

Andrzej Augustynek

Uzależnienie od czynności

Można uzależnić się praktycznie od wszystkiego (alkoholu, nikotyny, kawy, herbaty, narkotyków, lekarstw, a także od kosmetyków, operacji plastycznych, czekolady, pracy, seksu, hazardu, telewizji, komputera, Internetu, szachów i wielu innych). Sfrustrowany człowiek poszukuje sposobów aby oderwać się myślami, choćby na chwilę, od przykrych wydarzeń dnia codziennego.

O ile na temat uzależnienia od alkoholu czy innych środków psychoaktywnych opublikowano wiele znaczących prac naukowych to stosunkowo niewiele jest pozycji traktujących o uzależnieniach od czynności. Brakuje wiedzy dotyczącej czynników sprzyjających ich rozwojowi oraz mechanizmów warunkujących ich powstanie oraz przebieg. Nie opracowano skutecznych i równocześnie specyficznych metod profilaktyki i leczenia, a wiedza i poglądy na ten temat są ciągle fragmentaryczne i pełne sprzeczności. Pierwszym uzależnieniem czynnościowym, które znalazło się w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych był patologiczny hazard. Natomiast bardzo rozpowszechnionymi są uzależnienia komputerowe. W portalu www.psychologia.net.pl znajduje się już moje opracowanie na ten temat. Dlatego w tym artykule nie powracam do tego tematu.

1. HAZARD

Słowo **hazard** wywodzi się z języka arabskiego i oznacza kostkę do gry lub grę w kości. W potocznym rozumieniu hazard pojmuje się jako ryzykowne przedsięwzięcie (ryzykowanie), którego wynik zależy głównie od przypadku lub grę o pieniądze. Hazard był znany już w starożytności. Jego popularność w ostatnich dekadach znacznie wzrosła. Przyczyniła się do tego legalizacja hazardu w USA (1931 rok) i dynamiczny rozwój światowej stolicy hazardu Las Vegas. Najwięcej grających jest w USA. 82% dorosłych Amerykanów bierze udział w grach losowych, a obrót kasyn w roku 2009 oszacowano na ponad 64 miliardów dolarów. Z danych National Council on Problem Gambling (Woronowicz 2009) wynika, że w roku 2003 około 2 milionów dorosłych obywateli USA (około 1% społeczeństwa) spełniało kryteria patologicznego hazardu. Dla 4-6 milionów (2-3%) hazard stanowi poważny problem, a kolejne 8 milionów jest zagrożone tym problemem. 24% badanych miało pierwszy kontakt z hazardem jeszcze przed 18 - rokiem życia. 11% amerykańców w wieku poniżej 20 lat gra hazardowo dwa i więcej razy w tygodniu. Wyższy odsetek uzależnionych (nawet dziesięciokrotnie), w porównaniu z ogólną populacją, obserwuje się w grupie amerykańskich weteranów wojennych.

W klasyfikacji popularności hazardu drugie miejsce zajmuje Europa, a najwięcej na gry hazardowe wydają Francuzi - 2,5 miliarda euro, w dalszej kolejności Niemcy i Brytyjczycy (po ok. 1 miliarda). Do najbardziej popularnych form hazardu należą w Europie różnego typu losowe gry liczbowe (np. totolotek), loterie (zwłaszcza telefoniczne), automaty do gry (tzw. jednoręcy: bandyci), bingo, ruletka, gra w karty (głównie poker i black jack) oraz w kości, wyścigi konni i psów, zakłady bukmacherskie. Za formę hazardu uważane jest także inwestowanie na giełdzie, konkursy audiotele, a nawet tzw. zdrapki.

Gry hazardowe są dostępne także w Internecie. Przykładowo tylko w Polsce gra około 1 miliona internautów, którzy wydają na ten cel ponad 10 milionów złotych miesięcznie. W naszym kraju problem patologicznego hazardu dotyczy w przybliżeniu 3% populacji czyli około 120 000 osób (Woronowicz, 2009).

E-hazard ma szereg sprzyjających uzależnieniu cech: stwarza uczestnikom poczucie anonimowości, daje stały i niekontrolowany dostęp do kasyn internetowych (także dla dzieci i młodzieży), nie ma ograniczenia czasowego. Strukturę polskiego rynku gier i zakładów bukmacherskich w roku 2004 przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela nr. 1

Struktura polskiego rynku gier i zakładów wzajemnych w roku 2004

Gry liczbowe	45,6%
Kasyna	18,2%
Salony gier na automatach	14,8%
Zakłady wzajemne bukmacherskie	12,3%
Punkty gier na automatach o niskich wygranych	6,6%
Loterie pieniężne	2,2%
Salony gry w bingo	0,3%

Źródło: Ogińska – Bulik (2010)

Według Custera (1980) patologiczny, kompulsywny hazard jest destrukcyjnym, niebezpiecznym i potencjalnie śmiertelnym zaburzeniem. Kompulsywni hazardziści to ludzie, którzy utracili kontrolę nad swoim zachowaniem. Hazard jest najważniejszą rzeczą w ich życiu, jest postępującą chorobą, która okalecza każdy aspekt życia hazardzisty. W miarę jak kontynuują uprawianie hazardu, ich rodziny, przyjaciele i pracodawcy stają się negatywnie tym dotknięci. W dodatku, kompulsywni hazardziści mogą angażować się w takie działania jak kradzieże, kłamstwa, defraudacje, które są niezgodne z ich moralnymi standardami.

Kompulsywni hazardziści nie mogą przestać grać bez względu na to, jak bardzo by chcieli lub jak bardzo próbowali.

O uzależnieniu od hazardu mówimy wówczas, kiedy jego uprawianie powoduje różne życiowe problemy, a osoba dotknięta nim, pomimo tych problemów, nie przestaje grać.

Custer (1980) opisał sześć typów hazardzistów:

- I. **gracze profesjonalni** – wypełniają swoje życie graniem, które staje się ich zawodem, mają duże umiejętności w tym zakresie; kontrolują zarówno ilość pieniędzy wydawanych na hazard, jak też czas poświęcany na grę; charakteryzuje ich również cierpliwe czekanie na najlepszą okazję wygranej, nie rozpoznaje się u nich cech uzależnienia od hazardu;
- II. **gracze antyspołeczni** - wykorzystują nielegalny hazard jako sposób zdobycia pieniędzy: często bywają uwikłani w ustawianie zakładów lub granie fałszywymi kośćmi lub znakowanymi kartami, także nie są to nałogowcy;
- III. **gracze okazjonalni** - uprawiają hazard w celach rekreacyjnych, towarzyskich i rozrywkowych; gra jest dla nich formą odpoczynku, dlatego nie oddziałuje negatywnie na obowiązki rodzinne, społeczne czy zawodowe;
- IV. **gracze hobbystyczni** – inwestują wiele czasu w gry, które są głównie formą relaksu i rozrywki; takie osoby sytuują hazard w hierarchii ważności zaraz po rodzinie i pracy, często hazard dla nich staje się nałogiem;
- V. **gracze ucieczkowi** – uprawiają hazard, by poczuć ulgę i uciec od lęku, depresji, złości, nudy czy osamotnienia; gry losowe stanowią dla nich rodzaj „środka przeciwbólowego czy euforycznego”; czasami ich nałóg porównywany jest z uzależnieniem ucieczkowych alkoholików;
- VI. **gracze kompulsywni** – to ludzie, którzy utracili kontrolę nad swoimi zachowaniami; hazard jest dla nich najważniejszą sprawą w życiu; nałogowe granie to postępujące uzależnienie, które wywołuje szkody we wszystkich sferach życia, jak również w życiu bliskich; uzależnieni gracze nie mogą przerwać uprawiania hazardu, niezależnie od tego, jak bardzo tego pragną.

Patologiczny hazard (hazard przymusowy) został uwzględniony w ICD-X - rozdział piąty *Psychiczne i zaburzenia zachowania*, w podrozdziale *Zaburzenia nawyków i popędów*. Znajdujemy tam następującą definicję hazardu: „jest to zaburzenie, które polega na często powtarzającym się uprawianiu hazardu, który przeważa w życiu człowieka ze szkodą dla zobowiązań społecznych, zawodowych, materialnych i rodzinnych”.

Motywy do uprawiania patologicznego hazardu jest potrzeba przeżywania silnego napięcia, jakie pojawia się podczas gry. Wygrana zwiększa poczucie mocy i popycha do

dalszej gry. Przegrana powoduje chęć odegrania się, a to z kolei stymuluje do dalszej gry, mimo strat, jakie ona przynosi.

Paradoksalne jest to, że wielu hazardzistów jest bardziej usatysfakcjonowanych z przegranej niż wygranej, bowiem przegrana zmusza ich do odgrywania się i uzasadnia dalszą grę, a tym samym umożliwia nieprzerwane przeżywanie stanów silnego napięcia psychicznego (Woronowicz 2009).

Robinson i Berridge (2001) **stwierdzili, że hazard uzależnia człowieka w tym samym stopniu i w podobny sposób jak substancje psychoaktywne.** Hazardzista, mimo racjonalnych przesłanek do zaprzestania gry o pieniądze, gra dalej, a gdy to mu się uniemożliwi, odczuwa objawy zespołu abstynencyjnego. Każdy hazardzista musi pamiętać, że nawet po wielu latach przerwy w kontakcie z czynnikiem uzależniającym w tym przypadku hazardem ponowne wykonanie czynności, od której organizm jest uzależniony przywraca pełne objawy nałogu.

Z opublikowanych w 2000 roku badań (Woronowicz 2009) wynika, że problem patologicznego hazardu w Stanach Zjednoczonych dotyczy ok. 2,5 do 3,5 mln osób dorosłych oraz ok. 1,1 mln osób w wieku dojrzewania. Osoby te, w porównaniu z ogólną populacją, częściej palą tytoń i częściej nadużywają alkoholu.

Najbardziej uzależniającymi spośród gier hazardowych są: automaty do gry, bingo, ruletka, poker, Black Jack, różne odmiany totolotka, wyścigi konne oraz gonitwy psów. Gry hazardowe zadomowiły się też w Internecie, gdzie można grać, korzystając z karty kredytowej.

Tak jak każde uzależnienie, patologiczny hazard rozwija się w kilku fazach (Petry 2005):

- faza zwycięstw (granie okazjonalne, fantazjowanie na temat wielkich wygranych, coraz częstsze ryzykowanie rosnących kwot),
- faza strat (mimo przegranych i rosnących długów u hazardzisty występuje chęć odegrania się),
- faza desperacji (narastające długi powodują panikę; presja wierzycieli popycha często ku przestępstwom, zaciąganiu kredytów i pożyczek zwykle na lichwiarskich warunkach),
- faza utraty nadziei (dominuje u hazardzisty poczucie beznadziejności, ma on tendencje do działań autodestrukcyjnych).

W ostatnich latach hazardziści coraz częściej przenoszą się do wirtualnej rzeczywistości. Dzięki Internetowi mogą realizować swój nałóg, nie wychodząc z domu. LaBrie i współpracownicy (2008) na podstawie analizy informacji przedstawionych przez

urzędy fiskalne w USA udokumentowali fakt dużego wzrostu obrotów kasyn internetowych kosztem kasyn tradycyjnych. Ich zdaniem osoby uzależnione od ruletki, automatów lub pokera coraz częściej przenoszą się w świat wirtualnego hazardu.

Do podobnych wniosków doszł Griffiths (2003), którzy wykazał, że liczba osób uzależnionych od hazardu i zgłaszających się na terapię w USA nie zmieniła się w ostatnich latach. Natomiast zmienia się ich struktura. Maleje liczba osób nałogowo uprawiających hazard w kasynach, zwiększa się ilość hazardzistów internetowych grających samotni.

Osoby uzależnione od hazardu mogą szukać pomocy u specjalistów od innych uzależnień, a także pomocy w grupach samopomocowych. W Polsce funkcjonują grupy anonimowych hazardzistów, których celem jest udzielanie wsparcia osobom uzależnionym od hazardu. W przeważającej ilości przypadków na terapię hazardziści zgłaszają się dopiero wtedy gdy ich sytuacja materialna staje się tragiczna, niestety najczęściej w sposób nieodwracalny gdyż do końca swojego życia nie mają szans na spłacenie długów. Zagadnieniem motywów podejmowania leczenia przez hazardzistów zajęli się między innymi Chevalier i Griffiths (2004) – Tabela nr. 2

Tabela nr 2

Motywy podjęcia terapii przez hazardzistów

Motywy przystąpienia do leczenia	
Czynniki wewnętrzne	Czynniki zewnętrzne
myśli samobójcze	narastające problemy finansowe
wstyd	presja bliskich
utrata szacunku do samego siebie	dotkliwa przegrana podczas ostatniej gry
potrzeba poprawy samooceny	problemy z pracodawcą
problemy ze zdrowiem fizycznym będące efektem przedłużającego się stresu	kłopoty z wymiarem sprawiedliwości
zaburzenia depresyjno - lękowe o charakterze reaktywnym	konieczność uregulowania długów
strach przed utratą „wszystkiego”	

*Źródło: opracowanie własne

Motywy te z kolei przekładały się na wyrażane przez graczy nadzieje dotyczące leczenia. Oczekiwali oni na otrzymanie specjalistycznego wsparcia u wykwalifikowanych specjalistów w zakresie pokonanie nałogu (Chevalier, Griffiths 2004):

Celem zespołu skupionych specjalistów wokół S. Chevaliera było wyjście naprzeciw tym oczekiwaniom. Podstawowym założeniem leczenia było to, że w okresie terapii a także po jej zakończeniu konieczna jest całkowita abstynencja, która dotyczy nawet biernego obserwowania gier hazardowych.

Graczom zostały zaoferowane zróżnicowane formy wsparcia. Leczenie trwające od 5 do 28 dni mogło mieć postać hospitalizacji w specjalistycznej klinice - lub też mieć formę leczenia ambulatoryjnego – umożliwiające wykonywanie pracy zawodowej przy równoczesnym korzystaniu ze wszystkich dostępnych form klinicznego. Leczenie przybierało formy:

- Terapii grupowej, dzięki której pacjent mógł dostrzec, że w problemach z hazardem nie jest jedyny, co pozwalało mu zobiektywizować własną sytuację poprzez jej odniesienie do problemów innych. Poza tym przykład osób, którym udaje się trwać w abstynencji jest ważnym czynnikiem motywacyjnym do pracy nad samym sobą.
- Terapii indywidualnej (opisana poniżej)
- Specjalistyczne wsparcie dla osób bliskich graczowi (współuzależnionych) - w formie indywidualnej i grupowej psychoterapii.
- Wsparcie w sferze finansowej - zróżnicowane formy doradztwa finansowego dotyczące aspektów prawnych zadłużenia, zarządzania finansami, zabezpieczenia środków dla rodziny, możliwości uzyskania pomocy rządu, a także wsparcie ze strony pracownika socjalnego, doradcy zawodowego itp.
- Grupy samopomocy - najczęściej oparte na 12 krokach wspólnoty Anonimowych Hazardzistów
- Farmakoterapii - ponieważ kliniczne badania osób uzależnionych od hazardu wykazały u nich objawy depresji i obniżonego poziomu serotoniny stosuje się też w ich leczeniu podawanie inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny. Skuteczna w tych przypadkach okazała się Fluwoksamina w dawce do 200 mg na dobę oraz Paroksetyna w dawce 50 mg na dobę, które były dobrze tolerowane oraz skuteczniejsze niż placebo w zmniejszaniu objawów i poprawie całościowego stanu klinicznego, mierzonego za pomocą wystandaryzowanych narzędzi. Stosowano także z dobrymi rezultatami Naltrekson, który głównie używa się w terapii alkoholizmu.
- Wsparcie po zakończeniu programu terapeutycznego - terapeuta trzykrotnie w ciągu roku po ukończeniu terapii kontaktuje się z pacjentem (3, 6 i 12 miesięcy od zakończenia

leczenia - są to miesiące, podobnie jak w uzależnieniach od substancji psychoaktywnych, największego zagrożenie recydywą nałogu)

Osobom, które szczególnie obawiały się powrotu do gry, proponowano alternatywne formy zapobiegania nawrotom - m.in. uczestniczenie w grupie samopomocy, regularne spotkania towarzyskie byłych graczy oraz warsztaty wspierające utrzymanie zdolności panowania nad nałogiem.

Terapia indywidualna poprzedzana była przeprowadzeniem badania diagnostycznego dokonywanego podczas dwóch spotkań w oparciu o wywiad kliniczny oraz testy psychologiczne. Celem badania była ocena, czy pacjent wymaga terapii, czy granie jest podstawowym jego problemem psychicznym oraz jaki jest poziom motywacji osoby do leczenia. Spotkania te były także poświęcone zbudowaniu relacji z terapeutą opartej na zaufaniu. W przypadku zdiagnozowania współzależnień lub współistniejącej choroby psychicznej pacjent był kierowany na konsultację do odpowiedniego specjalisty. Właściwa terapia została oparta na podejściu poznawczym zakładającym, że błędne przekonania gracza dotyczące szansy na wygraną prowadzą go do tego, iż mimo kolejnych przegranych wierzy w szansę „odegrania się” i kontynuuje grę. Skoro zatem błędne przekonania generują motywację do gry, to należy zastąpić je myślami racjonalnymi i w ten sposób osłabić chęci do nieracjonalnych zachowań. Terapię poznawczą uzupełniały techniki behawioralne, do których należało m.in. uczenie unikania sytuacji ryzykownych oraz rozwiązywania problemów finansowych. Kolejne spotkania indywidualne poświęcano na dokonanie oceny nabytych umiejętności, dotyczących radzenia sobie z nałogiem oraz wskazanie ewentualnych zmian życiowych, które dokonały się dzięki terapii, która obejmowała w sumie minimum 20 indywidualnych sesji terapeutycznych.

Badania ewaluacyjne pokazały, że spośród wszystkich uczestników terapii niestety aż 65% przerwało leczenie przed jego ukończeniem, a 72% wróciło do nałogu przed upływem roku (Chevalier, Griffiths. 2004).

W swojej praktyce psychoterapeutycznej prowadziłem terapię kilku hazardzistów. W latach 2000 - 2011 zgłosiło się do mnie ośmiu hazardzistów i jedna hazardzistka. Wśród nich było: 4 właścicieli firm, 3 przedstawicieli handlowych, makler, piłkarz zawodowy polskiej ekstraklasy, profesor akademii, księgowa.

Przystępując do terapii uważam, że proces leczenia powinien rozpocząć się od uznania przez hazardzistę własnej bezsilności wobec nałogu. Ważne jest usunięcie jego błędnych przekonań (choćby w zakresie prawdopodobieństwa odegrania się), które przyczyniły się do rozwoju uzależnienia. Celowe jest (jeżeli istnieje jeszcze taka możliwość) przy współpracy

rodziny rozwiązanie problemów finansowych hazardzisty. Systematyczna spłata długów przyczynia się do wzrostu poczucia własnej wartości osoby uwikłanej w hazard.

W procesie wyjścia z nałogu, jakim jest hazard, ważne jest także pracowanie nad emocjami, szczególnie lęku, wstydu i poczucia winy. nagradzanie siebie za okresy abstynencji. radzenie sobie ze stresem, a także z sytuacjami monotonii i nudy. Charakterystyczna dla hazardzistów potrzeba poszukiwania silnych doznań emocjonalnych powinna być zaspokajana w innych obszarach.

Terapia polegała na serii spotkań psychoterapeutycznych a także zastosowaniu kilku sesji hipnozy awersyjnej do hazardu. Tylko w czterech przypadkach (2 właściciele firm, piłkarz i profesor) terapia zakończyła się sukcesem udokumentowanym informacjami od osób im bliskich (abstynencja powyżej roku i brak informacji o powrocie do nałogu w okresie późniejszym). Pozostałe zakończyły się porażką głównie dlatego, że hazardziści tylko deklarowali chęć leczenia, w rzeczywistości irracjonalnie myśleli by wreszcie odegrać się i tylko w ich rozumieniu złośliwi ludzie z najbliższego ich otoczenia im to uniemożliwiają, odmawiając pożyczki.

Najbardziej dramatycznym przykładem był los 42-letniego mężczyzny. Na początku 2000 roku był właścicielem dwóch hurtowni skór, dwóch sklepów futrzarskich w centrum Krakowa, luksusowej willi i drogich samochodów. Pierwszy raz odwiedził kasyno w marcu 2000 roku i od tego czasu kilkakrotnie w tygodniu prawie całą noc spędzał tam, grając w ruletkę. W listopadzie 2000 roku stracił wszystko, miał olbrzymie długi i zakaz wstępu do krakowskich kasyn. Przeprowadzony przez brata na terapię u mnie zaprzeczał uzależnieniu i po dwóch spotkaniach przerwał terapię. Aby mieć środki na przeżycie, sprzedawał używaną odzież w budce brata na placu targowym. Nawet tam kradł pieniądze i przegrywał je w automatach do gier hazardowych. Był całkowicie bezkrytyczny wobec swojego nałogu. Opuściła go rodzina. Wierzyciele w coraz bardziej agresywny sposób domagali się zwrotu długów. W grudniu 2001 popełnił samobójstwo, uderzając na autostradzie „pod prąd” motocyklem w ciężarówkę.

2. TELEFON KOMÓRKOWY

Pierwszy prototyp telefonu komórkowego wykonała w 1956 roku szwedzka firma Ericsson. Telefon ważył 40 kilogramów, a kształtem przypominał walizkę. Urządzenie to kosztowało tyle co średniej klasy samochód osobowy. 3 kwietnia 1973 roku w Nowym Jorku firma Motorola wprowadziła do obrotu swój pierwszy telefon komórkowy DynaTAC (DYNAMIC Adaptive Total Area Coverage). Telefon ważył 0,8 kg i miał wymiary cegły 16 września 1975 opublikowano amerykańskie zgłoszenie patentowe firmy Motorola pod

tytułem Radio Telephone System. 21 sierpnia 1983 Federalna Komisja Łączności w USA dopuściła na rynek DynaTAC 8000X[5]. 3 grudnia 1992 roku wysłano po raz pierwszy wiadomość SMS. Pierwsze komercyjne centrum telefonii komórkowej zostało otwarte w Tokio w 1979 roku. Od połowy lat osiemdziesiątych telefon komórkowy stopniowo opanowuje cały świat a w niektórych krajach liczba czynnych aparatów przekracza obecnie liczbę ludności (Guerreschi 2006).

Truizmem jest stwierdzenie, iż telefon komórkowy ma współcześnie duże znaczenie społeczne. Stał się on nieodłącznym atrybutem współczesnego człowieka. Malejące stale ceny nie tylko samych aparatów, ale i połączeń, sprawiają, że na posiadanie telefonu komórkowego stać niemal każdego. Co więcej, najnowsze modele telefonów służą nie tylko do wykonywania rozmów telefonicznych, czy wysyłania krótkich wiadomości tekstowych, ale stają się przenośnymi komputerami, odtwarzaczami muzycznymi, dyktafonami, odbiornikami radiowymi, urządzeniami do nawigacji samochodowej i logowania się w sieć Internetu, notatnikami, kalendarzami, aparatami fotograficznymi i kamerami cyfrowymi.

Z telefonów komórkowych korzystają niemal wszyscy, już od najmłodszych dzieci w przedszkolach, aż po seniorów. Inną rzeczą jest nadużywanie telefonu komórkowego. Tak o tym pisze Tadeusiewicz (2002, s. 201): „Każdy z nas spotkał osoby (zwłaszcza dziewczęta) godzinami rozmawiające przez telefon. Prawdziwą plagą są osoby niepotrafiące ani na chwilę oderwać się od telefonu komórkowego, którym obsesyjnie wręcz muszą manipulować nawet w tak nieodpowiednich miejscach jak restauracja, autobus, teatr, a nawet kościół”.

Uzależnienie od telefonu komórkowego jest zjawiskiem relatywnie nowym, jako że pojawił się on na ogólnodostępnym rynku zaledwie 15 lat temu. Pierwszym krajem, w którym zaczęto pisać o tym nowym rodzaju uzależnienia, były Chiny. Tam też pojawił się w literaturze medycznej nowy termin: **mobile phone dependence syndrome** (Guerreschi 2006).

Osoby uzależnione od telefonu komórkowego przejawiają szereg charakterystycznych cech: (Kwaśniak 2011):

- odcinają się stopniowo od świata zewnętrznego i spędzają coraz więcej czasu samotnie manipulując telefonem komórkowym, pisząc sms-y, ściągając z sieci melodie, tapety, gry itd.
- prowadzą bardzo długie rozmowy nie mające uzasadnienia w danej chwili
- z powodu wysokich rachunków popadają w konflikty z bliskimi lub pracodawcami
- przywiązują wielką wagę do posiadania wysokiej jakości telefonu komórkowego
- nie odkładają go ani na chwilę

- jest dla nich najważniejszym narzędziem codziennych kontaktów z innymi
- odczuwają głęboki dyskomfort, kiedy nie mają do dyspozycji naładowanego aparatu
- wysyłanie sms-ów jest w ich przypadku podyktowane nie koniecznością, ale emocjami.
- jako usprawiedliwienie swojego zachowania podają wygodę i bezpieczeństwo
Jak wykazują analizy kliniczne istnieje kilka podstawowych form uzależnienia od telefonu komórkowego (Guerreschi 2006).
- **smsy** - użytkownik telefonu komórkowego odczuwa ciągły przymus pisania i czytania sms-ów (SMS- skrót od ang. short message service), a kiedy nie udaje mu się odpowiedzieć na sms, ogarnia go niepokój i przygnębienie. Zdarzają się nawet takie przypadki, że osoba uzależniona wysłała sms do samej siebie.
- **nowe modele** – osoby te muszą mieć najnowsze modele aparatu wyposażone w najnowocześniejsze funkcje, z których albo nigdy nie skorzystają, albo skorzystają tylko dlatego, żeby usprawiedliwić wydanie dużej kwoty na model, którego tak naprawdę wcale nie potrzebują.
- **gry** - komórkowi gracze każdą wolną chwilę (jazda autobusem, poczekalnia u dentysty, przerwa w szkole czy uczelni) wykorzystują na pobijanie kolejnych rekordów w ulubionej grze.
- **SWT** - (syndrom wyłączzonego telefonu) objawia się lękiem przed wyłączeniem telefonu lub możliwością zaistnienia sytuacji, w której mógłby on przestać działać (dlatego prawdopodobne jest, że uzależnieni mają przy sobie również ładowarkę do aparatu telefonicznego lub zapasową baterię). Niesprawny telefon powoduje u nich zaniepokojenie, irytację, bezsenność, kłopoty z jedzeniem.
- **nagrywanie i filmowanie** – właściciel telefonu komórkowego kompulsywnie nagrywa i filmuje wydarzenia z otaczającego go świata, a zwłaszcza te mogące skompromitować innych. Podczas debaty u Prezydenta RP w dniu 14 grudnia 2009 roku przedstawiciel Komendy Głównej Policji poinformował, że w 2009 roku na terenie Polski 7 kilkunastoletnich dziewczynek popełniło samobójstwo po zobaczeniu siebie na filmie nakręconym przy użyciu telefonu komórkowego i umieszczonego w Internecie.

Trudno wyobrazić sobie funkcjonowanie współczesnego człowieka, zwłaszcza młodego, bez telefonu komórkowego. Jego brak może być nawet formą wykluczenia społecznego. Dlatego terapia uzależnienia od niego zmierza do racjonalizacji jego użycia oraz zastępowania niektórych funkcji telefonu komórkowego innymi urządzeniami technicznymi

(aparat fotograficzny, laptop, odtwarzacze audio – video). Ważne jest też by w okresie leczenia osoba uzależniona:

- na kilka godzin zostawiała telefon w domu
- powstrzymywała się od wykonywana telefonem czynności innych niż niezbędnie konieczne (przykładowo całkowicie zaprzestać grać w gry komórkowe)
- wyłączać (wyciszać) telefon podczas zajęć, spotkań i na noc
- kontrolować koszty użytkowania telefonu
- nawiązywać kontakty z innymi bez pośrednictwa telefonu.

3. PRACOHOLIZM

Spośród uzależnień od czynności coraz więcej miejsca media poświęcają pracoholizmowi. Termin ten wprowadził do literatury naukowej w 1971 roku Wayn Oates, amerykański psycholog i religioznawca na określenie kompulsywnych zachowań osoby, której potrzeba pracy jest tak wielka, że zaspokajanie jej wywołuje znaczne dolegliwości i wywiera negatywny wpływ na stan zdrowia (Guerreschi, 2006, s. 122).

Początkowo pracoholizm kojarzony był głównie z Japonią gdzie do dziś zdarzają się przypadki śmierci z przepracowania i stresu, określane mianem karoshi. Od czasów nastania gospodarki wolnorynkowej również w Polsce pracoholizm stał się dość często występującym uzależnieniem. Dotyka on szczególnie osoby prowadzące własną działalność oraz pracowników wyższych szczebli zarządzania (Golińska 2008).

Nie każdy kto pracuje po kilkanaście godzin dziennie jest pracoholikiem. Czasami zmusza do tego sytuacja w firmie lub konieczność zarobienia dodatkowych pieniędzy. Osoba przepracowana żyje myślą, że niedługo odpocznie, wyjedzie na urlop, natomiast pracoholik nie ma takich potrzeb. Praca pochłania go bez reszty.

Cechą charakterystyczną osób dotkniętych pracoholizmem jest nie przyznawanie się do tego innym osobom a nawet samu sobie. Pracoholik nie ma czasu zastanowić się nad własnym życiem, jego myśli nieustannie krążą wokół spraw zawodowych. Nawyk wielogodzinnej pracy tak bardzo wciąga takie osoby, że z czasem utwierdzają się one w przekonaniu, że wszystko co nie dotyczy pracy jest niegodne uwagi i szkoda na to czasu (Golińska 2008).

Pracoholizm w życiu zawodowym niesie za sobą wiele negatywnych konsekwencji. Przepracowany człowiek jest coraz mniej efektywny i kreatywny. Staje się konfliktowy wobec współpracowników, ponieważ brakuje mu dystansu do pracy. Przy szefie pracoholiku cierpią pracownicy, gdyż stara się on narzucić im swój styl pracy, wprowadza nerwową

atmosferę. Najwięcej jednak traci najbliższe otoczenie pracoholika czyli rodzina. Psują się nie tylko relacje między małżonkami ale cierpią też dzieci, które zwykle są zanedbywane przez osobę uzależnioną od pracy. Żona lub mąż (jeżeli uzależnioną od pracy jest kobieta) zwykle zmuszeni są przejąć większość obowiązków w gospodarstwie domowym, nie mogą liczyć na partnera podczas uroczystości rodzinnych czy spotkań z przyjaciółmi (Golińska 2008).

Pracoholików można, moim zdaniem, podzielić dychotomicznie na dwie grupy. W pierwszej znajdują się ludzie pilni, perfekcyjni, ale i niepewni siebie, samotni, nieśmiali, neurotyczni, o niskiej samoocenie. W drugiej osoby ambitne, często mało dokładne, lubiące rywalizować i wygrywać, które za wszelką cenę dążą do osiągnięcia sukcesu zawodowego i prestiżu społecznego.

Na bazie moich doświadczeń psychoterapeutycznych uważam że występują następujące objawy pracoholizmu:

- praca pochłania tyle czasu, że nie dostrzega się praktycznie niczego poza nią
- nieumiejętność rozmawiania o czymś innym niż praca
- nieustanne myślenie o pracy po jej zakończeniu
- w dzień wolny lub podczas urlopu pojawia się poczucie winy, że się nie pracuje
- zostawanie po godzinach lub zabieranie pracy do domu
- pracowanie kosztem snu, sportu, hobby, rodziny, przyjaciół
- w pracy nie odczuwa się upływającego czasu
- nieustanny pośpiech związany z pracą
- brak umiejętności delegowania swoich obowiązków
- niedotrzymywanie obietnic danych bliskim lub znajomym
- jeśli przebywa się poza firmą utrzymywanie z nią kontaktu poprzez częste telefonowanie i obsesyjne sprawdzanie sms-ów i maili
- zniecierpliwienie i poirytowanie
- dążenie do perfekcjonizmu
- sprawdzanie każdej czynności, żeby upewnić się, iż została odpowiednio wykonana
- po popełnieniu błędu zadręczanie się nim
- kompulsywne kontrolowanie innych.

Pracoholizm ma też swoje ujemne skutki zdrowotne:

- wypalenie zawodowe (uczucie ciągłego zmęczenia, lęku, przygnębienia, apatii oraz obniżenie aspiracji życiowych)
- zaburzenia koncentracji uwagi, pamięci i snu

- odczuwanie nieuzasadnionego lęku
- zaburzenia przewodu pokarmowego (owrzodzenie żołądka, biegunki, spastyka lub nadwrażliwość jelit)
- zaburzenia nerwicowe i seksualne
- choroby układu krążenia (choroba wieńcowa, zawały serca, udary mózgowy, wylewy krwi do mózgu)
- w końcowym stadium najcięższych przypadków postępujące wyniszczanie fizyczne, psychiczne i społeczne prowadzące do śmierci.

Pracoholicy stosunkowo rzadko zgłaszają się po pomoc do specjalisty, a leczenie tego uzależnienia jest trudne, przede wszystkim ze względu na brak świadomości wystąpienia problemu oraz na uzyskiwane przez pracoholika profity z pracy: wysoki prestiż i status społeczny, poważanie otoczenia, wyższe zarobki. Proces terapii utrudnia także społeczna akceptacja pracoholizmu.

Chcąc wyzwolić się z destrukcyjnego uzależnienia od pracy człowiek dotknięty tym nałogiem musi sam sobie uświadomić istnienie nałogu i zastanowić się do czego on prowadzi. W terapii dąży się przede wszystkim do wprowadzenia prawidłowych proporcji między czasem przeznaczonym na pracę i rodzinę, przyjaciół, zainteresowania, wypoczynek i rozrywkę. Ważne jest by pracoholik zaczął uprawiać sport, wyjeżdżać na urlopy (nie zabierając laptopa). Czasami trzeba posunąć się do bardziej radykalnych rozwiązań i o ile jest to możliwe rozważyć zmianę miejsca pracy. Warto również nawiązywać i rozwijać znajomości poza miejscem pracy. Należy zastanowić się czy jest się wystarczająco asertywnym, czy nadmiar pracy nie wynika z braku umiejętności odmawiania przełożonym?

Natomiast z punktu widzenia terapeuty jest oczywiste, że uzależnienie od pracy nie może być leczone całkowitą abstynencją od niej. Zmierzają się jedynie do ścisłego przestrzegania planu dnia, w którym znajdzie się czas na wszystkie podstawowe i zarazem konieczne formy aktywności. Można osiągnąć to poprzez:

- zmianę przekonań dotyczący roli pracy w życiu codziennym (praca nie jest jedyną pozytywną wartością w życiu)
- ograniczanie czasu przeznaczanego na pracę (skuteczna w tym przypadku jest hipnoza i relaksacja)
- redukcję poziomu lęku, wstydu i poczucia winy w okresach wypoczynku
- dotrzymywanie obietnic
- modyfikacja sposobów spędzania wolnego czasu zwłaszcza w zakresie aktywności ruchowej.

4. SEKSOHOLIZM

W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów (ICD-10) nadmierny popęd seksualny (erotomania) został zaliczony do grupy dysfunkcji seksualnych, które utrudniają współżycie seksualne, w wyniku subiektywnego braku satysfakcji seksualnej i utrudnienia kontaktów interpersonalnych, a zwłaszcza erotycznych. Erotomania, która jest również określana jako hiperlibidemia, hiperseksualność, promiskuityzm, nimfomania (u kobiet) oraz satyriasis (u mężczyzn), charakteryzuje się patologicznym nasileniem potrzeb i zachowań seksualnych. Stosunek seksualny staje się podstawową potrzebą, której zaspokojenie uzależniony przedkłada ponad wszystko inne a swoich partnerów (partnerki) traktuje przedmiotowo. Coraz częściej w literaturze medycznej erotomanię traktuje się jako zespół uzależnienia od seksu. (Lew-Starowicz 2004).

Skutki uzależnienia seksualnego są niejednokrotnie dotkliwe. Człowiek cierpiący na seksoholizm ponosi wynikające z tego konsekwencje na poziomie zdrowotnym, finansowym, emocjonalnym, poznawczym i społecznym. Na poziomie zdrowotnym w związku z uzależnieniem mogą rozwinąć się zaburzenia seksualne, takie jak przedwczesny wytrysk, anorgazmia itp., jak również choroby weneryczne i zakaźne (AIDS), nieplanowane ciążę, aborcja, choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, nerwica serca, wycieńczenie organizmu i zaburzenia snu. Uzależnienie od seksu bywa bardzo kosztowne finansowo. Bezpośrednie koszty to opłacanie prostytutek, pornografii, akcesoriów, erotycznych i telefonów. Duże sumy pochłaniać mogą również drogie prezenty dla kochanek (kochanków) a także koszty prawne z rozwodem. Uzależnieni od seksu często popełniają ciężkie przestępstwa, takie jak gwałt, kazirodztwo, molestowanie seksualne dzieci lub nadużywanie seksualne dorosłych pozbawionych świadomości. W sferze emocji uzależnienie od seksu tłumi uczucia, doprowadzając do apatii i abulii. Osoby dotknięte tą chorobą bywają infantylne, niecierpliwe i demonstrują postawę roszczeniową. Nie potrafią zaakceptować dojrzałego związku z obawy przed odrzuceniem. Często przytłacza je poczucie wstydu, tracą stopniowo nadzieję, że możliwy jest powrót do normalności.

Uzależnienie od seksu może mieć poważne skutki dla procesów poznawczych. Poziom myślenia oraz zdolność koncentracji są zaburzone. Pojawianie się natrętnych myśli i fantazji seksualnych może uniemożliwiać pracę i skupienie się na normalnych zajęciach. Poważniejsze w skutkach od dekoncentracji są zaburzenia przejawiające się tym, że działanie uzależnionego opiera się na kłamstwie, zaprzeczeniu, usprawiedliwieniu, racjonalizacji, bagatelizowaniu i projekcji własnych przeżyć na innych.

Objawy seksoholizmu zmieniają się w zależności od fazy jego rozwoju.

Niewiadomska i współpr. (2005) wyróżniają 4 fazy rozwoju uzależnienia od seksu:

I. Poszukiwanie przyjemności - w tym okresie osoba inicjuje czynności seksualne, eksperymentuje z nimi, odkrywa stan przyjemności, wynikający z tych czynności. Główne motywy działania wynikają z ciekawości, chęci poznawania nowych doznań, eksperymentowania, nudy, oczekiwań grupy koleżeńskiej, poszukiwania miłości i bliskości, zapewniania sobie poczucia bezpieczeństwa. W tej fazie osoba prawidłowo funkcjonuje nie zaniehbując swoich obowiązków rodzinnych, zawodowych i społecznych, a pojawiające się trudności są kompensowane przyjemnością czerpaną z doznań seksualnych.

II. Odurzenie przyjemnością - osoba poznawszy stan przyjemności, pragnie odczuwać go coraz częściej. Dlatego podstawowym motywem działania bywa chęć osiągnięcia satysfakcji wynikającej z doznań seksualnych. Czynności prowadzące do ekstazy erotycznej stają się częścią codziennego życia. Jednocześnie wzrasta tolerancja zarówno na bodźce, jaki na zachowania seksualne. Z tego powodu osoba poszukuje coraz silniejszych bodźców i nowych zachowań o charakterze erotycznym, aby osiągnąć stan pożądanego zadowolenia (np. oglądanie coraz mocniejszych scen pornograficznych czy wprowadzanie nietypowych zachowań do współżycia intymnego). W tej fazie można już zaobserwować pierwsze, destrukcyjne zmiany w zachowaniu jednostki, gdyż zaczyna ona zaniehbować różne obowiązki podporządkowując swoje życie zasadzie osiągnięcia przyjemności, przy jednoczesnym głębokim przekonaniu, że panuje nad swoim życiem.

III. Przyjemność jako cel nadrzędny - na tym etapie uzależnienia całokształt funkcjonowania człowieka zostaje podporządkowany przeżywaniu przyjemności, która wynika z doznań erotycznych. Motywem działania jest likwidacja przykrego stanu wynikającego z braku przyjemności o charakterze seksualnym. Dochodzi do utraty kontroli nad własnym zachowaniem, a zasada przyjemności zaczyna w sposób szczególnie organizować życie osoby uzależnionej. Z tego powodu występują zaniehbania we wszystkich obszarach życia jednostki: osobistej, rodzinnej, zawodowej i społecznej. Pojawia się też znaczne nasilenie stosowania mechanizmów obronnych przez uzależnionego, głównie zaprzeczenia i racjonalizacji, które pozwalają jednostce utrzymać przekonanie o „normalności” swojego postępowania.

IV. Stan odurzenia przyjemnością - osoba zostaje zamknięta w kręgu przyjemność - przykrość. Jednostka odczuwa stan przyjemności z wykonywanych zachowań seksualnych i stan przykry, gdy brakuje doznań seksualnych. Mogą zanikać postawy prospołeczne, gdyż w wyniku uzależnienia jednostka zmienia się na osobę egoistyczną i skoncentrowaną na

redukowaniu złego samopoczucia. Działania seksualne tej osoby mogą przyjmować dewiacyjne formy (np. przemoc, zoofilia czy pedofilia).

Z uzależnienia od seksu, tak jak z innych nałogów, nie można się „wyleczyć”. Zawsze możliwy jest jego nawrót. Aby mu zapobiec, seksoholicy uczą się unikania określonych osób i sytuacji, które mogą uruchamiać niepożądane zachowania.

Programy terapeutyczne dla uzależnionych od seksu zalecają, aby pacjenci na początku terapii powstrzymywali się od jakiegokolwiek aktywności seksualnej, łącznie z masturbacją, przez okres od 30 do 90 dni. Bardzo stosowne jest też włączenie partnera seksoholika do programu terapii.

Według P. Carnesa (za Gola 2008) etapy leczenia erotomanii można podzielić na trzy zasadnicze okresy:

1. odstawienia - w którym dochodzi do zatrzymania autodestrukcyjnych zachowań, zdefiniowania abstynencji, osiągnięcia równowagi, przełamanie izolacji, opanowania kryzysu, redukcji wstydu.
2. celibatu – zaprzestanie wszelkich form fizycznego wyrażania seksualności, zmiana stylu życia, zaakceptowanie siebie i budowanie prawidłowych więzi międzyludzkich.
3. zdrowej seksualności – w którym następuje odnalezienie i zintegrowanie prawidłowych form życia seksualnego.

5. JEDZENIOHOLIZM

Uzależnienie od jedzenia, czyli jedzeniologizm, występuje u ludzi, którzy dużą część swojego czasu poświęcają nie tylko jedzeniu, ale także myśleniu o nim. Zaabsorbowanie jedzeniem staje się najważniejszym elementem ich życia. Występują trzy najważniejsze formy tego uzależnienia: obżarstwo, ortoreksja, paroreksja. Natomiast inne zaburzenia odżywiania, w tym anoreksja i bulimia, nie są moim zdaniem uzależnieniem.

A. Obżarstwo (zespół niekontrolowanego obżarstwa)

Kompulsywne objadanie się (żarłoczność) charakteryzuje się, podobnie jak bulimia, pożeraniem olbrzymich ilości pożywienia, jednak różni się od bulimii tym, że napadom nadmiernego łaknienia nie towarzyszą wymioty ani inne formy wydalania z organizmu.

Objawami objadania się (Woronowicz 2009) są:

- brak kontroli nad jedzeniem
- obżeranie się w izolacji od ludzi
- jedzenie małych ilości w towarzystwie innych osób

- próbowanie różnych diet.

W kompulsywnym objadaniu się jedzenie traktowane jako źródła przyjemności, a także jako sposób odreagowywania negatywnych stanów emocjonalnych, zaniedbywanie innych źródeł przyjemności lub zainteresowań, kontynuowanie objadania pomimo negatywnych następstw. Jedzeniowy holizm może dotyczyć także tendencji do wyboru określonych produktów, szczególnie obfitujących w tłuszcze i cukry proste. Jednym z bardziej uzależniających jest czekolada.

Objadanie może występować w trzech postaciach:

- A. Polifagii (spożywanie olbrzymich ilości jedzenia)
- B. Akorii (brak uczucia sytości po posiłku)
- C. Jedzenia nocnego

B. Ortoreksja

W ostatnich latach modne jest zdrowe odżywianie. Liczenie kalorii przestaje być popularne, natomiast rezygnowanie z jedzenia określonych produktów, zwłaszcza mięsa, pod pretekstem dbania o zdrowie staje się coraz bardziej powszechne i jest aprobowane społecznie. Tendencje te są wyraźnie wzmacniane przez media, które dużą ilość miejsca i czasu poświęcają odżywianiu się i unikaniu chemicznych dodatków. Doprowadziło to do pojawienia się nowego zaburzenia odżywiania jakim jest Ortoreksja. Pojęcie to wywodzi się od dwóch, łacińskich słów: orto – prawidłowy, oreksis – apetyt. Anorektyk chcąc być szczupłym i zrzucić wagę koncentruje się na ilości spożywanego jedzenia, natomiast ortorektyk głównie na jego jakości (Brytek - Matera 2008).

Ortoreksja po raz pierwszy została opisana w 1997 roku przez lekarza Stevena Bratmana, który w dzieciństwie chorował na alergię pokarmową. Nie wolno mu było jeść pszennej mąki i produktów mlecznych. Wraz z upływem lat strach przed jedzeniem, które mogłoby mu zaszkodzić, narastał. Na jego stole pojawiały się tylko żywności ekologiczne. Kilka godzin dziennie spędzał na planowaniu i przyrządzaniu posiłków, a każdy kęs przeżuwał pięćdziesiąt razy. Tak bardzo koncentrował się na diecie, że zaczął budzić niepokój najbliższych. Zaczął więc unikać spotkań z rodziną i przyjaciółmi. Zorientował się, że dzieje się z nim coś złego dopiero wówczas, gdy skończył medycynę i otworzył prywatną praktykę. Przychodzili do niego pacjenci również jak on rygorystycznie przestrzegający diety, co z czasem wpędzało ich w choroby układu pokarmowego. Bratman dostrzegł, że problemy jego podopiecznych są niemal identyczne z jego kłopotami. Zaburzenia nazwał orthorexia nervosa (Bratman, Knight 2000).

Ortoreksja polega na obsesyjno - kompulsywnym spożywaniu wyłącznie zdrowego jedzenia. Osoba dotknięta tym zaburzeniem dokonuje podziału produktów spożywczych na zdrowe i niezdrowe. Zdrowe to zazwyczaj produkty naturalne, niskokaloryczne, pozbawione chemicznych dodatków i ulepszaczy. Złe to te, niespełniające sztywnych kryteriów ekologicznej żywności. Jednostka dotknięta tym zaburzeniem stara się jeść tylko to, co według niej jest naturalne. Swoje życie podporządkowuje zdrowemu, w jej mniemaniu, odżywianiu się. Ortorektyk stopniowo spędza coraz więcej czasu myśląc o jedzeniu i o tym jak ma zaplanować swoje posiłki. Poświęca też mnóstwo czasu na odpowiedni dobór produktów i wyszukanie najlepszej ich jakości. Narzuca sobie bardzo restrykcyjny reżim także dotyczący godzin posiłków, których spożywanie następuje wyłącznie samotnie i w skupieniu.

Ortorektycy narzucają sobie coraz bardziej rygorystyczną dietę, eliminując z posiłków coraz więcej produktów spożywczych, a tym samym niezbędnych do życia składników mineralnych i witamin. Po jakimś czasie jedzą tylko kilka bezpiecznych, ich zdaniem, produktów. Nieprawidłowo zbilansowane menu odbija się na ich zdrowiu psychicznym i fizycznym. Brak wapnia prowadzi do nadciśnienia i osteoporozy, niedobór żelaza i kwasu foliowego grozi niedokrwistością, błonnika zaś przyspiesza rozwój raka jelita (Wójciak 2011).

Ortorektycy kontynuują swoje zwyczaje jedzeniowe pomimo narastających szkód zdrowotnych (ból brzucha, nudności, osłabienie, zawroty głowy, anemia, spadek odporności), psychicznych (kłopoty z pamięcią i koncentracją uwagi) i społecznych (izolowanie się od innych). Podobnie jak w innych uzależnieniach często zaprzeczają występowaniu u nich choroby (Wójciak 2011).

Ortorektycy zazwyczaj leczą się u specjalistów zajmujących się schorzeniami jelit i żołądka.. Rzadko trafiają do psychiatrów. Tymczasem, jak twierdzi Bratman, podobnie jak cierpiący na bulimię i anoreksję, potrzebują pomocy psychologa lub psychiatry, gdyż zatracili zdolność normalnego życia. "Uwierzyli w mit, że jeśli będą przestrzegać rygorystycznej diety, to nie doświadczą chorób nękających współczesne społeczeństwa. Obsesja zdrowego jedzenia wpędza ich jednak z czasem w chorobę i szaleństwo. (Bratman, Knight 2000 s. 126).

Podobnie jak w wypadku anoreksji i bulimii, ortoreksja ma podłoże psychologiczne. Dotknięte tą chorobą osoby skupiają się na diecie, aby wypełnić pustkę w swoim życiu. Jest to dla nich doskonały pretekst do unikania spotkań z rodziną i znajomymi. Inni starają się w ten sposób uniknąć chorób i powstrzymać procesy starzenia (Kędra 2011).

- W przeważającej liczbie przypadków ortoreksji i żarłoczności, tak jak przy innych uzależnieniach od czynności, stosuje się leczenie psychoterapeutyczne. Hospitalizacje na początku leczenia ordynuje się jedynie w celu unormowania stanu chorego.

C. Spaczone łaknienie

Wstępuje w dwóch postaciach:

I. Paroreksji – jedzenie głównie niecodziennych oraz uduwnionych potraw

II. Pica - spożywanie rzeczy niejadalnych i znajdowanie w tym przyjemności. Przykłady (mniej wstrętne) to: Trichofagia - kompulsywny nawyk zjadania włosów, [Kautopireiofagia](#) (zjedanie wypalonych zapalek), Koniofagia (konsumpcja kurzu), Geofagia (zjedanie ziemi), Hematofagia (wypijanie krwi), Hialofagia (konsumpcja szkła - np. ze szklanek), Litofagia (zjedanie kamieni), Nekrofagia (spożywanie trupów) Ksylofagia (konsumpcja drewna), a także ostrych przedmiotów, kwiatów, kału, świnek morskich, myszy, picie moczu. Paroreksją nie jest picie moczu i jedzenie ziemi przez niemowlęta. One muszą się bowiem nauczyć dopiero co jest jadalne a co nie (Brytek - Matera 2008).

W swojej praktyce psychoterapeutycznej spotkałem się tylko z dwoma przypadkami paroreksji oraz z jednym, ale za to najciekawszym jako biegły sądowy. 40 letni mężczyzna jadł larwy much plujek twierdząc, że jest to najlepsze i najczystsze białko. Natomiast 22 letnia dziewczyna, rzekomo w celach leczniczych, piła cały swój mocz. Natomiast jako biegły sądowy oczerniałem poczytalność 51 letniego nekrofaga. Pracował on na idealnym dla siebie stanowisku ubieracza zwłok w kostnicy szpitalnej. Miał jednak pecha gdy na polecenie sądu ekshumowano zwłoki dziewczyny, która zginęła w wypadku samochodowym. Autopsja wykazała, że kawałki ciała już po śmierci zostały wycięte z jej zwłok. Jak wykazało śledztwo dla celów spożywczych. W badaniu okazało się, że psychopatyczny mężczyzna był nie tylko smakoszem gustującym w określonych częściach ciała ale również znawcą. Od niego dowiedziałem się gdzie mam antrykot, rozbratel i polędwicę oraz jaki mają smak i jak należy je przyrządzać.

6. Zakupoholizm

Od początku lat 90-tych dla wielu Polaków a od połowy XX wieku w wielu krajach Zachodniej Europy i Ameryki Północnej wyprawy do hipermarketów są formą rozrywki, a nawet modą. Często całe rodziny spędzają w galeriach handlowych wiele godzin, nie tylko zwiedzając, kupując, chodząc na filmy ale i spożywając posiłek. Kupują tam coraz to inne rzeczy obiektywnie im niejednokrotnie mało przydatne. Każda promocja, witryna sklepowa

przykuwa ich uwagę. Posiadacz całej szafy z butami nie oprze się kolejnej parze obuwia. Klienci sieci handlowych kupują niejednokrotnie nie tylko dla siebie. Bywa, że hojnie wydają pieniądze na innych.

Już w 1916 roku Kraepelin opisał manię kupowania i nazwał ją oniomanią. APA (American Psychological Association) w Del Pio (2003) zaliczyło natręctwo zakupów do zaburzeń kompulsywnych ponieważ cechuje je poczucie przymusu do wykonywania określonych czynności, które bardziej niż dla osiągnięcia przyjemności zmierzają do zlikwidowania złego samopoczucia (Guerreschi 2006). W polskiej literaturze pojawiają się różne określenia na odpowiednik angielskiego terminu: shopping addiction. Najczęściej pisze się o uzależnieniu od zakupów czy zakupoholizmie.

Nałóg rozwija się stopniowo. Najpierw zakupy są formą relaksu, odskoczni lub nagrody za wykonaną pracę. Potem kupowanie stopniowo wymyka się spod kontroli. Zakupoholik zaczyna rozładowywać emocje głównie poprzez zakupy. Poczucie przyjemności trwa coraz krócej, w krok za tym pojawiają się kłopoty finansowe, konwikty z najbliższymi, wstyd, żal i poczucie winy. Zakupy stają się przymusem. Często zakupoholik nie nadąża z rozpakowywaniem rzeczy, chowa je, zapominając o nich.

Mimo dominacji poglądu, że to kobiety głównie ulegają nałogowi zakupów, przeprowadzone badania ujawniają (Lochner, Stein 2001), iż mężczyźni również potrafią wydawać pieniądze na rzeczy niepotrzebne i drogie, choć inne od kobiecych. Na pierwszym miejscu wśród rzeczy kupowanych przez kobiety znajdują się ubrania, a zaraz po nich kosmetyki, buty i biżuteria (produkty łączące się z ich wizerunkiem). Natomiast mężczyźni wybierają przeważnie droższe produkty. Najczęściej są to telefony komórkowe, notebooki samochody, oraz sprzęt sportowy (produkty związane ze stylem życia).

Przyczynami nadmiernych zakupów zwykle są (Guerreschi 2006):

- konieczność
- hedonizm (kupuję, bo chcę i sprawia mi to przyjemność)
- moda
- poprawa nastroju
- Występuje kilka form uzależnienia od zakupów Guerreschi (2006):
- kolekcjonerzy interesujący się tylko wybranymi przedmiotami
- kupujący wszystko co znajdzie się w zasięgu ich możliwości
- nabywający różnego rodzaju produkty byle po korzystnej cenie (na wyprzedazach, promocjach, przecenach, licytacjach i aukcjach).

- wirtualni nabywcy poświęcający dużo czasu na surfowanie w sieci i robiący zakupy w Internecie

Osobę uzależnioną od zakupów cechuje (Ogińska – Bulik 2010):

- niekontrolowane nabywanie nowych rzeczy, zazwyczaj niepotrzebnych, luksusowych
- chwilowe uczucie zaspokojenia tuż po dokonaniu zakupu
- obsesyjne myśli o kupowaniu
- częste zauważanie braków w swoich zasobach
- gniew, zdenerwowanie, lęk wywołane brakiem możliwości nabycia czegoś w sklepie
- trzymanie w tajemnicy swoich przyzwyczajęń handlowych
- częste wydawanie całych oszczędności finansowych lub nawet zadłużanie się na zakupy
- brak umiejętności podania racjonalnego powodu zakupu określonych towarów
- wyrzuty sumienia po dokonaniu kolejnych zakupów.

Nie tylko w Polsce brak jest jak dotąd specyficznych programów terapeutycznych przeznaczonych do leczenia zakupoholików. Osoby, u których stwierdzono symptomy uzależnienia od zakupów mogą zgłaszać się do specjalistów od terapii uzależnień i korzystać z pomocy, podobnie jak osoby wykazujące inne uzależnienia.

W procesie terapii szczególnie ważna jest praca nad samooceną jednostki i doświadczanymi przez nią emocjami. Niezwykle ważne są ponadto:

- ograniczanie (ściśła reglamentacja) zakupów robionych w małych sklepach
- dokładne planowanie budżetu miesięcznego oraz dziennego
- unikanie samotnego chodzenia po sklepach (korzystne jest, żeby osobie wybierającej się na zakupy towarzyszył ktoś, kto będzie sprawował kontrolę nad zakupoholikiem),
- unikanie osób z podobnymi problemami zakupowymi
- zabieranie na zakupy określonej, niewielkiej kwoty pieniędzy (bez karty kredytowej)
- sporządzanie listy rzeczy do kupienia i niekupowanie niczego, co się na niej nie znajduje
- rozwijanie zainteresowań odwracających uwagę od zakupów
- uprawianie sportu
- nauczenie się różnych form relaksacji.

Obok psychoterapii farmakoterapia głównie lekami antydepresyjnymi (blokującymi wychwyty zwrotnej serotoniny) jest także wykorzystywana w leczeniu uzależnienia od zakupów.

7. Bigoreksja

Amerykańskie badania wykazały, że około 10% mężczyzn intensywnie trenujących kulturystykę cierpi na bigoreksję. Termin tego użył po raz pierwszy w 1997 roku Harrison Pope na określenie obsesji na punkcie umięśnionego ciała. Przejawy tego nałogu można łatwo zauważyć na siłowni, kiedy to nawet bardzo dobrze zbudowani mężczyźni, gdy patrzą na swą muskulaturę w lustrze, stwierdzają, że są za szczupli. Ćwiczą więc coraz więcej i zażywają różne specyfiki zwiększające masę i objętość ich mięśni. Typową cechą bigorektyka jest ciągle ważenie się, mierzenie obwodu mięśni, porównywanie się z innymi kulturystami oraz przestrzeganie ścisłej wysokobiałkowej i beztłuszczowej diety (Maciejewska 2009).

Bigoreksja jest specyficzną odmianą dysmorfofobii (lęku wywołanego przekonaniem o nieestetycznym wyglądzie lub budowie własnego ciała), częściej występuje u mężczyzn niż u kobiet. Termin ma pochodzenie greckie. Słowo dysmorfia oznaczało w języku greckim brzydotę, szczególnie twarzy. Przekonanie o deformacji własnego ciała bywa tak dotkliwe, że może skłaniać do samobójstwa.

Bigoreksja jest przeciwieństwem anoreksji, jednak podłoże psychiczne obu schorzeń jest identyczne. Jest nim brak akceptacji własnego ciała oraz jego zniekształcony wizerunek. Chorzy, niezadowoleni z efektów ćwiczeń, sięgają po niszczące ich organizm koncentraty białkowe, olbrzymie ilości witaminy B12, sterydy anaboliczne. Cierpi również ich życie towarzyskie, rodzinne, często też zawodowe, funkcjonują bowiem od treningu do treningu, więc gdy inne czynności zaczynają kolidować z planem treningowym lub ściśle określonymi godzinami posiłków, po prostu z nich rezygnują.

Bigoreksję leczy się tak jak inne uzależnienia czynnościowe. Niestety, chorzy najczęściej nie dostrzegają problemu, zresztą samo przyznanie się do problemów psychicznych nie pasuje do własnego wizerunku, jaki próbują wykreować. W terapii bigoreksji zazwyczaj łączy się psychoterapię z podawaniem środków leków antydepresyjnych, zwłaszcza podczas wychodzenia z depresji w początkowej fazie terapii. Wsparcie ze strony rodziny i przyjaciół jest tu kluczowe. W USA niektóre siłownie tworzą samopomocowe grupy wsparcia dla osób dotkniętych bigoreksją.

8. Tanoreksja

Jeszcze na początku XX wieku opalenizna wśród arystokracji i nowobogackich była traktowana jako coś uwłaczającego. Chroniono się przed słońcem, a biała cera była istotną wartością samą w sobie. Modę na opalanie spopularyzowała słynna projektantka Coco Chanel w latach dwudziestych XX wieku. Błada skóra przestała być znakiem wysokiego statusu społecznego. Damy z wyższych sfer stopniowo przestały chronić dłonie rękawiczkami, a twarze i dekolty – letnią, koronkową parasolką i szerokim rondem kapelusza. Opalenizna stała się symbolem zdrowego, sportowego trybu życia i zamiast wskazywać nieomylnie na trudniących się pracą na roli wieśniaków, zaczęła być atrybutem tych, których stać było na relaks na świeżym powietrzu. I mimo sporadycznie pojawiających się dramatycznych nawoływań epigonów wśród dermatologów starających się wprowadzić ponownie modę na jasną karnację – jest do dziś. Niektóre dziewczęta i kobiety robią wszystko, by wyglądać jak opalone gwiazdy Hollywoodu. Ograniczeniem w wielu krajach jest pogoda. Ale i to się zmieniło, gdy do użytku weszły solaria. W USA stwierdzono, że aż 90 proc. nowotworów skóry jest wynikiem nadmiernego opalania (Warthan, Uchida, Wagner 2005).

Tanoreksja (tanning addiction) to uzależnienie, które polega na ciągłej potrzebie bycia opalonym. Nazwę tego zaburzenia, która jest zlepkiem angielskiego słowa "tan" - opalenizna oraz słowa "anoreksja", stworzyli dziennikarze brytyjskiej telewizji BBC, którzy jako pierwsi przygotowali reportaż o młodej dziewczynie, która odczuwała przymus korzystania z solarium. Występują, moim zdaniem dwie formy tanoreksji. Pierwsza to uzależnienie od opalania się pod wpływem promieni słonecznych, druga to chęć częstego opalania się w solariach (Warthan, Uchida, Wagner 2005).

Tanoreksja zaczyna się niewinnie, najczęściej od zbyt długiego przebywania na plaży lub kilku miesięcznie wizyt w solarium. Niepokój budzą już takie objawy jak potrzeba chodzenia do solarium przynajmniej raz w tygodniu i systematyczne zwiększanie czasu opalania.

Tanorektyczkami najczęściej są panie w średnim wieku. Ostatnio jednak jest wśród nich coraz więcej młodych dziewczyn. Tanoreksja dotyczy także mężczyzn. U nich często łączy się z uzależnieniem od siłowni i przyjmowaniem środków zwiększających masę mięśni. Tanorektycy twierdzą, że opalają się dla urody oraz poprawienia kondycji zdrowotnej skóry. Tymczasem skóra tanorektyka nie ma szansy na odpoczynek i regenerację. Zbyt intensywne promieniowanie UV zakłóca funkcjonowanie melaniny w skórze, której zadaniem jest pochłanianie tego promieniowania, a tym samym ochrona skóry przed jego działaniem. Kiedy jednak skóra przez długi czas jest w kontakcie z UV, nie nadąża z produkcją melaniny i staje

się bezbronna. Zmiany skórne obejmują ponadto narastającą degradację włókien kolagenowych. Skóra staje się mało elastyczna, wysuszona, pomarszczona i przedwcześnie postarzała. Pogłębiają się zmarszczki, a na twarzy, dłoniach i górnej części tułowia pojawiają się trwałe plamy na skórze. Nadmierne opalanie się uszkadza wzrok, niekiedy wywołuje uczulenie. Mogą wystąpić też znacznie poważniejsze dla zdrowia a nawet życia powikłania np. nowotwory skóry, w tym czerniak złośliwy (Glińska i inni 2009).

Tanorektycy myślą głównie o opalaniu i własnym wyglądzie. Podobnie jak anorektycy, którzy mimo ekstremalnego wychudzenia ciągle uważają się za zbyt grube, tanorektyk będzie sądził, że jest blady i dalej się opalał, nawet jeśli już nabawił się nieodwracalnych przebarwień na ciele. Uzależnieni od opalenizny nie zważają na uwagi na zalecenia dermatologów, kosmetologów czy ostrzeżenia bliskich im osób. Wytrwale, mimo zagrożeń i widocznych niekorzystnych skutków, opalają się. Uparcie zaprzeczają własnej chorobie. Terapia tanoreksji polega głównie na wypracowaniu umiejętności kontrolowania czasu spędzanego na opalaniu.

Bibliografia:

- Bratman, S., Knight, D. (2000). Health Food Junkies: Orthorexia nervosa- the health food eating disorders. New York: Broadway Book
- Brytek-Matera A. (2008) Obraz ciała — obraz siebie. Difin Warszawa
- Chevalier S. Griffiths M. (2004). Why don't adolescents turn up for gambling treatment (revisited). (2004) Centre for Addiction and Mental Health. Journal of Gambling Issues (JGI) http://www.gamblib.org/catalogue/article/why-dont-adolescents-turn-up-for-gambling-reatmen/&usg=ALkJrhgAaOb_hkW8pLUu43e4MZOTz7Q1Vg
- Custer R. (1980). An overview of compulsive gambling. Carrier Foundation Letter Nr 59. Belie Mead.
- Glińska J., Krajewska-Kulać E., Szyszko-Perłowska A. Lewko J. (2009) Ocena wiedzy pielęgniarek i położnych na temat zasad korzystania z solarium. Problemy higieny i epidemiologii. nr 90 s. 391 – 397.
- Gola B. (2008) Modele zachowań seksualnych, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego Kraków
- Golińska L. (2008). Pracoholizm – uzależnienie czy pasja. Warszawa Difin
- Griffiths, M. (2003). Internet abuse in the workplace—Issues and concerns for employers and employment counselors. Journal of Employment Counseling nr 40 s. 87–96.
- Guerreschi C. (2006) Nowe uzależnienia. Kraków Salwator
- Kwaśniak M., (2011) Fonoholizm leczenie uzależnień, <http://tk.pl/p/artykul?i26=1211>

- La Brie i współpracownicy [2008] Drug variables in the etiology of tardive dyskinesia application of discriminant function analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology*. Nr. 23 s. 147-154
- Lochner C, Stein DJ: Gender in obsessive – compulsive disorder and obsessive – compulsive spectrum disorders. (2001) *Archives of Womens Mental Health* t. 4, s. 19 – 26
- Maciejewska T. (2009) Bigoreksja wśród mężczyzn - problem realny czy wymyślony? *Dyskursy Młodych Andragogów* nr 10 s. 319-328
- Niewiadomska I., Chwaszcz J., Kołodziej B., Śpila B. (2005) Seks uzależnienia – fakty i mity. Wydawnictwo KUL Lublin
- Ogińska – Bulik N. (2010) Uzależnienie od czynności. Warszawa Difin
- Petry N. (2005) *Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment* Washington, DC, US, American Psychological Association.
- Robinson T., Berridge K. (2001) Incentive - Sensitization and Addiction; t. 96, nr 1, s. 103-11
- Tadeusiewicz R. (2002) *Społeczność Internetu*. Akademicka Oficyna Wydawnicza EXIT, Warszawa
- Warthan M., Uchida T., Wagner R., (2005) UV Light Tanning as a Type of Substance - Related Disorder *Archives of Dermatology* nr 141 s. 963 - 966.
- Woronowicz B. (2009) *Uzależnienia. Geneza, terapia i powrót do zdrowia*. Parpamedia Warszawa
- Wójciak R. (2011) *Zaburzenia odżywiania*. Red Wójciak R. *Psychologia w medycynie*,. Mojs Poznań.