzusznej) u osób, które medytują od wielu lat (Hölzel i in., 2008).

Oznacza to, że należy rozważyć włączenie metod opartych na medytacji do kompleksowego modelu terapii zaburzeń używania substancji, a także zaburzeń zachowania. Ponadto, hipotezy sugerujące zarówno oddolne jak i odgórne neurobiologiczne mechanizmy regulowania pobudzenia emocjonalnego (związane z systemem nagrody) przemawiają za włączeniem nowych technik, takich jak *mindfulness* do terapii (i być może profilaktyki) zachowań problemowych.

9.6. Farmakoterapia

Badania kliniczne nie dają jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o skuteczność farmakoterapii w przypadku osób uzależnionych od czynności. Część badań wskazuje na istotną i utrzymującą się poprawę, inne nie potwierdzają pozytywnych efektów stosowania leków. Ta rozbieżność w wynikach badań jest związana przede wszystkim z niewystarczającą wiedzą na temat komponentów bio-chemicznych uzależnień behawioralnych, jak również z różnicami indywidualnymi (np. dotyczącymi współwystępujących zaburzeń lub uzależnień). Stąd różne grupy leków mogą przynosić pożądane efekty (poniekąd w zależności od podłoża zaburzenia i/lub współwystępujących zaburzeń – psychologicznych i somatycznych). Do najczęściej stosowanych należą **leki z grupy antagonistów receptorów opioidowych**, np. naltrekson, stosowane głównie w leczeniu uzależnienia od alkoholu lub opioidów. Badania na grupach osób uzależnionych od hazardu, a także od zakupów czy internetu, przyniosły obiecujące wyniki (por. Grant i Kim, 2001; Kim, Grant, Adson, Shin i Zaninelli, 2002). Skuteczność tych leków jest różna, np. w jednym z badań, w grupie eksperymentalnej abstynencję raportowało 40% uczestników badania, a w grupie kontrolnej – 10% (Grant, Kim i Hartman, 2008). Mimo istotnej poprawy w porównaniu z brakiem interwencji, zaledwie w 4 na 10 przypadków naltrekson przyniósł pożądany efekt. Terapia uzależnień behawioralnych nie powinna, w świetle tych wyników, sprowadzać się do farmakoterapii.

Inną, równie częstą grupą leków stosowanych głównie w terapii hazardu, ale także zakupoholizmu, są **antydepresanty** z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego dopaminy i noradrenaliny (NDRI), np. bupropion, jak również z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI), np. citalopram, fluoksetyna, fluoksamina (Grant i Potenza, 2006). I tu wyniki badań wydają się obiecujące. Podstawą do podjęcia decyzji o rodzaju (lub kombinacji) leków powinno być potwierdzenie lub wykluczenie współwystępujących zaburzeń, np. w przypadku pacjentów z zaburzeniem kompulsywnego kupowania i zaburzeniem dwubiegunowym lub depresją kombinacja stabilizatorów nastroju i antydepresantów przynosiła dobre efekty (Benson i Gengler, 2004). W przypadku zaburzeń kompulsywnego kupowania, którym nie towarzyszą inne zaburzenia, badacze uzyskali wyniki wskazujące na satysfakcjonujące efekty stosowania fluoksaminy (Black, Monahan i Gabel, 1997) w obniżeniu intensywności intruzywnych myśli i potrzeby kupowania. Warto zaznaczyć, że w części badań (np. Black, Gabel, Hansen i Schlosser, 2000) poprawę uzyskano zarówno w grupie eksperymentalnej (SSRI) jak i kontrolnej (placebo), co wskazuje na konieczność prowadzenia badań klinicznych na większą skalę i na większych próbach osób badanych.

Kolejnym, choć rzadziej stosowanym w leczeniu patologicznego hazardu czy uzależnienia od zakupów, jest **lek przeciwdrgawkowy** (stosowany w leczeniu epilepsji) – topiramate. Dannon ze współpracownikami (2005) uzyskał wyniki sugerujące podobny poziom skuteczności fluwoksaminy i topiramatu (trzech na czterech pacjentów całkowicie zaprzestało hazardowego grania).

Ciekawą alternatywą dla tradycyjnie stosowanych metod terapii uzależnień jest propozycja stosowania leków wpływających na przewodnictwo glutaminergiczne, w tym: N-acetylocysteiny zwiększającej zewnątrzkomórkowe stężenie glutaminianu.

Reasumując, możliwość wdrożenia farmakoterapii w leczeniu uzależnień behawioralnych byłaby krokiem milowym w terapii zakrojonej na szeroką skalę. Jednak skuteczność żadnej metody farmakologicznej, jak dotąd, nie została udowodniona. Mimo iż wyniki badań klinicznych omawianych w piśmiennictwie profesjonalnym są obiecujące, należy pamiętać, że nie są one pozbawione poważnych ograniczeń. Po pierwsze – liczebności prób są bardzo niskie, np. do 60 osób (Rosenberg, Dinur i Dannon, 2013). Po drugie – efektywność terapii jest weryfikowana na przestrzeni relatywnie krótkiego okresu (np. po 12 tygodniach od zakończenia terapii), podczas gdy do standardów należy wersyfikacja po 3, 6 i 12 miesiącach. Po trzecie – zbyt mało uwagi poświęca się zaburzeniom współwystępującym, takim jak depresja czy zaburzenia dwubiegunowe, które mogą mieć silnie moderujący wpływ na efektywność (każdej) terapii.

Bibliografia

- Alexander, C. N., Robinson, P. i Rainforth, M. (1994). Treating and preventing alcohol, nicotine and drug abuse through transcendental meditation. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 11(1-2), 13–75.
- Augustynek, A. (2007). Stosowane metody w terapii uzależnień komputerowych. W: E. Mastalerz, K. Pytla i H. Nogi (red.), *Cyberuzależnienia – przeciwdziałanie uzależnieniom od komputera i Internetu* (s.147–151). Kraków: Wydawnictwo Akademii Pedagogicznej.
- Bandura-Madej, W. (1996). *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej*. Warszawa: Interart.
- de Barbaro, B. (1994). *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: Collegium Medicum UJ.
- Benson, A. i Gengler, M. (2004). Treating compulsive buying. W: R. Coombs (red.), *Addictive disorders: a practical handbook* (s. 451–491). New York: Wiley.
- Gabel, J., Hansen, J. i Schlosser, S. (2000). A double-blind comparison of fluvoxamine versus placebo in the treatment of compulsive buying disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 12(4), 205–211.
- Black, D. W., Monahan, P. i Gabel, J. (1997). Fluvoxamine in the treatment of compulsive buying. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 159–163.
- Brewer, J. A., Mallik, S., Babuscio, T. A., Nich, C., Johnson, H. E. i Deleone, C. M. (2011). Mindfulness training for smoking cessation: results from a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 119(1-2), 72–80.
- Dannon, P., Lowengrub, K., Gonopolski, Y., Musin, E. i Kotler, M. (2005). Topiramate versus fluvoxamine in the treatment of pathological gambling: a randomized, blind-rater comparison study. *Clinical Neuropharmacology*, 28(1), 6–10.
- DiClemente, C. C. (2007). The transtheoretical model of intentional behavior change. *Drugs and Alcohol Today*, 7(1), 29–33.
- DiClemente, C. C., Story, M. i Murray, K. (2000). On a roll: The process of initiation and cessation of problem gambling among adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 16(2-3), 289–313.
- Dimeff, L. A. i Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science Clinical Practice*, 4(2), 39–47.
- Dickson, L., Derevensky, J. i Gupta, R. (2002). The prevention of problem gambling in youth: A conceptual model. *Journal of Gambling Studies*, 18(2), 97–159.
- Etkin, A., Egner, T., Peraza, D. M., Kandel, E. R. i Hirsch, J. (2006). Resolving emotional conflict: A role for the rostral anterior cingulate cortex in modulating activity in the amygdala. *Neuron*, 51(1-12), 2596–2607.

- Ferri, M., Amato, L. i Davoli, M. (2009). Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence (Review). *Cochrane Library*, 3, 1–26.
- Gorman-Smith, D., Tolan, P. H. i Henry, D. B. (2000). A developmental-ecological model of the relation of family functioning to patterns of delinquency. *Journal of Quantitative Criminology*, 16, 169–198.
- Górniak, L. i Józefik, B. (2003). *Ewolucja myślenia systemowego w terapii rodzin. Od metafory cybernetycznej do dialogu i narracji*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Grant, J. E. i Kim, S. W. (2001). Demographic and clinical characteristics of 131 adult pathological gamblers. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 957–962.
- Grant, J. E., Kim, S. W. i Hartman, B. (2008). A double-blind, placebo-controlled study of the opiate antagonist naltrexone in the treatment of pathological gambling urges. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 783–789.
- Grant, J. E. i Potenza, M. N. (2006). Escitalopram treatment of pathological gambling with co-occurring anxiety: An open-label pilot study with double-blind discontinuation. *International Clinical Psychopharmacology*, 21, 203–209.
- Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Randall, J., Ward, D. M., Pickrel, S. G., Cunningham, P. B., Miller, S. L., Edwards, J., Zealberg, J. J., Hand, L. D. i Santos, A. B. (1999). Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: Clinical outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(11), 1331–1339.
- Hodgins, D. C. (2001). Process of changing gambling behavior. *Addictive Behaviors*, 26, 121–128.
- Hodgins, D. C. i el-Guebaly, N. (2000). Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: A comparison of resolved and active gamblers. *Addiction*, 95, 777–789.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R. i Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 537–559.
- Jefferson, S. i Nicki, R. M. (2003). A new instrument to measure cognitive distortions in video lottery terminal users: The Informational Biases Scale (IBS). *Journal of Gambling Studies*, 19, 387–403.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33–47.
- Kelly, J. F., Hoepfner, B., Stout, R. L. i Pagano, M. (2012). Determining the relative importance of the mechanisms of behavior change within Alcoholics Anonymous: A multiple mediator analysis. *Addiction*, 107(2), 289–299.

- Kim, S. W., Grant, J. E., Adson, D. E., Shin, Y. C. i Zaninelli, R. (2002). A double-blind placebo-controlled study of the efficacy and safety of paroxetine in the treatment of pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 501–507.
- Kjellgren, A., Bood, S. A., Axelsson, K., Norlander, T. i Saatcioglu, F. (2007). Wellness through a comprehensive yogic breathing program – A controlled pilot trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 7, 43.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K. i Tejada, M. (2001). Multi-dimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(4), 651–688.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Ungaro, R. A. i Henderson, C. E. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: Pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs* 36(1), 49–63.
- Marlatt, G. A. (1996). Harm reduction: come as you are. *Addictive Behaviors*, 21 (6), 779–788.
- Marlatt, G. A., Blume, A. W. i Parks, G. A. (2001). Integrating harm reduction therapy and traditional substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(1), 13–21.
- May, R., Whelan, J., Steenbergh, T. i Meyers, A. (2003). The Gambling Self-Efficacy Questionnaire: An initial psychometric evaluation. *Journal of Gambling Studies*, 19(4), 339–357.
- McBride, N., Midford, R., Farrington, F. i Phillips, M. (2000). Early results from a school alcohol harm minimization study: The School Health and Alcohol Harm Reduction Project. *Addiction*, 19, 83–91.
- Miller, W. R. i Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (wyd. 2.). New York, NY: The Guilford Press.
- Miller, W. R. i Sanchez, V. C. (1993). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. W: G. Howard (red.), *Issues in Alcohol Use and Misuse in Young Adults* (s. 55–82). Notre Dame: University of Notre Dame Press.
- Moreira-Almeida, A., Neto, F. L. i Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: A review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3). Pozyskano z <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000006>.
- Neighbors, C., Lostutter, T., Larimer, M. i Takushi, R. (2002). Measuring gambling outcomes among college students. *Journal of Gambling Studies*, 18(4), 339–360.
- Petry, N. M. (2005). Stages of change in treatment-seeking pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 312–322.
- Petry, N. M., Weinstock, J., Ledgerwood, D. M. i Morasco, B. (2008). A randomized trial of brief interventions for problem and pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 318–328.

- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. i DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good: A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York, NY: Avon Books.
- Reznick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M. i Jones, J. (1997). Protecting adolescents from harm: Findings from the national longitudinal study on adolescent health. *Journal of the American Medical Association*, 278(10), 823–832.
- Riley, D. i O'Hare P.(2002). Harm reduction: Policy and practice. Pozyskano z <http://www.canadianharmreduction.com/factsriley.html>
- Riley, D., Sawka, E., Conley, P., Hewitt, D., Mitic, W., Poulin, C., Room, R., Single, E. i Topp, J. (1999). Harm reduction: concepts and practice. A policy discussion paper. *Substance Use Misuse*, 34(1), 9–24.
- Rosenberg, O., Dinur, L. i Dannon, P. (2013). Four-year follow-up study of pharmacological treatment in pathological gamblers. *Clinical Neuropharmacology*, 36(2), 42–45.
- Rousseau, F. L., Vallerand, R. J., Ratelle, C. F., Mageau, G. A. i Provencher, P. J. (2002). Passion and gambling: On the validation of the Gambling Passion Scale (GPS). *Journal of Gambling Studies*, 18, 45–66.
- Szapocznik, J., Schwartz, S., Muir, J. i Hendricks Brown, C. (2012). Brief strategic family therapy: An intervention to reduce adolescent risk behavior. *Couple and Family Psychology*, 1(2), 134–145.
- Schellinck, T. i Schrans, T. (2004). Gaining control: Trends in the processes of change for video lottery terminal gamblers. *International Gambling Studies*, 4 (2), 161–174.
- Vedamurthachar, A., Janakiramaiah, N., Hegde, J. M., Shetty, T. K., Subbakrishna, D. K., Sureshbabu, S. V. i in. (2006). Antidepressant efficacy and hormonal effects of sudarshana kriya yoga (SKY) in alcohol dependent individuals. *Journal of Affective Disorders*, 94, 249–253.
- Waldron, H. B., Slesnick, N., Brody, J. L., Turner, C. W. i Peterson, T. R. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 802–813.
- Westbrook, C., Creswell, J. D., Tabibnia, G., Julson, E., Kober, H. i Tindle, H. A. (2011). Mindful attention reduces neural and self-reported cue-induced craving in smokers. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(1), 73–84.
- Willoughby, T., Chalmers, H. i Busseri, M. A. (2004). Where is the syndrome? Examining co-occurrence among multiple problem behaviors in adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1022–1037.
- Witkiewitz, K. i Bowen, S. (2010). Depression, craving and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 362–374.
- Young, K. (2011). CBT-IA: The First Treatment Model for internet Addiction. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 25(4), 304–312.

Rozdział 10. Przegląd przykładowych strategii terapeutycznych

Do najczęściej stosowanych podejść terapeutycznych w uzależnieniach behawioralnych należy obecnie terapia poznawczo-behawioralna (np. Boutin, Dumont, Ladouceur i Montecalvo, 2003; Wulfert, Blanchard, Freidenberg i Martell, 2006), jak również elementy terapii opartej na wspieraniu motywacji do zmiany (Dialog Motywujący) (np. Miller i Rollnick, 2013). Wyniki badań dotyczących skuteczności farmakoterapii zostały opisane w poprzednim rozdziale, i chociaż stosowanie leków z grupy SSRI przynosi zadowalające efekty, badacze są zgodni co do tego, że terapia uzależnień behawioralnych nie powinna sprowadzać się do farmakoterapii, a jedynie (co najwyżej) w specyficznych przypadkach może być nią wspomagana.

Badania kliniczne porównujące skuteczność różnych podejść terapeutycznych skupiają się najczęściej na porównaniu trzech wyżej opisanych metod, przy czym klinicyści wskazują na pozytywne efekty wielomodalnego podejścia, np. psychoterapii grupowej, indywidualnej i grup samopomocowych. Te ostatnie zapewniają wsparcie, zwłaszcza w przypadku, kiedy klient nie ma rodziny czy przyjaciół (np. Miller i Rollnick, 2013).

Przykładowe programy terapeutyczne najczęściej dotyczą zaburzenia uprawiania hazardu (hazard patologiczny), ale także kompulsywnego kupowania, czy uzależnienia od internetu i grania w gry (komputerowe/internetowe). W przypadku pozostałych form uzależnień behawioralnych badacze sugerują pewne kierunki terapii, choć w związku z brakiem formalnych kryteriów diagnostycznych, opracowanie specyficznych form terapii jest dość trudne (np. w odniesieniu do uzależnienia od ćwiczeń czy od zdrowego jedzenia).

10.1. Hazard

Terapia poznawczo-behawioralna hazardu powinna skupiać się na (Melville, Davis, Matzenbacher i Clayborne, 2004):

1. rekonstrukcji poznawczej (dotyczącej zarówno błędów poznawczych w zakresie grania, jak i myśli automatycznych, emocji i zachowań jednostki);
2. treningu kompetencji związanych z rozwiązywaniem problemów, jak i kompetencji społecznych;
3. zapobieganiu nawrotom.

Taki schemat jest charakterystyczny dla większości zaburzeń behawioralnych, przy czym, w zależności od indywidualnych potrzeb samego klienta, jak i stopnia zaawansowania problemu, środek ciężkości powinien być przesunięty na identyfikację myśli automatycznych i pracę nad przekonaniem, lub na trening umiejętności.

Do przykładowych terapii hazardu należy program opracowany z myślą o młodzieży – „**dziesięć kluczowych kroków**” (Bellringer, 2003, za: Griffiths, 2004), który składa się z części polegającej na analizie kontekstu problemu (uwzględniającej również osoby, które będą wspierały proces terapeutyczny), ustaleniu celów i planu terapii, i części stanowiącej właściwą terapię. Pierwsze trzy kroki obejmują ocenę skali problemu, kolejne cztery służą podtrzymaniu motywacji i rozwijaniu podstawowych umiejętności psychospołecznych, kolejne dwa dotyczą kwestii związanych z finansami (m.in. w ramach koncepcji redukcji szkód) i rozwoju aktywności alternatywnych. Ostatni krok stanowi podsumowanie terapii. Do szczegółowych tematów w ramach kolejnych kroków należą: (1) zrozumienie istoty zaburzenia; (2) ustalenie programu terapii, w tym mierzalnych celów; (3) ocena skali problemu (przyczyn, skutków, przebiegu uzależnienia, wpływ na emocje i zachowania itd.); (4) tworzenie atmosfery szczerości (terapeuta potwierdza słuszność podjętej decyzji dotyczącej zmiany); (5) wzbudzanie wzajemnego zaufania; (6) praca nad samooceną; (7) udzielanie wsparcia; (8) racjonalne gospodarowanie finansami; (9) rozwijanie zainteresowań; (10) ocena postępów i podsumowanie efektów terapii. Warto zwrócić uwagę, że część z przedstawionych przez badacza kroków (4, 5 i 7) stanowią raczej podstawowe zasady współpracy niż zakres tematyczny kolejnych sesji.

Kolejnym przykładem pracy terapeutycznej jest **zmodyfikowana wersja terapii poznawczo-behawioralnej** zaproponowana przez Ladouceura (Niewiadomska, Brzezińska i Lelonek, 2005), na którą składają się:

1. edukacja na temat gier, w tym wyjaśnienie podstawowych zasad prawdopodobieństwa;
2. korygowanie błędnych myśli i nieprawidłowych przekonań (np. iluzja kontroli, efekt Monte Carlo, heurystyka dostępności, heurystyka reprezentatywności, pozorne korelacje);
3. poszukiwanie sposobów rozwiązania problemów: zdefiniowanie problemów, zebranie informacji na ich temat, wymyślanie rozwiązań, analiza ich zalet i wad, wdrożenie rozwiązań w życie i ocena ich efektywności;
4. trenowanie kompetencji społecznych, czyli nauka m.in. utrzymywania motywacji do leczenia, budowania prawidłowego poczucia własnej wartości, tworzenia dobrych relacji z innymi;

5. zapobieganie nawrotom poprzez ćwiczenie umiejętności antycypowania i unikania trudnych sytuacji, jak również uczenie sposobów radzenia sobie, jeśli uniknięcie trudnej sytuacji jest niemożliwe – ekspozycja i prewencja reakcji (ang. *exposure with response prevention*, E/RP).

Czytelnik zainteresowany szczegółowym planem terapeutycznym wg Ladouceura może skorzystać z bezpłatnego podręcznika (w języku angielskim) zatytułowanym *Overcoming your pathological gambling* (przezwyciężyć patologiczne granie), którego stosowanie jest zalecane przez autorów w pracy z klientem. Dostępne są dwa podręczniki – jeden dla klienta, a drugi dla terapeuty – które mogą okazać się pomocne w pracy w paradygmacie poznawczo-behawioralnym. Program terapii składa się z 12 sesji poświęconych następującej tematyce (Ladouceur i Lachance, 2007): (1) psychoedukacja na temat hazardu i prezentacja modelu terapii; (2) postawienie diagnozy i określenie charakterystyki grania; (3) budowanie motywacji i ustalenie celów; (4) psychoedukacja na temat sytuacji ryzyka podejmowania grania hazardowego przez klienta i budowanie strategii radzenia sobie w takich sytuacjach; (5) identyfikacja zniekształceń poznawczych; (6) psychoedukacja na temat zasady losowości i przypadku; (7) identyfikacja błędnych myśli, emocji i zachowań wpływających na granie; (8) nawroty; (9) ewaluacja /podsumowanie terapii.

Według części badaczy (Young i de Abreu, 2011) osoby, które angażują się w konkretną czynność patologiczną przy użyciu internetu, nie są uzależnione od samego medium, ale od czynności, zatem osoba nałogowo uprawiająca hazard przez internet, będzie uzależniona od hazardu. Poza tradycyjnymi metodami terapii, pojawiły się również takie, które wykorzystują internet. Jak podkreśla Young (Young i de Abreu, 2011) osoby uprawiające hazard online częściej są skłonne skorzystać z pomocy online. Przykładem takiego programu jest terapia realizowana przez Szpital Uniwersytecki w Genewie na podstawie opracowania Ladouceura i Lachance (Ladouceur i Lachance, 2007), która obejmuje osiem modułów poświęconych kolejno: ustaleniu celów programu i motywacji do zmiany, analizie problemu poprzez ustalenie sytuacji ryzyka, umiejętności rozwiązywania problemów, umiejętnościom zarządzania czasem i finansami, obserwacji własnego grania, psychoedukacji na temat zasad grania, w tym pojęcia przypadku i losowości wyników w grach hazardowych, analizie myśli prowadzących do zagrania (element rekonstrukcji poznawczej) oraz prewencji nawrotów (Lelonek-Kuleta, 2014).

Kolejnym przykładem terapii jest **zmodyfikowana wersja CBT** skupiająca się na technice ekspozycji i prewencji nawrotów – **E/RP** (Bellotto-Silva i in., 2012), rozpisana na 12 spotkań:

Sesja 1: psychoedukacja – wprowadzenie do terapii, dyskusja na temat przyczyn, jak również symptomów zaburzeń obsesyjno–kompulsywnych;

Sesja 2: hierarchizacja symptomów;

Sesja 3: wprowadzenie do E/RP – ćwiczenia i planowanie pracy domowej;

Sesja 4 – 7: E/RP wraz z rekonstrukcją poznawczą (techniki pozwalające na pracę nad zniekształceniami poznawczymi);

Sesja 8: sesja rodzinna – informacja o zaburzeniu i wskazówki jak pomóc w ćwiczeniach E/RP;

Sesja 9 – 12: powtórzenie ćwiczeń E/RP i technik rekonstrukcji poznawczej – strategii przeciwdziałania nawrotom.

Innym programem opartym na terapii poznawczo-behawioralnej z elementami *mindfulness* jest **program do pracy w grupie Trimeridian wg The Way Back INN**, który składa się siedmiu rozdziałów tematycznych (oznaczonych literami od A do F):

- A. psychoedukacja dotycząca grania w gry hazardowe, procesu uzależniania się, innych zachowań problemowych i zaburzeń;
- B. idee, postawy, wartości i priorytety – omawianie wartości i przekonań jednostki, jak również myśli automatycznych i dysfunkcyjnych;
- C. duchowość i technika uważności, m.in. techniki *mindfulness*; duchowość w tym znaczeniu może, ale nie musi, dotyczyć religijności;
- D. kontrola doznań i emocji (kontrola impulsów);
- E. finanse – zarówno analiza długów, jak i umiejętność planowania budżetu;
- F. odkrywanie siebie, w tym: poszukiwanie aktywności alternatywnych, które sprawiają jednostce przyjemność, głębsza analiza własnego zachowania (np. za pomocą schematu poznawczego, tj. analiza automatycznych myśli, towarzyszących im emocji), jak również analiza swojej (nowej) roli w społeczeństwie;
- G. związki z innymi ludźmi, rodzina i jej funkcjonowanie – analiza wpływu uprawiania hazardu przez jednostkę na rodzinę (od komunikacji, emocji po finanse).

10.2. Kompulsywne kupowanie

Robienie zakupów, podobnie jak inne uzależnienia behawioralne, staje się sposobem radzenia sobie ze stresem czy problemami żywioowymi. Ze względu na obecność zniekształceń poznawczych uzasadnione jest w tym przypadku zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej (CBT), której celem byłoby wypracowanie innych, niż kupowanie, sposobów na łagodzenie stresu, złości czy frustracji, jak również zmniejszenie bądź wyeliminowanie napadowego kupowania (Dell’Osso, Allen, Altamura, Buoli i Hollander, 2008; Mueller i in., 2008; Mitchell, Burgaud, Faber, Crosby i de Zwaan, 2006). Pierwszym krokiem w CBT jest uświadomienie osobie powagi sytuacji i wypracowanie motywacji do skutecznego uczestniczenia w terapii. Czynność kupowania stanowi nieodłączny element funkcjonowania, zatem terapia tego typu uzależnień nie powinna prowadzić do abstynencji (jak w przypadku uzależnień od substancji psychoaktywnych), a do zmiany nawyków. Kolejnym krokiem jest zaangażowanie rodziny – członkowie rodziny powinni towarzyszyć osobie uzależnionej podczas robienia zakupów lub desensytyzacji (Dell’Osso, Allen, Altamura, Buoli i Hollander, 2008).

Podczas CBT z klientem cierpiącym na zaburzenia kompulsywnego kupowania nie należy wydawać zakazów, gdyż takie ograniczenia mogą wyrzucić odwrotny skutek. Pozostawia się pacjentowi wolny wybór pomiędzy opcjami (relatywnie skrajnymi, np. albo nie kupisz niczego, albo kupisz aż x egzemplarzy tego przedmiotu). Dzięki takim technikom klient może powoli odzyskać kontrolę nad swoim zachowaniem. Ponadto, wprowadza się do terapii kolejne elementy behawioralne, np. planowanie budżetu w perspektywie dnia, tygodnia czy miesiąca, prowadzenie listy wydatków, płacenie gotówką a nie kartami itd. (Hodgins i Peden, 2008). Do technik często stosowanych w terapii poznawczej kompulsywnego kupowania należą: analiza za i przeciw (w odniesieniu do korzyści i negatywnych konsekwencji kupowania, ang. *pros and cons analysis*), analiza funkcjonalna (dotycząca zachowania, ang. *functional analysis*), kontrola popędu (strategie kontrolujące kupowanie, ang. *stimulus control*), rekonstrukcja poznawcza, przeciwdziałanie nawrotom, samokontrola (ang. *self-monitoring*), techniki radzenia sobie ze stresem, trening kompetencji intrapersonalnych i trening zarządzania gotówką (Hodgins i Peden, 2008). Do pozostałych strategii wykorzystywanych w terapii poznawczo-behawioralnej, należą: zwiększenie kontroli nad tym, co i jak kupujemy, np. poprzez przygotowywanie list zakupów niezbędnych produktów, posługiwanie się gotówką, a nie kartami kredytowymi (które sprzyjają niekontrolowanemu wydawaniu); kontrolowanie budżetu domowego poprzez prowadzenie notatek kiedy i co zostało kupione, systematyczne spłacanie zobowiązań (np. rachunków), tak, aby nie ulec iluzji posiadania większej ilości pieniędzy, wypracowanie szacunku dla wartości pieniądza, przy jednoczesnej deprecjacji kultury

konsumpcyjnej, rozwinięcie zdrowych zainteresowań (sportowych, kulturalnych itd.), przeprowadzenie treningu kompetencji społecznych.

Badania potwierdziły skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w istotnym zmniejszeniu liczby epizodów kompulsywnego kupowania – Mitchell i in. (2006) porównali efekty terapii poznawczo-behawioralnej pacjentów ze zdiagnozowanym zaburzeniem kompulsywnego kupowania z danymi zebranymi od pacjentów, którzy nie uczestniczyli w terapii – efekty utrzymywały się nawet pół roku po zakończeniu terapii. Mueller i inni (2008) przeprowadzili terapię poznawczo-behawioralną, której celem było wypracowanie nawyku przerywania i kontrolowanie kompulsywnego kupowania, jak również wypracowanie zdrowych nawyków zakupowych, zmiana nieadekwatnych myśli i negatywnych odczuć, a także rozwinięcie zdrowych sposobów radzenia sobie ze stresem czy negatywnymi myślami.

Tavares, Lobo, Fuentes i Black (2008) zaproponowali zmodyfikowany model terapii poznawczo-behawioralnej dla osób kompulsywnie kupujących. Terapia składa się z 20 spotkań, które odbywają się raz w tygodniu, i poświęcona jest: konfrontacji (przedstawienie modelu klinicznego kompulsywnego kupowania), analizie korzyści i strat wynikających z kompulsywnego kupowania, analizie zniekształceń poznawczych, psychoedukacji i treningowi zapobiegania nawrotom.

Wśród form terapii osób z zaburzeniami kompulsywnymi dominuje terapia indywidualna, niemniej, w zależności od złożoności problemu wykorzystuje się także terapię par (jeśli pierwotnymi przyczynami były problemy w związku), jak również terapię grupową podczas której realizuje się program 12 kroków.

10.3. Internet

Strategie terapeutyczne w odniesieniu do uzależnienia od grania w gry komputerowe czy od internetu są oparte na doświadczeniach i wynikach badań dotyczących pozostałych uzależnień behawioralnych, w tym hazardu. Ponieważ szeroka kategoria uzależnień behawioralnych ma wspólny mianownik w postaci zaburzeń kontroli impulsów i skłonności do kompulsji (Beard i Wolf, 2001; Block, 2008; Shapira, Goldsmith, Keck, Khosla i McElroy, 2000) terapią pierwszego wyboru jest podejście poznawczo-behawioralne, a także podejście oparte na Dialogu Motywującym.

Poza terapią sensu stricto, dostępne są różnorodne grupy samopomocowe – fora internetowe dla rodziców (których dzieci wykazują niepokojące symptomy),

fora internetowe dla osób, które postrzegają u siebie pewne symptomy (choć należy ostrożnie podchodzić do takiego rodzaju forum, aby jego użytkownicy nie rozpoczęli dyskusji na temat gier czy innej aktywności, od której się uzależnili), czy strony internetowe, gdzie można znaleźć rzetelne informacje na temat problemu, wykonać testy służące do samodiagnozy, uzyskać informację na temat form i miejsca terapii (Griffiths, 2008).

Badacze podkreślają, że terapia osób uzależnionych od internetu powinna się skupiać zarówno na czynnikach związanych, jak i nie związanych bezpośrednio z komputerem, np. na rozwijaniu zainteresowań i aktywności poza sferą komputera, co stanowi istotny czynnik obniżający prawdopodobieństwo nawrotów (Griffiths, 2008). Promocja innych (prozdrowotnych) aktywności jest bardzo ważna w przypadku dzieci i młodzieży, ponieważ dotyczy zarówno powrotu do aktywności, które wcześniej sprawiały przyjemność, a zostały zaniechane ze względu na komputer czy internet, ale może także dotyczyć sytuacji, kiedy dziecko/nastolatek nie zna innych rodzajów aktywności (nie uprawiał żadnego sportu, nie grał rekreacyjnie w piłkę, nie chodził na spacer, nie czytał książek poza lekturami szkolnymi, nie spędzał aktywnie czasu z rodzicami). Zwłaszcza w takich sytuacjach nauka alternatywnych aktywności (choćby najprostszych) może okazać się istotnym czynnikiem przeciwdziałającym angażowaniu się w patologiczne użytkowanie komputera i internetu. Interesującą propozycją wydają się obozy przetrwania prowadzone w Chinach i Korei Południowej, których celem jest redukcja uzależnienia poprzez angażowanie młodzieży w aktywność fizyczną i obcowanie z naturą (Griffiths, 2008). Sama idea wzmożonej aktywności fizycznej i zmiany otoczenia (na naturę) wydaje się obiecująca, choć w przypadku opisanych powyżej programów – brakuje danych empirycznych oceniających ich efektywność.

Według Young (2011) jednym z pierwszych kroków w pracy z osobą uzależnioną od internetu jest zrozumienie historii uzależnienia – czy obecna interwencja jest pierwszą, jak długo trwa problem, czy jednostka przejawia także inne zaburzenia (zachowania lub psychiczne). Służy to między innymi zidentyfikowaniu tzw. błędnego koła nawrotów (ang. *Stop-Start-Relapse-Cycle*), polegającego na wielokrotnym zaprzestawianiu i ponownym powracaniu do patologicznego wzorca użytkowania komputera/internetu (Young, 2007). Taki cykl składa się z czterech faz (Young i de Abreu, 2011): fazy racjonalizacji (usprawiedliwiania) negatywnego wpływu, fazy skruchy, fazy abstynencji i fazy nawrotu. W takim przypadku zadaniem terapii jest zidentyfikowanie błędów poznawczych, które pozwalają osobie uzależnionej angażować się w błędne koło (np. „*tylko ten jeden raz*” itd.) i ich analiza.

Według Young (2007) strategie terapii uzależnienia od internetu powinny skupiać się na:

- zmianie sposobu korzystania z internetu, poprzez ograniczenie i kontrolowanie korzystania;
- rozwijaniu umiejętności zarządzania czasem, które pozwolą osobie uzależnionej zreorganizować czas spędzany online (poprzez przełamanie dotychczasowych nawyków);
- rozwijaniu umiejętności ustalania racjonalnych celów dotyczących korzystania z internetu.

W realizacji powyższych zadań mogą być pomocne następujące techniki: ustalenie grafiku czynności do wykonania zanim włączy się komputer (np. wietrzenie pomieszczenia przez 5 minut, wyrzucenie śmieci itp.), ustalenie grafiku przerw (np. co 30 minut przerwa pięciominutowa na zrobienie herbaty albo 10 skłonów), lub przygotowanie karty z negatywnymi konsekwencjami nieprawidłowego korzystania z komputera/ internetu i pozytywnymi konsekwencjami redukcji korzystania (taka karta powinna być widoczna dla jednostki, zwłaszcza gdy spędza czas przy komputerze).

Wyniki badań sugerują, że zdecydowanie lepsze rezultaty terapeutyczne można uzyskać łącząc metody – do najczęściej łączonych metod należy CBT i Dialog Motywujący. Wulfert, Blanchard, Freidenberg i Martell (2006) porównali efekty CMBT (ang. *cognitive motivational behavior therapy*), tj. terapii poznawczo-behawioralnej z elementami wspierania motywacji, z tradycyjnym podejściem CBT i stwierdzili, że po 12 miesiącach od zakończenia terapii, CMBT w dalszym ciągu przynosiło lepsze rezultaty. Kolejnym przykładem aplikacji podejścia CBT i Dialogu Motywującego była terapia opisana przez Rodrigues, Carmona i Martin (2004, za: Young i de Abreu, 2011) – po pierwsze, dzięki analizie funkcjonalnej zidentyfikowali problemy towarzyszące uzależnieniu od internetu, tj. problemy rodzinne, a następnie opisali cztery cele programu: (1) analiza problemu i przygotowanie do zmiany; (2) analiza procesów decyzyjnych i sposobów radzenia sobie z problemami; (3) terapia właściwa – techniki radzenia sobie z sytuacjami wyzwajającymi nadużywanie internetu, zmiana nawyków, i (4) rozwój umiejętności interpersonalnych i umiejętności rozwiązywania problemów. Wynikiem tego rodzaju interwencji była poprawa radzenia sobie z problemami rodzinnymi, a także większa autonomia w działaniu i poszerzanie zainteresowań. Badacze (Du, Jiang i Vance, 2010; Yang i Hao, 2005; Yu, 2005; Yang i Shao, 2005) podkreślają, że terapia wielomodalna, i z włączeniem szkoły (w przypadku dzieci i młodzieży), jest bardziej efektywnym podejściem w terapii uzależnienia od internetu (także od grania w gry online), głównie za sprawą psychospołecznego podłoża zaburzenia, i sugerują, aby

terapia składała się z: (1) terapii grupowej dla młodzieży (CBT); (2) warsztatów dla nauczycieli (psychoedukacja ukierunkowana na rozpoznanie i wczesną interwencję); (3) grupowych warsztatów dla rodziców (także CBT). Du, Jiang i Vance (2010) poszerzyli powyższy program terapeutyczny o zajęcia psychoedukacyjne poświęcone rozwojowi umiejętności komunikacyjnych, kontroli impulsów, i identyfikacji tzw. wyzwalaczy (sytuacji, w których zwiększa się prawdopodobieństwo angażowania się w nieprawidłowe użytkowanie internetu). Program zaproponowany przez Du, Jiang i Vance (2010) składa się z ośmiu 1,5–2 godzinnych sesji w 6–10 osobowych grupach prowadzonych dla młodzieży. Sesje CBT z rodzicami były poświęcone podobnej tematyce – rozpoznawaniu i kontrolowaniu emocji, zasadom komunikacji w rodzinie, zasadom radzenia sobie z zaburzeniem dziecka. Terapia przyniosła satysfakcjonujące efekty w obszarze zwiększonej kontroli afektu i zachowania (Du, Jiang i Vance, 2010).

Jedną z metod terapeutycznych, zaadaptowanych na potrzeby pracy z klientami uzależnionymi od internetu, jest **ustrukturyzowana psychoterapia poznawcza** (ang. *Structured Cognitive Psychotherapy Program*) (Abreu i Goes, za: Young i de Abreu, 2011) przeznaczona dla starszej młodzieży i osób pełnoletnich i prowadzona przez 18 tygodni. Kolejne sesje poświęcone są następującej tematyce:

Faza wstępna:

1. prezentacja programu;
2. analiza korzyści płynących z korzystania z internetu – dyskusja poświęcona tej tematyce ma za zadanie uwydatnić czym jest internet dla każdego uczestnika i nakreślić obraz zaburzenia;
3. konsekwencje, głównie interpersonalne, nadużywania i nieprawidłowego użytkowania internetu;
4. i 5. różnice pomiędzy hobby a przymusem korzystania z internetu – na tym etapie uczestnicy terapii poznają różnice pomiędzy korzystaniem z internetu jako jednej z wielu opcji, a koniecznością czy przymusem, zaczynają także spostrzegać zależności pomiędzy własnym zachowaniem (np. unikaniem problemów) a potrzebą korzystania z internetu.

Faza pośrednia (po zbudowaniu pozytywnej relacji pomiędzy klientami i terapeutą i klientami między sobą można rozpocząć pracę nad problemem uzależnienia):

6. i 7. na czym polega silna potrzeba;
8. analiza korzystania z internetu – podczas trzech kolejnych tygodni

uczestnicy są zachęceni do prowadzenia dzienniczka, który posłuży rekonstrukcji poznawczej, tj. rozpoznawaniu sytuacji. Ponadto, w każdym tygodniu jedna lub dwie osoby opisują swoją sytuację, która staje się sytuacją modelową do ćwiczenia rekonstrukcji poznawczej, asertywności, odgrywania ról itp. przez uczestników terapii.

Od sesji dziewiątej rozpoczyna się praca nad wzorcami zachowań – co można porównać do pracy nad przekonaniem, które leżą u podłoża schematycznych zachowań.

9. rozumienie mechanizmów skłaniających do angażowania się w internet (tzw. wywoływaczy);
10. wprowadzenie techniki linii życia (ang. *life line technique*) – służącej do wizualizacji całego życia (stąd linia życia) i polega na narysowaniu poziomej linii z zaznaczonymi ważnymi okresami w życiu (nad linią) i wydarzeniami i towarzyszącymi im wrażeniami/emocjami (pod linią). Taka wizualizacja pozwala na identyfikację konfliktów lub traumy (trauma nie zawsze rozumiana słownikowo, może oznaczać wydarzenie, które nie miało obiektywnego charakteru traumy, natomiast było bardzo negatywnie konotowane przez klienta).
11. praca nad deficytami;
- 12.–14. praca nad kolejnymi problemami.

Faza końcowa poświęcona jest podtrzymaniu wypracowanych strategii, jak również dalszemu rozwijaniu umiejętności psychospołecznych, których brak wg badaczy leży u podłoża patologicznego używania komputera, m.in. umiejętności radzenia sobie z lękiem społecznym:

15. i 16. aktywności alternatywne;
17. przygotowanie do zakończenia terapii;
18. zakończenie terapii.

Badacze wskazują, że terapia nastolatków nie powinna być odizolowaną formą terapii i że do procesu terapeutycznego należy włączyć także rodziców czy opiekunów – można w tym celu wykorzystać programy służące poprawie umiejętności komunikacyjnych (Barossi, Meira, Goes i Abreu, 2009, za: Young i de Abreu, 2011).

Young i de Abreu (2011) opisali pierwszy model terapii zmodyfikowanej pod kątem potrzeb osób uzależnionych od internetu: **poznawczo-behawioralną terapię uzależnienia od internetu** (ang. *cognitive behavioral therapy–internet addiction, CBT-IA*), do której włączyli elementy terapii redukcji szkód (ang. *harm*

reduction therapy, HRT). Celem terapii jest redukcja symptomów, poprawa kontroli impulsów i praca nad zniekształceniami poznawczymi (Young i de Abreu 2011). Model CBT–IA składa się z trzech faz:

1. modyfikacja zachowania (ang. *Behavior Modification*),
2. rekonstrukcja poznawcza (ang. *Cognitive Reconstruction*),
3. terapia redukcji szkód (HRT).

Celem pierwszej fazy jest zmiana patologicznego zachowania dotyczącego korzystania z internetu i/lub komputera. Skuteczny plan modyfikacji zachowania wypracowuje się poprzez analizę bieżącej sytuacji (np. przy użyciu dzienników), w tym: czasu, miejsca i czynników poprzedzających korzystanie z internetu, rodzaju aktywności online, długości każdej sesji online, jak również towarzyszących im uczuć. Taka analiza pozwala zrozumieć wzorce zachowania (kiedy, w jakich sytuacjach, np. poprzez traktowanie internetu jako strategii ucieczkowej przed problemem lub stresującą sytuacją). Na tej podstawie określa się sytuacje wysokiego ryzyka, jak i cele terapii. Kolejnym krokiem jest zmiana sposobu korzystania z internetu (np. ograniczenia czasowe).

Druga faza CBT–IA służy modyfikacji błędów poznawczych, do których należą: nadmierna generalizacja, selektywne abstrahowanie (pomijanie pewnych przesłanek), wyolbrzymianie, personalizacja, zniekształcony obraz samego siebie, ruminacja, myślenie w kategoriach wszystko–albo–nic (Davis, 2001). Celem drugiej fazy CBT–IA jest ukazanie dysfunkcyjnego charakteru korzystania z internetu – nadmierne korzystanie z internetu jest spowodowane potrzebą unikania pewnych sytuacji i/lub emocji (w świecie realnym). Rekonstrukcja poznawcza pomaga osobie uzależnionej przeanalizować własne emocje, myśli i interpretacje i zweryfikować ich racjonalność. Kolejnym krokiem w rekonstrukcji poznawczej jest uświadomienie konsekwencji negatywnego zachowania – osoba uzależniona ma przygotować listę pięciu istotnych problemów spowodowanych przez uzależnienie od internetu, jak również pięciu korzyści płynących ze zmniejszenia lub całkowitego porzucenia korzystania z internetu. Umiejętność oceny konsekwencji jest istotnym elementem procesu leczenia uzależnień, jak również stanowi pomoc w późniejszej prewencji nawrotów.

Model CBT–IA dotyczy także mechanizmów zaprzeczenia (Young i de Abreu, 2011) – częstych strategii stosowanych przez osoby uzależnione, w tym od internetu. Celem CBT–IA jest przekonanie osoby uzależnionej do przyznania się do posiadania problemu i wzięcia za niego odpowiedzialności.

Celem trzeciej fazy CBT-IA, terapii redukcji szkód, HRT (Marlatt, Blume i Parks, 2001) jest identyfikacja i analiza czynników współwystępujących z uzależnieniem od internetu, np. psychologicznych, sytuacyjnych czy społecznych (co jest to zgodne z psychospołecznym modelem uzależnienia). Ich zidentyfikowanie i praca nad nimi pozwalają obniżyć prawdopodobieństwo nawrotów.

W związku z wysokimi kosztami prowadzenia programów stacjonarnych, przy jednoczesnym niewielkim zagrożeniu dla jednostki i otoczenia, nie ma wielu propozycji takich programów w terapii uzależnienia od internetu, choć do przykładowych należy program reSTART (za: Cash, Rae, Steel i Winkler, 2012) prowadzony w stanie Washington, w Stanach Zjednoczonych. Program ten zakłada detoksykację technologiczną (przez 45 do 90 dni), wraz z terapią poznawczo-behawioralną, terapią opartą o zaangażowanie i akceptację, Dialog Motywujący, techniki *mindfulness* (w prewencji nawrotów i redukcji stresu), psychoterapię grupową i indywidualną, terapię zaburzeń współwystępujących, psychoedukację w zakresie umiejętności psychospołecznych, jak i wsparcie po zakończeniu terapii stacjonarnej. Wstępne wyniki ewaluacji programu wskazują na istotną poprawę w funkcjonowaniu u 74% uczestników (za: Cash, Rae, Steel i Winkler, 2012). Warto zwrócić uwagę, na trzy elementy: po pierwsze, próba była bardzo mało liczna (19 mężczyzn), po drugie, ewaluacja była dokonana tuż po zakończeniu programu (warto przeanalizować wyniki po 3, 6, 12 miesiącach lub dłuższym okresie), po trzecie, program składał się z bardzo szerokiego wachlarza interwencji. Takie podejście jest dość kosztowne i nie wpisuje się w optymalizację zasobów (klienta, terapeuty, instytucji państwowych).

10.4. Cyberseks

W pierwszym etapie pracy z osobą uzależnioną od cyberseksu właściwe jest podejście oparte na redukcji szkód (HR). W początkowej fazie nie poleca się włączenia terapii par, a terapię indywidualną, której celem jest wypracowanie umiejętności komunikacyjnych, umiejętności rozwiązywania problemów i konfliktów, kompetencji społecznych, jak również zdrowych nawyków seksualnych.

W drugim etapie można wprowadzić terapię par, która ma za zadanie pomóc partnerom przezwyciężyć problemy, ale i zreorganizować swój związek. Jest to istotny proces uczenia dla seksoholika (Turner, 2009). Zadaniem terapii jest wypracowanie zdrowych zachowań seksualnych jak i zażyłości zadowalającej oboje partnerów. Terapia par z problemem seksoholizmu wykracza poza typową terapię poznawczo-behawioralną stosowaną w innych uzależnieniach behawioralnych – dodatkowe emocje dotyczą poczucia skrzywdzenia, zdrady, wybaczenia

czy odbudowania zaufania (Turner, 2009). Terapeuta ma za zadanie zapewnić atmosferę otwartości, zaufania i nie oceniania (Turner, 2009).

Young wraz ze współpracownikami (2000) opisała uzależnienia od cyberseksu i implikacje dla terapii par. Zgodnie z modelem ABC za zwiększoną skłonność do angażowania się w zdradę online odpowiadają trzy elementy: anonimowość (która może doprowadzić do coraz odważniejszych rozmów, a w konsekwencji do flirtu czy wirtualnej zdrady), wygoda (różne platformy kontaktu) i ucieczka (od stresu i problemów dnia codziennego). Wirtualne romanse często świadczą o problemach w związku, takich jak trudności w komunikacji czy brak satysfakcji z pożycia, jak również o problemach z dziećmi czy kłopotach finansowych. Wirtualne znajomości pozwalają zaspokoić fantazje związane ze sferą seksualną, która albo była w małżeństwie nieobecna albo została porzucona (angażowanie się w relacje wirtualne jest łatwiejsze niż wspólne z partnerem zmierzenie się z problemami). W psychoterapii par powinno się przede wszystkim pracować nad poprawą komunikacji pomiędzy małżonkami, tak by była ona oparta o otwarty i szczerzy dialog (Young i in., 2000), poprzez:

1. deklarację zaangażowania w rekonstrukcję związku;
2. używanie zwrotu w pierwszej osobie (ja), w celu uniknięcia obwiniania drugiej osoby i w celu komunikowania swoich uczuć i myśli;
3. słuchanie siebie nawzajem ze zrozumieniem (empatia).

Czasem emocje związane z poczuciem zdrady i wstydu są zbyt silne i rozmowa jest trudna. Należy wtedy rozważyć alternatywne rozwiązania, np. pisanie listów lub maili. Pisanie pomaga zdyscyplinować myśli i przekazać je bez obawy, że druga strona będzie przerywała. Osoba uzależniona od internetu (ze szczególnym uwzględnieniem cyberseksu) może wymagać psychoterapii indywidualnej, jak również pomocy ze strony różnego rodzaju grup, np. grupy wsparcia, grupy terapeutycznej czy grupy dla rodzin osób uzależnionych (Griffiths, 2000; Davis, 2001; Dell’Osso, Allen, Altamura, Buoli i Hollander, 2008).

Bibliografia:

- Beard, K. W. i Wolf, E. M. (2001). Modification in the proposed diagnostic criteria for internet addiction. *CyberPsychology Behavior*, 4, 3, 377–383.
- Belotto-Silva, C., Diniz, J., Malavazzi, D., Valério, C., Fossaluza, V., Borcato, S., Seixas, A., Morelli, D., Miguel, E. i Shavitt, R. (2012). Group cognitive-behavioral therapy versus selective serotonin reuptake inhibitors for obsessive-compulsive disorder: A practical clinical trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 1, 25–31.
- Block, J. J. (2008). Issues for DSM-V: internet addiction. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 3, 306–307.
- Boutin, C., Dumont, M., Ladouceur, R. i Montecalvo, P. (2003). Excessive gambling and cognitive therapy. *Clinical Case Studies*, 2, 4, 259–269.
- Cash, H., Rae, C. D., Steel, A. H. i Winkler, A. (2012). Internet addiction: A brief summary of research and practice. *Current Psychiatry Review*, 8(4), 292–298.
- Davis, R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological internet use. *Computers in Human Behavior*, 17(2), 187–195.
- Dell’Osso, B., Allen, A., Altamura, M. C., Buoli, M. i Hollander, E. (2008). Impulsive-compulsive buying disorder: Clinical overview. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(4), 259–266.
- Du, Y., Jiang, W. i Vance, A. (2010). Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioural therapy for Internet addiction in adolescent students in Shanghai. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 2, 129–134.
- Griffiths, M. (2000). Excessive internet use: Implications for sexual behavior. *CyberPsychology Behavior*, 3, 537–552.
- Griffiths, M. (2004). *Gry i hazard. Uzależnienia dzieci w okresie dorastania*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Griffiths, M. (2008). Diagnosis and management of video game addiction. *New Directions in Addiction Treatment and Prevention*, 12, 27–41.
- Hodgins, D. i Peden, N. (2008). Cognitive-behavioral treatment for impulse control disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 31–40.
- Ladouceur, R. i Lachance, S. (2007). *Overcoming Your Pathological Gambling. Workbook*. Oxford Univeristy Press.
- Lelonek-Kuleta, B. (2014). Profilaktyka i terapia patologicznego hazardu inaczej – przykłady krajów zachodnich. Referat wygłoszony podczas Drugiej Międzynarodowej Konferencji nt. patologicznego hazardu i innych uzależnień behawioralnych, Warszawa 25–26.11.2014.

- Marlatt, G. A., Blume, A. W. i Parks, G. A. (2001). Integrating harm reduction therapy and traditional substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33, 1, 13–21.
- Melville, C., Davis, C., Matzenbacher, D. i Clayborne, J. (2004). Node–link mapping–enhanced group treatment for pathological gambling. *Addictive Behaviors*, 29(1), 73–87.
- Miller, W. R. i Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (wyd. 3.). New York, NY: The Guilford Press.
- Mitchell, J., Burgaud, M., Faber, R., Crosby, R. i de Zwaan M. (2006). Cognitive behavioral therapy for compulsive buying disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1859–1865.
- Mueller, A., Mueller, U., Silbermann, A., Reinecker, H., Bleich, S., Mitchell, J. i de Zwaan M. (2008). A randomized, controlled trial of group cognitive–behavioral therapy for compulsive buying disorder: Posttreatment and 6-month follow-up results. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1131–1138.
- Niewiadomska, I., Brzezińska, M. i Lelonek, B. (2005). *Hazard*. Lublin: KUL.
- Shapira, N. A., Goldsmith, T. D., Keck, P. E., Khosla, U. M. i McElroy, S. L. (2000). Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *Journal of Affective Disorders*, 57, 267–272.
- Tavares, H., Lobo, D. S., Fuentes, D., Black, D. W. (2008). Compulsive buying disorder: a review and a case vignette. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 16 – 23.
- Turner, M. (2009). Uncovering and treating sex addiction in couples therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 20, 283–302.
- Wulfert, E., Blanchard, E. B., Freidenberg, B. M. i Martell, R. S. (2006). Retaining pathological gamblers in cognitive behavior therapy through motivational enhancement. *Behavior Modification*, 30, 315–340.
- Yang, F. R. i Hao, W. (2005). The effect of integrated psychosocial intervention on 52 adolescents with internet addiction. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 13, 343–346.
- Yang, R. i Shao, Z. (2005). Comprehensive intervention for internet addiction in middle school students. *Chinese Mental Health Journal*, 19, 457–459.
- Young, K. S. (2007). Cognitive behavioral therapy with internet addicts: Treatment outcomes and implications. *Cyberpsychology Behavior*, 10, 671–679.
- Young, K. S. (2011). CBT–IA: The first treatment model for internet addiction. *Journal of Cognitive Psychotherapy. An International Quarterly*, 25, 4, 304 –312.
- Young, K. S. i de Abreu, C.N. (2011). *Internet addiction – A handbook and guide to evaluation and treatment*. New York.: J. Wiley Sons.

Young, K. S., Griffin-Shelley, E., Cooper, A., O'Mara, J. i Buchanan, J. (2000). Online fidelity: A new dimension in couple relationships with implications for evaluation and treatment. *Sexual Addiction Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 7, 1–2, 59–74.

Yu, Y. Z. (2005). Feasibility of group psychological interventions in ameliorating the internet addictive behavior of teenagers. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation*, 20, 81–83.

Na zakończenie

Celem niniejszej książki był przegląd koncepcji dotyczących charakterystyki uzależnień behawioralnych, ich profilaktyki i terapii. Książka ta nie stanowi podręcznika–przewodnika do zastosowania konkretnego programu terapeutycznego (choć opisuje wybrane podejścia i strategie), ale zawiera wskazówki dotyczące konceptualizacji, pomiaru, pracy profilaktycznej i terapeutycznej z osobami, które mogą przejawiać symptomy uzależnienia.

Implikacje płynące z niniejszego przeglądu można podzielić na trzy obszary: (1) związane ze status quo uzależnień behawioralnych w obszarze definicyjnym, (2) związane z sugestiami w obszarze profilaktyki, i (3) terapii.

Po pierwsze, zagadnienie tzw. uzależnień behawioralnych stanowi w dalszym ciągu relatywnie nowy obszar, który potrzebuje ujednoczenia terminologii, a przede wszystkim definicji – poza zaburzeniem uprawiania hazardu, żadne z omawianych w tej książce uzależnień/zaburzeń nie zostało opisane formalnie (zaburzenie związane z graniem w gry znajduje się w obszarze wymagającym dalszych badań w DSM–V, ale nie zostało formalnie zdefiniowane). Prowadzi to do wielu problemów związanych z badaniami epidemiologicznymi i oszacowaniem rozpowszechnienia poszczególnych zaburzeń – brak jednoznacznie opisanych kryteriów diagnostycznych sprawia, że brak jest wystandaryzowanych narzędzi (kwestionariusz do pomiaru ortoreksji jest w Polsce w fazie badań pilotażowych, natomiast brakuje zwalidowanej wersji kwestionariusza do pomiaru uzależnienia od ćwiczeń).

Po drugie, w związku z szybkim rozwojem technologii i rosnącym niepokojem społecznym (dotyczącym skali problemu uzależniania się od czynności) należy podjąć kroki zakrojone na szeroką skalę w celu obniżenia problemowego użytkowania komputera i internetu, jak również rozpowszechnienia pozostałych form uzależnień behawioralnych. Omawiane formy uzależnienia rozwijają się powoli w warunkach akceptacji społecznej (w przeciwieństwie do konwencjonalnych zachowań problemowych), stąd tym większy nacisk powinien być położony na strategię profilaktyki uniwersalnej, polegającej nie tylko na rozpowszechnianiu informacji, ale także na rozwijaniu umiejętności, które zgodnie z obecnie przyjętym modelem biopsychospołecznym, stanowią istotne korelaty angażowania się w zachowania ryzykowne.

Po trzecie, trwają prace nad dostosowaniem ramowych programów terapeutycznych do potrzeb osób uzależnionych od poszczególnych czynności. Do obecnie stosowanych należą modele oparte na podejściu poznawczo-behawioralnym z elementami Dialogu Motywującego, ale ponieważ poszczególne rodzaje uzależnień mają swoją specyfikę, dostosowanie ramowego programu terapii do konkretnego uzależnienia pozwoli na zoptymalizowanie czasu i środków finansowych (zarówno po stronie klienta, terapeuty jak i instytucji, np. Narodowego Funduszu Zdrowia). Poprzez optymalizację badacze rozumieją zarówno dostosowanie programu, jak i formy dostarczania terapii (w tym tworzenie grup sprofilowanych pod kątem formy uzależnienia). Prace nad adaptacją modeli terapeutycznych będą trwały wiele lat, a w związku z tym niezwykle ważne jest zapewnienie dostępu do wiedzy i materiałów, które mogą posłużyć rozwijaniu umiejętności polskich terapeutów, profilaktyków, lekarzy, nauczycieli, opiekunów i wychowawców placówek socjoterapeutycznych, rodziców oraz studentów kierunków medycznych, psychologicznych i pedagogicznych.

MAGDALENA ROWICKA

UZALEŻNIENIA BEHAVIORALNE *PROFILAKTYKA I TERAPIA*

Magdalena Rowicka – doktor nauk humanistycznych, adiunkt w Instytucie Psychologii Stosowanej Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie, psycholożka, badaczka uzależnień behawioralnych i zachowań kompulsywnych, autorka publikacji w zakresie uzależnień behawioralnych, profilaktyki i terapii, współautorka i realizatorka programów szkoleniowych i profilaktycznych.

Książka szczegółowo charakteryzuje uzależnienia od czynności (m. in. od hazardu, gier online, zakupów, pracy, ćwiczeń fizycznych, opalania się, zdrowego odżywiania) oraz omawia różne podejścia terapeutyczne i strategie profilaktyczne (wraz z przykładami zaadaptowanymi do zaburzeń w poszczególnych obszarach).

Sposób narracji i zakres tematyczny pozwala na traktowanie tej publikacji jako podręcznika przeznaczonego dla profesjonalistów (lekarzy, terapeutów, specjalistów w zakresie profilaktyki) oraz dla studentów kierunków medycznych i społecznych, którzy rozpoczynają pracę z dziećmi, młodzieżą i osobami dorosłymi.

Książka wypełnia lukę w polskim piśmiennictwie na temat uzależnień behawioralnych, umożliwiając poszerzenie wiedzy polskich profesjonalistów-praktyków o doniesienia z najnowszej literatury i badań klinicznych prowadzonych na świecie.



Wydanie publikacji dofinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania
Problemów Hazardowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia