

Bernadeta Lelonek-Kuleta

Katedra Zdrowia Publicznego Instytutu Nauk o Rodzinie i Pracy Socjalnej  
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

## Rozdział 1

# Uzależnienia behawioralne – podstawy teoretyczne

## Wstęp

Czasy, w których żyje współczesny człowiek, obfitują bogactwem możliwości. Można mieć wszystko i robić wszystko, mało jest nieosiągalnych przedmiotów czy działań, jakimi były pomarańcze czy podróże zagraniczne jeszcze kilka dziesiątek lat temu. Nie dziwi zatem dążenie współczesnego człowieka do spróbowania i korzystania ze wszystkiego. Ekstremalny sport, wyszukane potrawy, nowinki technologiczne, Internet, zabawa, zakupy – to wszystko zachęca, pociąga, absorbuje. I nie byłoby w tym nic złego, gdyby nie fakt, że te czynności i przedmioty w obecnych czasach zyskały moc pełnego „wciągania”, wręcz zatracania człowieka, który coraz częściej przestaje mieć nad nimi kontrolę.

Dziś nie dziwi już pojęcie nałogowego żarłoka czy zakupowicza, a stwierdzenie uzależnienia od pracy, telefonu komórkowego czy sportu stało się dość powszechne, czasem nawet waloryzowane („Taki człowiek dojdzie do czegoś!”, „Godny podziwu pasjonat”).

Pojęcie „uzależnienie” zostało precyzyjnie zdefiniowane i oznacza zaburzenie spełniające określone kryteria (m.in. w międzynarodowych klasyfikacjach ICD-10 czy DSM-IV-TR). W świetle definicji z uzależnieniem mamy do czynienia w przypadku kontaktu człowieka z określonego rodzaju substancją chemiczną. Okazuje się jednak, że zostało ono przyswojone także w odniesieniu do nadmiernego i nieprawidłowego kontaktu człowieka z różnymi zachowaniami. Co o tym zdecydowało? Czy tylko prosta intuicja sugerująca bliskie podobieństwo tych dwóch rodzajów zjawisk, czy coś więcej? Poniżej zostaną zaprezentowane podstawy teoretyczne tzw. uzależnień behawioralnych/czynnościowych oraz przykłady koncepcji je wyjaśniających, co pozwoli zrozumieć zmiany zachodzące w człowieku zniewolonym przez zachowanie.

## Zniewolenie czynnościami czy uzależnienie?

Badacze zwracają uwagę na analogie istniejące między tzw. nowymi uzależnieniami (czyli uzależnieniami czynnościowymi) a uzależnieniami od substancji. Na przykład Christine Davidson (2008) zauważa, że w obydwu rodzajach zaburzeń na poziomie biologicznym biorą udział te same neuroprzebieżniki, poza tym skuteczne w ich leczeniu okazują się podobne strategie terapeutyczne, a także oba zaburzenia są chorobami o neurobiopsychospołecznym podłożu. Wskazuje ona na cztery czynniki wyjaśniające rozwój hazardu patologicznego: **neurologiczne** (liczba receptorów), **biologiczne** (brak lub obniżona produkcja neurotransmiterów), **psychologiczne** (cierpienie, doświadczenie traumy itd.), **środowiskowe** (presja społeczna, wysoka wygrana) (Davidson, 2008). Na liczne analogie między tymi dwoma rodzajami zaburzeń wskazują także Valleur i Velea, zwracając uwagę na podobną charakterystykę zachowań, zbliżone subiektywne doświadczenia cierpiących na nie osób oraz analogiczne podejścia terapeutyczne (Valleur, Velea, 2002).

W literaturze zagranicznej (głównie anglojęzycznej) rozróżnieniu pomiędzy uzależnieniami od substancji i od zachowań służy stosowanie pojęć *dependence* i *addiction*. Pierwsze z nich odnosi się do uzależnień od substancji, natomiast drugie pojmowane jest szerzej, odpowiadałoby polskiemu terminowi „nałóg” i obejmowało wszystkie nadmiarowe zachowania (w tym także nadużywanie substancji) (Benguigui, 2009). Jakkolwiek obydwa terminy spotykają się z zarzutami (zbyt duże sprecyzowanie lub zbyt nieookręślenie), generalnie mówiąc o zaburzeniach związanych z nadmiarowymi zachowaniami, zawsze mamy do czynienia z określoną gradacją zachowań, a mianowicie – **używaniem normalnym, nadużywaniem** (DSM-IV), używaniem **szkodliwym** (ICD-10) i **uzależnieniem** (zarówno od substancji, jak i zachowań – DSM-IV i ICD-10), co sugeruje, że poruszamy się po względnie spójnym obszarze zaburzeń.

Pomimo coraz częstszego traktowania tych obu kategorii jako jednego rodzaju (ogólnie – uzależnień), należy zwrócić uwagę na to, że w międzynarodowych klasyfikacjach chorób i zaburzeń istnieje nadal kilka odrębnych kategorii zaburzeń odnoszących się do problemów, które ogólnie określamy uzależnieniami. Ani w klasyfikacji chorób Światowej Organizacji Zdrowia ICD-10, ani w klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV nie wyodrębniono jak dotąd kategorii „uzależnień czynnościowych”. W ICD-10 ujęte zostały:

- zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem środków (substancji) psychoaktywnych (F10-F19);
- zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F50-F59), w tym – zaburzenia odżywiania (F50);
- dysfunkcja seksualna niespowodowana zaburzeniem organicznym ani chorobą somatyczną (F52);

- zaburzenia nawyków i popędów (F63), w tym – patologiczny hazard, patologiczne kradzieże czy patologiczne podpalanie (Pużyński, Wciórka, 2000).

W DSM-IV ujęte zostały:

- zaburzenia seksualne,
- zaburzenia odżywiania,
- zaburzenia kontroli impulsu niesklasyfikowane nigdzie indziej (w tym – patologiczny hazard),
- zaburzenia spowodowane substancjami (Wciórka, 2008).

Problemy związane z używaniem substancji psychoaktywnych posiadają zatem swój status zaburzeń i co się z tym wiąże – ściśle sprecyzowaną terminologię, a przede wszystkim – kryteria diagnostyczne. Diagnostyki w kręgu swoich zainteresowań ujmują również problemy związane z odżywianiem czy zaburzenia życia seksualnego. Spośród wszystkich tzw. uzależnień czynnościowych jedynie patologiczny hazard został wyodrębniony jako jednostka posiadająca kryteria diagnostyczne, co jest wynikiem, ale też wtórnie skutkuje najwcześniej podejmowanymi oraz najbardziej obszernymi badaniami naukowymi nad tym właśnie zaburzeniem (France, 1902; Freud, 1928; Dupouy, Chatagnon, 1929; Bergler, 1936; Custer, 1985)<sup>1</sup>. Mimo tego jednak, specjaliści zajmujący się uzależnieniami także podejmowali i wciąż podejmują próby definiowania i operacjonalizowania zjawisk, z którymi spotykają się na co dzień w swojej pracy. Poszukiwania te nie mają charakteru tylko teoretycznych rozważań, ale są odpowiedzią na istniejące rzeczywście zjawisko oraz jego nasilający się charakter.

## Definiowanie uzależnień czynnościowych

Za twórcę pojęcia „uzależnienie czynnościowe” uważany jest Otto Fenichel, który po raz pierwszy użył go w swoim dziele *The Psychoanalytic Theory of Neurosis* (1945) (za: Benguigui, 2009). Ta rewolucyjna jak na ówczesne czasy idea istnienia uzależnień od czynności była popularyzowana następnie przez Stantoną Peele’a poprzez opublikowanie w 1975 roku książki *Love and addiction*. S. Peele nie podał jednak precyzyjnych kryteriów uzależnienia od czynności.

Za współczesnego twórcę kryteriów uzależnień czynnościowych uważany jest Aviel Goodman (1990). W swojej pracy wykorzystał on kryteria diagnostyczne

<sup>1</sup> Szczególnie istotne są badania prowadzone na zachodzie Europy oraz w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie, realizowane przez specjalnie powołane w tym celu jednostki naukowe, dotyczące zarówno wyjaśniania problemu patologicznego hazardu, ale także – zwłaszcza współcześnie – strategii pomocowych i profilaktycznych obejmujących osoby doświadczające skutków patologicznego hazardu – graczy i ich rodziny (Francja: <http://www.crje.fr/>, Szwajcaria: <http://www.jeu-excessif.ch>, <http://www.grea.ch>, Kanada: <http://gambling.psy.ulaval.ca>, [www.jeuchezlesjeunes.com](http://www.jeuchezlesjeunes.com), [www.problemgambling.ca](http://www.problemgambling.ca), Stany Zjednoczone: <http://www.ncpgambling.org>).

z DSM-III-R odnoszące się do zaburzeń wynikających z nadużywania substancji psychoaktywnych oraz do hazardu patologicznego, a następnie dokonał ich przegrupowania i połączył w jednostkę nozologiczną, którą określił „zaburzenia nałogowe”. Opisał on to zaburzenie (w kontekście uzależnień czynnościowych) jako: „proces, w którym ma miejsce wykonywanie czynności mogącej być źródłem doświadczenia przyjemności lub przynoszącej ulgę w cierpieniu wewnętrznym, który charakteryzuje się powtarzającą utratą kontroli nad tym zachowaniem oraz kontynuowaniem go pomimo negatywnych konsekwencji” (za: Benguigui, 2009).

Zaburzenie nałogowe można rozpoznać według A. Goodmana na podstawie następujących kryteriów:

- A: Niezdolność oparcia się impulsom popychającym do określonego zachowania.
- B: Poczucie narastającego napięcia pojawiającego się tuż przed rozpoczęciem zachowania.
- C: Przyjemność i ulga doświadczane podczas wykonywania zachowania.
- D: Poczucie utraty kontroli podczas wykonywania zachowania.
- E: Obecność przynajmniej pięciu spośród poniższych kryteriów:
  1. Częste zaabsorbowanie zachowaniem lub przygotowywaniem go.
  2. Intensywność i trwanie epizodów zachowania przewyższające znacząco poziom pierwotnie pożądanym.
  3. Powtarzające się bezskuteczne próby ograniczenia, kontrolowania lub zaprzestania zachowania.
  4. Poświęcanie dużej ilości czasu na przygotowywanie zachowania, jego podejmowanie lub powrót do niego.
  5. Częste zaniedbywanie obowiązków zawodowych, szkolnych, akademickich, rodzinnych, społecznych z powodu zachowania.
  6. Poświęcanie aktywności społecznej, zawodowej czy rekreacyjnej na rzecz zachowania.
  7. Kontynuowanie zachowania pomimo świadomości doświadczania lub nasilania się trwałych bądź nawracających problemów o charakterze społecznym, finansowym, psychologicznym, fizycznym.
  8. Wzrost tolerancji: potrzeba zwiększania intensywności lub częstotliwości zachowania, aby osiągnąć pożądanym efekt lub też zmniejszenie nasilenia doznań wywołanych przez zachowania o tej samej intensywności co wcześniej.
  9. Niepokój lub zdenerwowanie w sytuacji uniemożliwiającej podjęcie zachowania.
- F: Niektóre elementy składowe syndromu trwają dłużej niż jeden miesiąc lub powtarzają się na przestrzeni dłuższego okresu (za: Lelonek-Kuleta, 2012).

Podstawowymi wyznacznikami uzależnień czynnościowych według A. Goodmana byłyby zatem: przymus powtarzania określonych czynności zaburzających

w sposób istotny życie wykonującej je osoby, efekt „autoterapeutyczny” (doświadczenie przyjemności lub ucieszenie cierpienia), poczucie braku kontroli nad potwarzanym zachowaniem. Należy w tym miejscu zaznaczyć, iż pomimo dużej popularności na świecie kryteriów A. Goodmana, wykorzystywanych często jako podstawa definiowania uzależnień czynnościowych, nie mają one charakteru oficjalnego narzędzia diagnostycznego.

Badaczem, który opracował własne kryteria uzależnień czynnościowych, nie opierając ich na uznanych międzynarodowych klasyfikacjach zaburzeń, był Marc Griffiths. Autor ten, specjalizujący się m.in. w zagadnieniu patologicznego hazardu, wyodrębnił sześć kryteriów charakteryzujących zależność w szerokim ujęciu (od substancji i czynności). Zaprezentował je w 1997 roku podczas spotkania z okazji 105. rocznicy Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego w Chicago. Kryteria te są następujące:

1. Dominacja – określone zachowanie staje się aktywnością najważniejszą i dominującą w życiu osoby. Dominuje ono w jej myśleniu (zaabsorbowanie i zniekształcenia poznawcze), w jej uczuciach (np. odczucie braku) oraz w jej zachowaniu (zaniedbywanie aktywności społecznej).
2. Zmiana nastroju – stanowi konsekwencję kontynuowania zachowania oraz może być strategią radzenia sobie (podeksycytowanie, poczucie oderwania się).
3. Tolerancja – czas trwania wykonywania zachowania musi wzrastać w celu uzyskania pożądanej satysfakcji.
4. Objawy abstynencyjne – nieprzyjemne odczucia psychiczne (depresyjność, zirytowanie) lub objawy fizyczne (np. drżenie ciała).
5. Konflikty – o charakterze interpersonalnym lub intrapsychoicznym (między pragnieniem, by nie ulec napięciu wywołanemu przez uzależnienie od zachowania, a psychiczną potrzebą poddania się temu zachowaniu).
6. Nawrót – tendencja do powracania do wykonywania zachowania po okresie zaprzestania go lub podejmowanie prób kontrolowania go (Griffiths, 1997).

Zarzutem, z jakim może spotkać się autor tych kryteriów, jest brak „solidnego” odniesienia, jakim w przypadku kryteriów A. Goodmana była klasyfikacja DSM-III-R. Niemniej jednak kryteria te są na tyle ogólnie sformułowane, że z pewnością mogą znaleźć zastosowanie w odniesieniu do wszystkich zaburzeń o charakterze nałogowym.

## Modele wyjaśniające uzależnienia od czynności

Modele wyjaśniające uzależnienia behawioralne najczęściej konstruowane są w oparciu o modele uzależnień od substancji. Istotne jest to, że w obydwu kategoriach obserwuje się te same bądź bardzo zbliżone objawy kluczowe, do których

należą m.in.: poczucie utraty kontroli nad własnym zachowaniem, objawy abstynencyjne, wzrost tolerancji, kontynuowanie zachowania pomimo jego negatywnych konsekwencji w życiu (Rosenthal, Lesieur, 1992). Klinicyści kwestionują jednak stosowanie takich prostych przekładni (Achalu). Według niektórych, modele wyjaśniające uzależnienia chemiczne są zbyt mocno skoncentrowane na substancji (która w uzależnieniach czynnościowych nie występuje). Zakłada się zatem, że modele uzależnień czynnościowych powinny być budowane przede wszystkim na postawie czynników osobowych, w tym cech osobowych, genetycznych, fizjologicznych, indywidualnych predyspozycji do utraty kontroli (impulsywność, kompulsywność), a także czynników środowiskowych, kulturowych, rodzinnych, społecznych (Peele, 1989; *Dependences comportementales. Introduction*).

W nazewnictwie wykorzystywanym w odniesieniu do nałogowych zachowań można znaleźć także odniesienia do kompulsywności, np. kompulsywne zakupy, kompulsywne granie (zwłaszcza wśród członków wspólnot Anonimowych Hazardzistów). Precyzując jednak pojęcia, należy zwrócić uwagę na fakt, iż osobie podejmującej zachowanie nałogowe „przyświeca” konkretny cel – doświadczenie przyjemności, natomiast zachowania kompulsywne z natury swojej są sztywne i stereotypowe oraz „stoi” za nimi lęk, który ma zostać zmniejszony dzięki wykonaniu ich (Brown, 1997, s. 49). Należy zatem oddzielić zaburzenie obsesyjno-kompulsywne i uzależnienie, co zresztą ma miejsce w międzynarodowych klasyfikacjach chorób i zaburzeń DSM i ICD.

Wśród modeli wyjaśniających uzależnienia behawioralne warto zwrócić uwagę na dwa modele „klasyków” w dziedzinie – model Stantona Peele’a oraz nieznanym w Polsce model nadmiernych „apetytów” Jima Orforda.

### **Model Stantona Peele’a**

Podstawową tezę Stantona Peele’a jest twierdzenie, że przyczyną powstania uzależnienia nie jest substancja, ale osobiste doświadczenie jednostki powstałe w kontakcie z nią (Peele, 1975). Twierdzi on, że uzależnienie jest odpowiedzią na uwarunkowaną osobowościowo i społecznie potrzebę doświadczenia określonych doznań czy stanów psychofizjologicznych (*Jak rozumieć uzależnienie?*, 2006). Według autora istotnym czynnikiem chroniącym przed uzależnieniami wszelkiego rodzaju byłoby „uwarunkowanie” społeczeństwa na dążenie ku pozytywnym – konstruktywnym doświadczeniom. Oznaczałoby to, że człowiek miałby na tyle rozbudowany wgląd, samoświadomość i wolność wyboru, a przy tym był w pełni świadomy negatywnych konsekwencji poddawania się nałogowym czynnościom, że w sposób wolny wybierałby zachowania i czynności przynoszące mu prawdziwe korzyści (prozdrowotny styl życia itp.). W modelu tym jest także nawiązanie do rozróżnienia zależności fizycznej i psychicznej. Pierwsza

z nich jest odpowiedzią na działanie substancji psychoaktywnej, niezależną od człowieka, drugi jej rodzaj ma charakter zindywidualizowany i zależy od cech jednostki i charakteru jej interakcji z substancją. Zależność psychiczna byłaby w związku z tym charakteryzowana przez to, jak bardzo ważna jest dla człowieka dana czynność, na ile skoncentrowane jest wokół niej życie oraz czy stała się ona dominującym sposobem radzenia sobie z trudnościami dla osoby. S. Peele uznaje, że uzależnienie jest zatem cechą ludzi, a nie czynników rzekomo je wywołujących. Wychodząc z tego założenia, uzależnić można się od wszystkiego i nie determinuje tego charakter czynnika, od którego osoba jest uzależniona, ale charakter jej samej. Chcąc wyjaśnić uzależnienia, należałoby szukać uwarunkowań środowiskowych i osobowych – niebiologicznych.

Podejście to, przynajmniej w części, znajduje odzwierciedlenie u innych, także polskich, autorów. Na przykład Roman Pomianowski napisał: [uzależnienie jest] „doświadczeniem, które wyrasta z nawykowej reakcji jednostki na coś, co uważa ona za tak gratyfikujące, ważne, że nie może bez tego istnieć” (Pomianowski, 1998, s. 262). Według niego z uzależnieniem mamy do czynienia wtedy, gdy zażywanie określonej substancji lub też wykonywanie pewnego zachowania powoduje szkody w życiu jednostki, a mimo tego nie zaprzestaje ona tych działań, co jest zgodne także z podejściem S. Peele’a.

Niektórzy autorzy jeszcze ściślej rozróżniają uzależnienie fizyczne i psychiczne. Mówiąc o tzw. uzależnieniach psychicznych polegających na patologicznym – ekstremalnym zapotrzebowaniu na określone zachowania (jedzenie, praca, granie hazardowe itd.), zakładają, że ich podłoże ma naturę psychiczną, w odróżnieniu od toksykomanii powstających w oparciu o mechanizmy fizjologiczne (Golińska, 2005; Sęk, 2001).

## Model Jima Orforda

Autorem drugiego, wartego przywołania (mało znanego w Polsce), modelu uzależnień czynnościowych jest Jim Orford, który specjalizując się w uzależnieniu od seksu, sformułował własny model wyjaśniania uzależnień, tzw. *The excessive appetite model of addiction*, w którym pisze on o tzw. *appetitive behaviours* (Orford, 2001). Gdy szuka się adekwatnego polskiego określenia modelu, nasuwa się „model nadmiernego apetytu”, jednak na potrzeby artykułu został on określony, jako „model nadmiernego pożądania”, zakładający istnienie „zachowań pożądających”. J. Orford określa uzależnienie jako zachowanie „nadmiernie pożądające” i w swoich analizach dotyczących tego, w jaki sposób niektóre zachowania mogą stać się nadmierne, odnosi się do rozkładów konsumpcji (lub wykonywania określonych zachowań) opartych na danych statystycznych. Koncentruje się on na następujących czynnikach mających wpływ na charakter i nasilenie danego zachowania, którymi są: *kontrola* i *zniechęcanie*, mechanizm *pozytywnego wzmoc-*

*nienia*, schemat *kognitywny* oraz regulacja *cyklu emocjonalnego* (Orford, 2001). Wszystkie wpływające na charakter zachowania czynniki określa jako pierwszorzędne i drugorzędne, wskazując, że oddziałują one na jednostkę w zróżnicowanych kontekstach socjokulturowych, co modyfikuje ich wpływ. Czynniki te przyczyniają się do wywołania w człowieku tak silnego przywiązania do czynności budzącej pożądanie, że zatracca on w znacznym stopniu zdolność samokontroli, a jego zachowanie nabiera chorobowego charakteru.

Jednym z najbardziej istotnych i również oryginalnych twierdzeń modelu J. Orforda jest to, że zachodząca w człowieka zmiana w kierunku umiarkowania lub zaprzestania zachowania jest *naturalną* konsekwencją rozwoju nadmiernego pożądania. Tym samym, uzależnienie nie wymagałoby leczenia specjalistycznego lub nie wymagałoby go w ogóle, w przeciwieństwie do chorób. Orford twierdzi, że różnego rodzaju zachowania umiejscowione są na kontinuum, którego obydwa krańce charakteryzują się brakiem/ograniczonym wykonywaniem zachowania oraz skrajnym jego nasileniem. Każdy człowiek, który znalazłby się na krańcu kontinuum oznaczającego skrajne nasilenie, prędzej czy później musiałby przenieść się na jego przeciwny kraniec, co oznaczałoby umiarkowanie lub zaprzestanie zachowania. Podejście wydaje się dość oryginalne, autor stara się wyjaśnić szczegółowo, jak dokonują się te naturalne według niego zmiany.

Wychodząc od pojęcia rozkładu częstości, J. Orford odwołuje się do wykresów spożycia alkoholu, które wykazują, że najwięcej osób w populacji charakteryzuje przeciętne „normalne” spożycie alkoholu, a stopniowo zmniejsza się liczba abstynentów lub nałogowców. Autor twierdzi, że wszystkie zachowania mogące wywołać tzw. nadmierne pożądanie (i uzależnienie) będzie charakteryzował rozkład analogiczny. Taki rozkład częstości występowania zjawiska ma postać skośną (autor obrazowo opisuje, że cechuje go istnienie długiego „ogona” reprezentującego mniejszość ludzi zaangażowanych nadmiernie w określone zachowanie). J. Orford w swoim modelu wskazuje na czynniki, które przyczyniają się do powstawania takich właśnie rozkładów konsumpcji. Zostały one omówione poniżej.

### *Kontrola i zniechęcanie*

J. Orford, nawiązując do G. Allporta, twierdzi, że te zachowania, które podlegają kontroli społecznej, najczęściej dają krzywe rozkładów częstotliwości skośne (przykładem może być tu prędkość przejeżdżania skrzyżowania, przed którym znajduje się znak „stop” – większość ludzi będzie zatrzymywała się przed znakiem, a malejący odsetek osób będzie przekraczał skrzyżowanie z coraz większą prędkością lub bez zatrzymania się). Jeżeli taka społeczna kontrola nad zachowaniem jest skuteczna, większość ludzi będzie przestrzegała ogólnie przyjętej normy zachowania, a malejący odsetek będzie się od niej oddalał. J. Orford za G. Allportem nazywa krzywą skośną – krzywą zgodności i twierdzi, że jest ona wyni-



kiem ludzkiej skłonności do podejmowania działań, które są zgodne z przyjętymi normami. Drugim czynnikiem odpowiedzialnym za tak kształtujący się rozkład częstości występowania zjawiska jest zniechęcanie, czyli wszystkie te elementy niepożądane, których człowiek doświadcza w kontakcie z określonym zachowaniem. Autor powołuje się na przykład alkoholu, dla którego czynnikami zniechęcającymi są m.in.: dolegliwości fizyczne po spożyciu alkoholu, krytyka ze strony członków rodziny, zaniedbanie innych, konkurencyjnych działań. W celu wyjaśnienia zatem, dlaczego mały odsetek ludzi oddaje się określonym zachowaniom w stopniu znacznie przekraczającym przyjętą normę, należałoby skoncentrować się na czynnikach (zwłaszcza ich braku) kontrolujących, zniechęcających lub elementach zgodności, odgrywających tu znaczącą rolę. Na potwierdzenie swoich wniosków autor powołuje się na wyniki badań wykazujących, że niekonwencjonalność i niezgodność należą do zmiennych najbardziej predysponujących do podejmowania nałogowych zachowań wśród młodzieży, natomiast odwrotny związek zachodzi między nałogami lub członkami rodziny stanowiącymi autorytet a religijnością (za: Orford, 2001).

#### *Mechanizm pozytywnego wzmocnienia*

Drugi czynnik wyjaśniający skośność rozkładu zachowań nałogowych odnosi się do mechanizmów warunkowania. Mechanizmy te wyjaśniają, jak zachowania nałogowe nasilają się, w odróżnieniu od wcześniejszej próby wyjaśnienia, w jaki sposób są tłumione. Najprościej mówiąc, pozytywne doświadczenia związane z jakąś sytuacją sprawiają, iż człowiek ma tendencję do powtarzania tej sytuacji. Najbardziej odpowiedni do wyjaśnienia tego zjawiska wydaje się model warunkowania instrumentalnego B. Skinnera, szczególnie wykorzystywany w badaniach nad patologicznym hazardem (Valleur, Bucher, 1999). Pisząc o pozytywnym wzmocnieniu związanym z zachowaniem nałogowym, J. Orford podkreśla przede wszystkim znaczenie „nagrody emocjonalnej”, jaką stanowi możliwość regulowania własnych emocji dzięki określonemu zachowaniu nałogowemu. Ujmowanie uzależnień behawioralnych jako „choroby emocji” popularne jest także na gruncie polskim. O mechanizmie nałogowej regulacji uczuć pisali m.in. Jerzy Mellibruda (2006), a także Anna Dodziuk i Leszek Kapler (2007).

J. Orford nawiązuje także do neurobiologicznych sposobów wyjaśniania specyfiki emocjonalnego mechanizmu nagradzającego. Według niego po jednej stronie znajdują się ci badacze, którzy poszukują specyficznych neuroprzekaznikowych systemów i mechanizmów regulacyjnych zaangażowanych w doświadczenie nagrody (np. mezolimbiczny układ dopaminergiczny), z drugiej natomiast ci, według których istotną rolę w tym doświadczeniu odgrywają liczne formy nerwowego przekazywania, w tym serotoninerdycznego, opioiderdycznego, noradrenergicznego i cholinergicznego. Na przykład H. Ashton i J. Golding piszą

o „misternie tkanych wzorach motywacji” zaangażowanych w używanie nikotyny. Według nich nikotyna może równocześnie oddziaływać na wszystkie najważniejsze funkcjonalne systemy regulujące zachowanie, w tym te odpowiedzialne za nagradzanie, pobudzenie, uczenie się i pamięć, kontrolę bólu i łagodzenia stanów przykrych (za: Orford, 2001). W związku z tym nagroda w uzależnieniach nie musi być ściśle sprecyzowanym pojęciem, ale jej charakter zależy od cech osobowych jednostki, a także jej kontekstu społecznego, na co nie zawsze zwraca się uwagę. Przykładowo, inną nagrodę emocjonalną otrzymują zażywający opiaty mieszkańcy slumsów, a inną – uzależnieni od nich lekarze, nie mówiąc już o różnego rodzaju nagrodach płynących chociażby z grania hazardowego.

J. Orford wskazuje także na model warunkowania klasycznego Pawłowa, jako bardzo istotny w wyjaśnianiu zachowań nałogowych. Twierdzi on, że model ten pozwala wyjaśnić, w jaki sposób czynniki, które same w sobie nie mają zdolności do wywoływania nagradzających efektów, mogą stać się bodźcami warunkowymi, a tym samym – prowadzić do rozwoju nałogowego zachowania.

### *Schemat kognitywny*

Kolejnym elementem w wyjaśnianiu przez J. Orforda zachowań nałogowych są tzw. schematy poznawcze. Odnoszą się one przede wszystkim do procesów pamięciowych, za pomocą których u osoby uzależnionej powstaje bardzo silna „pamięć emocjonalna” rozmaitych elementów związanych z czynnością nałogową. Dotyczy to nie tylko pojedynczego wspomnienia, np. uczucia przyjemności, ale złożonego „schematu” pamięci, którego uruchomienie odpowiada za doświadczenie „głodu” tej czynności. Taki właśnie zintegrowany system lub schemat elementów zapewnia siłę motywującą do kontynuowania nałogowego zachowania.

### *Wtórne procesy wzmacniające*

W swoim modelu J. Orford wskazuje na dodatkowy czynnik wzmacniający nadmierne przywiązywanie osoby do danej czynności. W odróżnieniu od opisanych wcześniej czynników (warunkowanie, procesy kognitywne itd.), określił je procesami „wtórnymi”. Należy tutaj tzw. nabyty drugorzędny cykl emocjonalnej regulacji. Najprościej wyjaśnić go można na przykładzie patologicznego hazardu. W przypadku hazardu pierwszorzędny czynnikiem wzmacniającym jest z pewnością nagroda finansowa oraz doświadczenie różnego rodzaju pozytywnych emocji. Okazuje się jednak, że istnieje wiele innych czynników odpowiadających za nasilenie zachowań związanych z graniem. Gracze wskazują tu m.in. na potrzebę „odgrywania się” czy doświadczenie bardzo silnych negatywnych emocji związanych ze stratą, które pobudzają do dalszego grania i odzyskania jej (Chevalier i in., 2003). W tym przypadku odgrywanie się jest traktowane jak wtórny wzmacniający

proces, którego pojawienie się warunkuje powstanie tak silnego napędu w kierunku nadmiarowego zachowania, że nie są go w stanie powstrzymać ani elementy kontroli społecznej, ani czynniki zniechęcające. Innym wtórnym procesem wzmacniającym, na który wskazuje J. Orford, jest tzw. „efekt naruszenia abstynencji” (AVE), zjawisko opisane najwcześniej przez C. Cummingsa, J.R. Gordona i G.A. Marlatta w 1980 roku w odniesieniu do nadmiernego spożywania alkoholu (za: Orford, 2001). Zjawisko to obejmuje bardzo silne doświadczenie negatywnych emocji na skutek naruszenia abstynencji, rodzące poczucie beznadziei i bezradności, które skutkuje wzmożonym napędem do wykonania nałogowego zachowania.

### *Zdrowienie jako naturalny proces*

Podsumowującą, a zarazem najbardziej znaczącą częścią modelu J. Orforda jest jego stosunek do procesu zdrowienia. Tak jak już wcześniej wspomniano, dla J. Orforda proces zdrowienia stanowi całkowicie naturalną konsekwencję istnienia uzależnienia. Wychodzi on z założenia, że doświadczanie uzależnienia jest dla człowieka źródłem silnego dysonansu. Naturalne jest dążenie do redukcji dysonansu poprzez modyfikację własnego zachowania w kierunku większej zgodności z innymi własnymi potrzebami, wartościami i postawami, a także oczekiwaniami innych osób – bliskich, rodziny, przyjaciół. Modyfikacja ta siłą rzeczy musi zachodzić w kierunku umiarkowania lub wstrzeźliwości. Nie jest konieczne do tego, według autora, specjalistyczne leczenie, ale wnikliwa obserwacja świata i kontekstów, w jakich odbywa się naturalne zdrowienie osoby uzależnionej. J. Orford posuwa się wręcz do stwierdzenia, że poszukiwanie specyficznych i najlepszych technik leczenia jest z góry skazane na porażkę. Powołuje się na liczne przykłady badań, których wyniki wykazywały, że skuteczność formalnych i nieformalnych technik leczenia bądź samowyleczenia jest zazwyczaj jednakowa. Podobnie zbliżony jest odsetek nawrotów w uzależnieniach bez względu na drogę do abstynencji. Autor podkreśla, że leczenie odbywa się zawsze w określonym kontekście, w którym dokonują się pewne niespecyficzne procesy prowadzące do wyzdrowienia. Skłania się on bardziej ku dostrzeżeniu i docenieniu obszarów zaniedbanych w leczeniu uzależnień – duchowego, moralnego i społecznego, nawiązując do słów Leslie Drew (1990): „Stworzyliśmy bio-psycho-społeczny model uzależnienia od narkotyków, który wyklucza istotę ludzkiej egzystencji – możliwości, wolność wyboru i centralny system wartości”. Orford stwierdza nawet, iż proces zdrowienia z uzależnień jest bliższy procesowi „odnowy moralnej” lub „moralnego odejścia od dewiacji” i można mówić o nim w kategoriach „silnej woli” (Orford, 2001, s. 27).

Podejście takie może budzić kontrowersje, zwłaszcza w kontekście bardzo daleko zaawansowanych aktualnie badań neurobiologicznych, w których poszukiwane są „namacalne” przyczyny uzależnień, niemniej jednak model „nadmiernych

apetytów” wnosi cenne obserwacje do wciąż budującej się nauki o uzależnieniach behawioralnych.

Prezentując modele uzależnień czynnościowych, nie sposób pominąć wyjaśniania w nurcie neurobiologicznym, który aktualnie bardzo dynamicznie się rozwija.

### **Model neurobiologiczny**

Wyjaśnienia na gruncie neurobiologii koncentrują się na mezolimbicznym układzie nagrody w mózgu (mezolimbiczny system dopaminowy), stanowiącym poniekąd ludzki „napęd do działania”, regulując m.in. doświadczanie przyjemności, nastrój, uwagę, aktywność poznawczą i pamięć. Wyjść należy od tego, że wszystkie czynności sprawiające człowiekowi przyjemność powodują podniesienie poziomu dopaminy w układzie nerwowym (mającej działanie nagradzające – poprzez wywołanie uczucia przyjemności), i to samo ma miejsce w przypadku czynności i substancji, od których ludzie uzależniają się (Magalon, 2012). Zwolennicy tego podejścia twierdzą, że na poziomie biologicznym nie ma żadnych różnic pomiędzy osobami uzależnionymi od substancji chemicznych i od zachowań, a każde uzależnienie jest chorobą układu nagrody (Vetulani, 2009).

Badania potwierdzają, że osoby uzależnione mają zbyt niski poziom dopaminy w układzie nerwowym bądź też receptory dopaminowe (czyli odbierające sygnał o odczuwaniu przyjemności) są niewydolne lub jest ich mniej. Poza tym stałe doświadczenie nagradzające (nałogowe zachowanie) powoduje przyzwyczajanie się organizmu do podwyższonego poziomu neuroprzekazników odpowiedzialnych za przyjemność (oprócz dopaminy jest to także m.in. kwas glutaminowy), co powoduje powstanie tolerancji sprawiającej, że konieczne jest ciągłe nasilanie zachowania w celu doświadczania początkowej przyjemności (Vetulani, 2009).

Neurony dopaminowe biorące udział w powstawaniu uzależnienia umiejscowione są w polu brzusznej nakrywki (śródmózgowie), jądrze półleżącym (system limbiczny) i korze przedczołowej. Pole brzuszne nakrywki łączy się zarówno z systemem limbicznym (odpowiedzialnym m.in. za emocje), jak i korą mózgową (odpowiedzialną m.in. za racjonalne myślenie). System limbiczny obejmuje wspomniane już jądro półleżące stanowiące pierwotny obszar przyjemności, jądra migdałowe odpowiedzialne m.in. za odczuwanie pierwotnych emocji oraz hipokamp – odpowiedzialny za konsolidację śladów pamięciowych (pamięć). Struktury te wspólnie „przyczyniają się” do powstania tzw. pamięci przyjemności, czyli trwałego zapisu w mózgu śladu bodźca, który był źródłem przyjemności (im częściej ta przyjemność jest wywoływana, tym szybsze zapisywanie śladu). W. Lowenstein wyjaśnia zjawisko nawrotów w taki sposób, że człowiek nawet po wielu latach reaguje silnymi emocjami na sytuację/bodziec wyzwalający przyjemne uczucie

i pragnie ponownego doświadczenia pierwotnej przyjemności przez kontakt z wywołującym je bodźcem (Lowenstein, 2005).

Przedstawiciele nurtu neurobiologicznego wyznają zupełnie przeciwne przekonanie dotyczące leczenia uzależnień niż J. Orford. Według nich uzależnienie jest rzeczywistą chorobą (a nie objawem słabości człowieka), która polega na tym, iż mózg nie jest w stanie samoistnie powrócić do stanu sprzed rozwoju uzależnienia. Powrót do funkcjonowania bez nałogu jest możliwy tylko przy udziale specjalistycznej pomocy, o czym przekonany jest m.in. W. Lowenstein (2005).

## Zakończenie

Przywołanie kilku różnych modeli będących próbą wyjaśnienia uzależnień czynnościowych pokazuje, że droga do ich zrozumienia jest jeszcze daleka. Przede wszystkim dominują skrajnie przeciwstawne stanowiska, często wzajemnie wykluczające się, co sprawia, że trudno zbudować w oparciu o nie jedną spójną teorię. Być może jest tak, jak pisał J. Orford o leczeniu, iż próba znalezienia jednego precyzyjnego sposobu wyjaśniania uzależnień czynnościowych jest skazana z góry na porażkę. Wielu autorów, także na gruncie polskim, zgadza się ze stanowiskiem mówiącym, że przyczyny uzależnień czynnościowych są wielowymiarowe i nie istnieje jeden czynnik wyjaśniający je (Augustynek, 2011; Ogińska-Bulik, 2010; Woronowicz, 2009). Z pewnością zasadne jest podejmowanie prób zrozumienia istoty uzależnień czynnościowych nie tylko ze względu na naukową ciekawość, ale przede wszystkim niesienie pomocy ludziom, którzy cierpią z powodu ich doświadczania. Tak jak miało to miejsce w przypadku patologicznego hazardu, kiedy duże zainteresowanie badaczy tym problemem i liczne badania poskutkowały stosunkowo już dobrze rozwiniętą ofertą pomocową dla nałogowych hazardzistów i ich bliskich, można przypuszczać, że podobnie będą skutkowały dalsze poszukiwania w obszarze kolejnych uzależnień behawioralnych.

## Bibliografia

- Achalu E. *The self-medication hypothesis: A review of the two major theories and the research evidence*. Dostęp online 29.06.2012: <http://self-med-hypothesis.tripod.com/id1.html>.
- Augustynek A. (2011). *Jak walczyć z uzależnieniami?* Warszawa: Difin.
- Benguigui J. (2009). *La cyberdependance: Données de la littérature et résultats d'une étude sur 48 cas*, These pour la doctorat en medecine, Université Paris 7 – Denis Diderot. Dostęp online 17.03.2012: <http://www.bichat-larib.com>.
- Bergler E. (1936). *On the psychology of the gambler*, „American Imago”, 22, s. 409-441.
- Brown I. (1997). *A theoretical model of the behavioural addictions – Applied to offending*. W: J.E. Hodge, M. McMurrin, C.R. Hollin (red.). *Addicted to Crime?* Chichester (R.-U.): John Wiley, s. 13-65.

- Chevalier S., Geoffrion C., Audet C., Papineau É., Kimpton M.-A. (2003). *Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Rapport 8 – Le point de vue des usagers*, Montréal, Institut National de Santé Publique au Québec. Dostęp online 20.04.2008: <http://www.inspq.qc.ca>.
- Custer R. (1985). *When luck runs out: Help for compulsive gamblers and their families*. New York: Facts on File.
- Davidson Ch. (2008). *Cyberdépendance – les multifacettes du jeu*. Forum drogues et autres dependes, 03.09.2008, s. 1-35.
- Dependences comportementales. Introduction*, l'Institut ontarien du jeu problématique de Centre for Addiction and Mental Health CAMH. Dostęp online 20.04.2012: <http://www.problemgambling.ca/FR/Documents/D%C3%A9pendancescomportementales-introduction.pdf>.
- Dodziuk A., Kapler L. (2007). *Nalógowy człowiek*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Drew L.R.H. (1990). *Facts we don't want to face*. „Drug and Alcohol Review”, 9, s. 207-210.
- Dupouy R., Chatagnon P. (1929) *Le joueur. Esquisse psychologique*. „Annales Médico-Psychologiques”, 12, s. 102-112.
- France C.J. (1902). *The gambling impulse*. „American Journal of Psychology”, 12, s. 364-407.
- Freud S. (1928). *Dostojewski und die Vätertötung. – Die Urgestalt der Brüder Karamasoff*, München: Hrsg. von René Fülöp-Millerund, Fritz Eckstein.
- Golińska L. (2005). *Pracoholizm – uzależnienie czy pasja*. Warszawa: Difin.
- Goodman A. (1990). *Addiction: definition and implications*. „British Journal of Addiction”, 85, s. 1403-1408.
- Griffiths M. (1997). *Does internet and computer addiction exist? Some case study evidence*, Dokument zaprezentowany podczas spotkania z okazji 105. rocznicy Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego w Chicago.
- Jak rozumieć uzależnienie? Koncepcja Stanton'a Peele'a* (2006). „Świat Problemów”, 10/165, s. 4-6.
- Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR* (2008). J. Wciórka (red. wyd. pol.). Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Lelonek-Kuleta B. (2012). *Uzależnienie od czynności – zdefiniowanie pojęcia, specyfika problemu oraz kierunki diagnoz*. „Serwis informacyjny NARKOMANIA”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 1 (57), s. 13-18.
- Lowenstein W. (2005). *Ces dépendances qui nous gouvernent. Comment s'en libérer?* Paris: Calmann-lévy.
- Magalon D. (2012). *Le Jeu Pathologique: Prise en charge médicale*, Wykład wygłoszony podczas konferencji szkoleniowej „Diagnoza i terapia patologicznego hazardu” organizowanej przez Fundację Zależni-Nie-Zależni, 10-12 maja 2012.
- Mellibruda J. (2006). *Integracyjna psychoterapia uzależnień*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Ogińska-Bulik N. (2010). *Uzależnienie od czynności. Mit czy rzeczywistość?* Warszawa: Difin.
- Orford J. (2001). *Conceptualizing addiction. Addiction as excessive appetite*, „Addiction”, 96, s. 15-31. Dostęp online 10.07.2012: <http://people.uncw.edu/noeln/Articles/Orford.pdf>.
- Peele S. (1989). *Diseasing of America: Addiction Treatment Out of Control*. Lanham (Maryland): Lexington.

- Peele S., Brodsky A. (1975). *Love and addiction*. New York: Taplinger.
- Pomianowski R. (1998). *Uzależnienie współczesną wersją „ucieczki od wolności”*. W: J. Miluska (red.). *Psychologia rozwiązywania problemów społecznych*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humianora, s. 260-291.
- Pużyński S., Wciórka J. (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Rosenthal R., Lesieur H. (1992). *Self-reported withdrawal symptoms and pathological gambling*. „The American Journal on Addictions”, 1, s. 150-154.
- Sęk H. (2001). *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Valleur M., Bucher C. (1999). *Le jeu pathologique*. Paris: Presses Universitaires de France. Dostęp online 18.07.2005: <http://www.psydoc-.fr.broca.inserm.fr>.
- Valleur M., Velea D. (2002). *Les addictions sans drogue(s)*, „Revue toxibase”, 6.
- Vetulani J. (2009). *Uzależnieni od przyjemności*. „Wiedza i Życie”. Dostęp online 10.05.2012: [www.wiz.pl](http://www.wiz.pl).
- Woronowicz B. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Warszawa, Poznań: PARPAMEDIA, Media Rodzina.