Przedstawiona do recenzji publikacja podejmuje w sposób wielo-aspektowy niezwykle ważną i aktualną problematykę uzależnień behawioralnych. Nie tylko wypełnia istniejącą na lokalnym rynku wydawniczym lukę, ale z pewnością stanie się istotnym przyczynkiem do debaty na temat podejścia do profilaktyki i leczenia uzależnień, nie wiążących się z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych w wymiarze lokalnym i regionalnym. Postęp cywilizacyjny, ponowoczesność czy częściej dziś używana kategoria jaką jest późna nowoczesność nie tylko nie uwolniły człowieka od wielu wymiarów deprywacji, ale tworzą nowe jej obszary. Powodują konieczność podjęcia profesjonalnej interwencji i przygotowania odpowiednich struktur pomocowych, co staje się ważną misją krajowej, regionalnej polityki społecznej. Zamieszczone opracowania, choć bardzo syntetyczne zawierają obszerny zakres usystematyzowanej wiedzy o uzależnieniach behawioralnych, a także określają wiele zasad i praktycznych wskazówek do skutecznej pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi od komputerów i sieci, hazardu, zakupów, seksu oraz pracy.

dr Piotr Sikora
Uniwersytet Opolski

Opole 2012

Wolni od uzależnień behawioralnych

Raport pokonferencyjny

Krajowe Biuro do Spraw
Przeciwdziałania Narkomanii

ROPS w Opolu

Krajowe Biuro do Spraw
Przeciwdziałania Narkomanii

ROPS w Opolu

Wolni od uzależnień behawioralnych

prof. dr hab. n. med. Violetta Skrzypulec – Plinta
dr n. med. Bohdan Tadeusz Woronowicz
Barbara Wojewódzka
ks. Marcin Marsollek

Raport pokonferencyjny

Publikacja została współfinansowana ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia

Opole 2012

ISBN: 978-83-63793-00-5

Recenzent: dr Piotr Sikora

Wydawca:
Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej
45-315 Opole ul. Głogowska 25c
tel. 077 44 15 250; fax. 077 44 15 259
www.rops-opole.pl

Nakład 200 szt.

Skład komputerowy i druk:
Drukarnia Rytter Investment

Publikacja została współfinansowana ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia

Spis treści

Słowo wstępu 6

dr n. med. Bohdan Tadeusz Woronowicz
Uzależnienia behawioralne, ze szczególnym uwzględnieniem uzależnienia od komputera i sieci, od pracy oraz od zakupów. Diagnozowanie i leczenie 8

Barbara Wojewódzka
Diagnoza patologicznego hazardzisty i kierunki pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi od hazardu 22

prof. dr hab. n. med. Violetta Skrzypulec – Plinta
Problemy seksualne osób uzależnionych.
Diagnoza i terapia osób uzależnionych od seksu 30

ks. Marcin Marsollek
Uzależnienia behawioralne w woj. opolskim 36

ks. Marcin Marsollek
Wnioski i rekomendacje wynikające z konferencji 44

Informacje o autorach 57

Słowo wstępu

Najstarszy, bo ponad sześćset lat przed Chrystusem, dydaktyczny tekst mądrości greckiej czyli niezwykle lapidarne maksymy delfickie, już ówcześnie żyjącym przekazywał tak sławne i cytowane do dziś jak; „Nic w nadmiarze" lub „Władaj sobą".

Na potrzeby tej publikacji zaryzykowałbym przewrotną tezę, że życie jest serią nałogów i różni je tylko skala czasowa. Przecież co kilka chwil wdychamy powietrze i odstawienie tego uzależnienia spowoduje w ciągu kilku minut uduszenie i śmierć. W dłuższym okresie wykonujemy szereg innych, impulsywnych czynności jak jedzenie, picie, opróżnianie organizmu, seks, itp. Ale też wiemy, że to naturalne, behawioralne cykle wynikające z podstawowej potrzeby człowieka jaką jest dążność do tworzenia sobie warunków przeżycia, niezależnie od zmieniającego się otoczenia.

I wszystko wydaje się być dobrze gdy nic w nadmiarze i władamy sobą…

Co zatem jest tym co definiujemy jako uzależnienia behawioralne?, jakie są przyczyny oraz czy jest ono równie dotkliwe w swych skutkach jak te związane z zażywaniem substancji psychoaktywnych?, jakie są formy tego uzależnienia?, jak często występuje?, kogo i dlaczego dotyczy?, jak ten stan leczyć i temu zjawisku zapobiegać…. Na te i szereg innych pytań próbowano odpowiedzieć w tracie konferencji ph. „Wolni od uzależnień behawioralnych"[1], której efektem jest niniejsza publikacja.

Nietrudno dostrzec, iż wraz z rozwojem cywilizacyjnym zwiększyła się liczebność i dostępność różnorodnych ofert, a tym samym zagrożenie od zachowań wykonywanych pod wpływem nie dającego się opanować wewnętrznego przymusu, co prowadzi często do uzależnienia. Uzależnienia te wydają się na tyle poważne, że traktowane są jako jednostki chorobowe, które wymagają kompleksowego leczenia. Coraz większa też skala uzależnień stwarza pilną konieczność poszukiwania rozwiązań wychodzących naprzeciw potrzebom coraz liczniejszego grona osób, które wymagają odpowiedniej diagnozy i terapii. Z tego też powodu podejmowane zagadnienie jest przedmiotem zainteresowania przedstawicieli wielu dyscyplin naukowych, poszczególnych środowisk akademickich, lekarzy, psychologów, terapeutów, pedagogów, pracowników instytucji pomocy i integracji społecznej. Od zaangażowania tych środowisk będzie zależała skuteczność oferowanego wsparcia osobom uzależnionym.

Wszystkim autorom i uczestnikom konferencji, pragnę złożyć serdeczne podziękowania za przyjęcie zaproszenia do podzielenia się swoją wiedzą i doświadczeniem, a także stworzenie szansy zaprezentowania poruszanych zagadnień w tej publikacji oraz jej powstanie. Dziękuję współpracownikom za inicjatywę i aktywność w realizacji Projektu, którego jednym z elementów była Konferencja i jej podsumowanie w formie niniejszej publikacji.

Wyrażam ufność, że zawarte tu informacje przyczynią się do podejmowania skutecznych działań na rzecz pomocy osobom, często sprowadzonym do roli bezwolnego więźnia własnych impulsów, by znowu mogli władać sobą…

Adam Różycki
Dyrektor Regionalnego Ośrodka Polityki
Społecznej w Opolu

[1] Konferencja zorganizowana przez ROPS w Opolu w dniu 22 października 2012 r., współfinansowana ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia, w ramach programu: Prowadzenie działań edukacyjno – informacyjnych w zakresie problematyki dotyczącej rozwiązywania problemów wynikających z uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

Uzależnienia behawioralne, ze szczególnym uwzględnieniem uzależnienia od komputera i sieci, od pracy oraz od zakupów. Diagnozowanie i leczenie.

dr n. med. Bohdan Tadeusz Woronowicz

Instytut Psychiatrii i Neurologii
oraz Centrum Konsultacyjne Akmed
Warszawa

Przez wiele dziesiątków lat problematyka uzależnień „reprezentowana" była w naszej świadomości głównie poprzez alkoholizm. W nim doszukiwano się największego zagrożenia dla zdrowia jednostki i społeczeństwa. Tworzono więc akty prawne, które miały ograniczyć to zjawisko, budowano odziały odwykowe, a osoby nim dotknięte usiłowano leczyć, niejednokrotnie nawet wbrew ich woli. W miarę upływu czasu, wraz z dynamicznym rozwojem rynku farmaceutycznego pojawił się problem lekomanii. Pomoc terapeutyczna dla alkoholików i lekomanów ograniczała się jednak, przez całe lata, prawie wyłącznie do odtrucia, zaś pierwsze profesjonalne programy psychoterapii uzależnienia od alkoholu zaczęły powstały dopiero w latach 80. ub. stulecia. Również w latach 80. ujrzał w Polsce światło dzienne problem narkomanii, powstały ośrodki terapeutyczne dla narkomanów oraz akty prawne, usiłujące ograniczyć to zjawisko. Następnie pojawiło się zainteresowanie skutkami palenia tytoniu, a stosunkowo niedawno - moda na tzw. „dopalacze" i rozpoczęła się gra „w kotka i myszkę" między ustawodawcą a producentami i dystrybutorami „dopalaczy". Jednocześnie coraz częściej powodem niepokoju zaczęły stawać się uzależnienia inne niż od substancji psychoaktywnych czyli tzw. uzależnienia behawioralne.

Stało się tak, bowiem coraz większe tempo życia, chęć ucieczki od nieakceptowanych stanów emocjonalnych, poszukiwanie szybkiej przyjemności i natychmiastowej gratyfikacji oraz trudność w kontrolowaniu impulsów wpłynęły na zmianę naszego funkcjonowania, wypierając królującą wcześniej „erę nerwic" czy „erę depresji" i na przełomie XX i XXI wieku zapoczątkowały okres, który można chyba nazwać „erą uzależnień". Do znanych nam bardzo dobrze uzależnień od substancji psychoaktywnych dołączyły wspomniane wcześniej uzależnienia behawioralne ((uzależnienia od zachowań, uzależnienia od czynności, zachowania nałogowe czy uzależnienia niechemiczne) takie jak np. patologiczny hazard, pracoholizm, kupnoholizm, seksoholizm czy narastające w ostatnich latach lawinowo uzależnienie od komputera bądź od internetu (siecioholizm). Wśród uzależnień behawioralnych wyodrębniono jeszcze „uzależnienia od technologii" (technological addiction) t.j. uzależnienia będące skutkiem interakcji człowieka z maszyną (np. z komputerem czy z telefonem). Można tez spotkać inne określenie tego zjawiska - „patologiczne używanie mediów elektronicznych".

Opierając się na sugestiach zawartych w ICD-10, a dotyczących uzależnień od substancji psychoaktywnych można przyjąć, że uzależnienie od zachowań/czynności (czyli uzależnienie behawioralne) obejmuje objawy związane z zachowaniem, poznawcze i czasami fizjologiczne, które rozwijają się po wielokrotnym powtarzaniu określonych czynności i zazwyczaj charakteryzują się silną potrzebę powtarzania tych czynności, trudnościami z kontrolowaniem ich wykonywania, uporczywym powtarzaniem pomimo szkodliwych następstw, przedkładaniem tych zachowań ponad inne zajęcia i zobowiązania, zwiększoną tolerancję, a także występowaniem zespołu przykrych objawów (rozdrażnienie, złość, agresja itp.) przy próbach zaprzestania lub ograniczenia tych zachowań.

Przyczyny uzależnień wiązane są z czynnikami psychologicznymi, duchowymi i środowiskowymi, które nakładają się na biologiczne podłoże. W miarę poznawania mechanizmów neurobiologicznych wpływających na nasze zachowania, coraz większa rola w powstawaniu uzależnień przypisywana jest nieprawidłowemu funkcjonowaniu tzw. układu nagrody w mózgu („ośrodka przyjemności", „układu pozytywnego wzmocnienia"), w którym istotną rolę, obok endogennych opiatów, odgrywa neuroprzekaźnik[1] – dopamina. Działanie nagradzające jest efektem pobudzenia neuronów dopaminergicznych w określonych obszarach układu limbicznego, stanowiących neuroanatomiczny i neurochemiczny substrat wspomnianego układu nagrody. Niektóre zachowania, podobnie jak substancje psychoaktywne, aktywują neuroprzekaźnictwo dopaminergiczne i wywołują zmiany adaptacyjne przyczyniające się do rozwoju uzależnienia. Bodźce pozytywnie wzmacniające (sprawiające przyjemność) wywołują w organizmie reakcje nastawione na ponowny kontakt ze źródłem tych pozytywnych odczuć (na kontakt z nagrodą). Układ nagrody, u jednych osób „domaga się" dodatkowej stymulacji po to, aby podtrzymywać bądź powtórzyć przyjemne doznania („łowcy nagród" np. tzw. „hazardziści akcji") zaś u innych dąży do uwolnienia od psychicznego dyskomfortu („poszukiwacze ulgi" np. tzw. „hazardziści ucieczki"). Dla wielu osób ważniejsze może być oczekiwanie na przyjemność niż sama przyjemność. Szczególnie podatne na uzależnienia (nałogi) będą więc zarówno osoby, które mają mniej aktywny układ nagrody, co skłania je do poszukiwania różnych sposobów na jego pobudzenie, jak i te, u których występują deficyty niektórych umiejętności (kompetencji) życiowych[2]. Określona substancja lub zachowanie pomaga tym osobom, chwilowo i tylko pozornie, owe deficyty niwelować. Towarzyszą temu poważne trudności w oparciu się impulsom popychającym je w kierunku określonego zachowania, z towarzyszącym silnym napięciem przed i doznawaniem ulgi, po jego zrealizowaniu. Takim sytuacjom towarzyszy przeważnie poczucie bezradności i świadomość upośledzonej kontroli nad swoim zachowaniem.

Jest całkiem prawdopodobne, że nie jedna, z czytających te słowa osób mógłby znaleźć u siebie, mniej lub bardziej wyraźne, objawy jakiegoś uzależnienia (nałogu), gdyby tylko zechciała zastosować się do sugestii zawartej w powiedzeniu: *„nigdy nie wiesz, od czego jesteś uzależniony, dopóki sobie tego nie odmówisz"*.[3] Identyfikację powinna ułatwić świadomość, że uzależnienia mogą mieć zarówno charakter aktywny (np. w przypadku przyjmowania substancji psychoaktywnych, uczestniczenia w grach hazardowych czy dokonywania zakupów) jak i bierny (np. w przypadku oglądania filmów).

Nie każdy zdaje sobie sprawę z tego, że osoby uzależnione, często wbrew stwarzanym pozorom, są bardzo nieszczęśliwe i samotne. Osoby te nie wierzą w to, że ich życie może się zmienić na lepsze. Bardzo często nie widząc szansy na poradzenie sobie z uzależnieniem i problemami, które są jego wynikiem, myślą nawet o śmierci, która mogłaby „rozwiązać" ich problemy (np. ok. 60% patologicznych hazardzistów rozważa samobójstwo, a 20-30% podejmuje próby samobójcze). Wiele uzależnionych osób nie jest w stanie wyobrazić sobie, że rozwój uzależnienia można zatrzymać, a jednocześnie, pomimo uzależnienia, cieszyć się życiem, mieć szczęśliwą rodzinę, przyjaciół i żyć godnie.

[1] Neuroprzekaźnik (neurotransmiter) – związek chemiczny przenoszący sygnały pomiędzy komórkami nerwowymi.

[2] Wg WHO są to umiejętności (zdolności), umożliwiające człowiekowi pozytywne zachowania przystosowawcze, dzięki którym skutecznie radzi sobie z zadaniami (wymaganiami) i wyzwaniami codziennego życia.

[3] ***Trzeźwe myśli***, 124, Media Rodzina 1996

Tak jak potrafimy, już od wielu lat, skutecznie pomagać osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych, a nasze programy terapeutyczne mieszczą się w ścisłej światowej czołówce, tak profesjonalna pomoc osobom cierpiącym z powodu uzależnień behawioralnych pozostawia jeszcze sporo do życzenia. W związku z tym istnieje pilna potrzeba uzupełnienia wiedzy specjalistów leczących osoby uzależnione zarówno o problematykę diagnozy oraz terapii uzależnień behawioralnych.

Ponieważ **patologiczny hazard** będzie szczegółowo omówiony w kolejnym referacie chciałbym tylko zwrócić uwagę na dwa problemy z nim związane. Pierwszy dotyczy osób, które mają w sobie „żyłkę hazardzisty", a jednocześnie mają bardzo ograniczone możliwości finansowe, większe poczucie odpowiedzialności bądź mniej odwagi, wybierają bardziej bezpieczne gry liczbowe, konkursy audiotele, tzw. „zdrapki"[4] czy niedrogie loterie. Zdarza się, że część z tych osób traci, w pewnym momencie, kontrolę nad swoimi zachowaniami, a chęć zysku i dreszczyk związany z ryzykiem biorą górę. Wówczas wydają coraz więcej pieniędzy na loteryjne losy bądź kupony lotta albo dziesiątki razy wykręcają telefoniczne numery telewizyjnych konkursów, kupują dziesiątki egzemplarzy tego samego pisma, żeby „wydrapać" obiecany samochód lub przynajmniej odkurzacz. Sygnałem, że sprawy posuwają się zbyt daleko staje się dopiero niewiarygodnie wysoki rachunek telefoniczny lub podliczenie ogólnej wartości „drobnych" kwot wydanych na pojedyncze losy, kupony czy kolorowe pisma. Te obiektywnie niewielkie kwoty bywają często bardzo poważnym obciążeniem dla niewielkiego budżetu emerytów czy rencistów, którzy zaczynają grać, licząc na poprawienie swojej sytuacji materialnej czy zdobycie wymarzonego przedmiotu. Badania mówią, że tego rodzaju gry cieszą się największą popularnością, a jednocześnie można przypuszczać, że ich uczestnicy niestety nie dostrzegają w nich żadnego zagrożenia. Drugi problem to hazard elektroniczny. Niebezpieczeństwa, jakie wiążą się z tą formą hazardu są efektem jego pełnej anonimowości, stałego i niekontrolowanego dostępu do kasyna *on-line* (także dla dzieci i młodzieży) bez wychodzenia z domu oraz brakiem presji czasu. Jednocześnie osoba grająca nie ma kontaktu z gotówką, dlatego często zapomina o istnieniu i o wartości pieniędzy. Pomimo znanych dobrze zagrożeń, jeszcze niedawno, podejmowane były w Polsce próby wprowadzenia w Polsce tzw. wideoloterii w sieci terminali wideo ((tzw. VLTs - video lottery terminals) połączonych z centralnym systemem sprawozdawczym i monitorującym, w nieograniczonej ilości punktów i bez kontroli wieku grających. Wideoloterie są niezwykle niebezpieczne, ponieważ łączą cechy automatów oraz loterii i tym samym stanowią poważne zagrożenie uzależnieniem, szczególnie dla osób bardzo młodych. Stwierdzono bowiem, że największy wpływ na powstawanie problemów związanych z hazardem mają takie czynniki jak: częstotliwość zdarzeń (tzn. im krótsze są odstępy czasowe pomiędzy poszczególnymi grami oraz okazjami do obstawienia wyniku, tym ryzyko jest większe), częstotliwość wypłat (tzn. im krótszy jest czas między obstawianiem a wynikiem i wypłatą tym ryzyko jest większe), dostępność (tzn. im większa tym większe ryzyko), wysokość wygranej (tzn. im większe bywają wypłaty tym większe jest złudzenie, że możliwe jest odzyskanie dotychczas utraconych pieniędzy) oraz wiara we własne zdolności i umiejętności przewidywania wyniku co daje poczucie kontroli nad swoim graniem (zjawisko określane jako „psychologia chybionego strzału" - ang. *near miss-psychology*).

[4] Pierwsza zdrapka wprowadzona została w 1974 roku, w stanie Massachussetts, była to tektura pokryta lateksem, możliwym do zdrapania.

Uzależnienie od komputera/od sieci to zjawiska, na które zwrócono uwagę stosunkowo niedawno, bo dopiero w połowie lat 90. ub. stulecia. Nic w tym dziwnego, bo pierwszy komputer zbudowany został w 1946 roku w Filadelfii (zajmował powierzchnię 140 m2, ważył 27 ton), natomiast pierwszy komputer osobisty skonstruowano dopiero w latach 70. Pierwsze prototypowe fragmenty sieci powstały w Stanach Zjednoczonych w latach 1966-1967. W 1973 roku dołączyły do nich komputery europejskie. Parę lat temu liczba użytkowników internetu na świecie przekroczyła miliard. Początki internetu w Polsce to rok 1991, kiedy to fizyk z Uniwersytetu Warszawskiego nawiązał łączność z Uniwersytetem w Kopenhadze. Nikt wówczas nie przypuszczał, że dalszy rozwój, odbywający się głównie dzięki wykorzystywaniu komputera dla potrzeb wojska i biznesu, spowoduje zagrożenie dla zdrowia, jakim jest uzależnienie. Badania wykazują bowiem, że rozwój uzależnienia następuje dosyć szybko i tak 25% internautów uzależniło się już w ciągu pierwszych 6 miesięcy od rozpoczęcia wędrówek po sieci, 58% - w ciągu 6-12 miesięcy, a 17% - po ponad roku.

Pionierka badań nad uzależnieniem od internetu dr Kimberly Young z University of Pittsbourgh (USA) wyróżniła pięć podtypów uzależnienia związanego z komputerem, tj.:

- *erotomanię internetową* (cyberseksual addiction) – np. oglądanie filmów i zdjęć o charakterze pornograficznym, uczestniczenie w chatach o tematyce seksualnej itp.;
- *socjomanię internetową* czyli uzależnienie od internetowych kontaktów społecznych (cyber-relationship addiction) – np. chat-roomy, grupy dyskusyjne, poczta elektroniczna, które zastępują rodzinę i przyjaciół.
- *uzależnienie od sieci internetowej* (net compulsions) – np. uzależnienie od gier hazardowych (internetowy patologiczny hazard w kasynach sieciowych), od gier sieciowych (przeciwnik jest żywym człowiekiem, który również siedzi w tym momencie przy monitorze), od aukcji czy zakupów on-line;
- *przeciążenie informacyjne* czyli *przymus pobierania informacji* (information overload) – np. poszukiwanie nowych informacji, przeszukiwanie baz danych;
- *uzależnienie od komputera* (computer addiction) – np. gry komputerowe.

Do tych podtypów można dodać jeszcze uzależnienie od blogów polegające na śledzeniu cudzych historii życia opisywanych na stronach internetowych lub opisywaniu własnych historii. Jako formę uzależnienia od internetu można także traktować hakerstwo. Specyficzną formą uzależnienia od internetu jest coraz bardziej popularny wirtualny świat - Second Life.

Kimberly Young opracowała też zestaw pytań ułatwiających postawienie diagnozy uzależnienia od internetu (Internet Addiction Disorder). Zdaniem autorki, udzielenie twierdzącej odpowiedzi na pięć spośród ośmiu pytań przemawia za istnieniem patologicznego uzależnienia od internetu. Oto pytania:

1. Czy czuje się Pan/i zaabsorbowana/y internetem do tego stopnia, że ciągle rozmyśla o odbytych sesjach internetowych i/lub nie może doczekać się kolejnych sesji)?

2. Czy odczuwa Pan/i potrzebę zwiększenia ilości czasu spędzanego przy internecie, aby uzyskać większe zadowolenie (mieć więcej satysfakcji)?
3. Czy podejmował/a Pan/i wielokrotnie, nieudane próby kontrolowania, ograniczania lub zaprzestania korzystania z internetu?
4. Czy odczuwał Pan/i wewnętrzny niepokój, miał/a nastrój depresyjny albo był/a rozdrażniona/y wówczas, kiedy próbował Pan/i ograniczać lub przerwać korzystanie z internetu?
5. Czy zdarza się Pani/Panu spędzać przy internecie więcej czasu niż pierwotnie planowałaś/eś?
6. Czy kiedykolwiek ryzykował/a Pan/i utratą bliskiej osoby, ważnych relacji z innymi ludźmi, pracy, nauki albo kariery zawodowej w związku z ze spędzaniem zbyt dużej ilości czasu w internecie?
7. Czy kiedykolwiek skłamał/a Pan/i swoim bliskim, terapeutom albo komuś innemu w celu ukrycia twojego nadmiernego zainteresowania internetem?
8. Czy używa Pan/i internetu w celu ucieczki od problemów, albo w celu uniknięcia nieprzyjemnych uczuć (np. poczucia bezradności, poczucia winy, niepokoju lub depresji)?

W 2007 roku Amerykańskie Towarzystwo Medyczne (American Medical Association) rekomendowało Amerykańskiemu Towarzystwu Psychiatrycznemu włączenie Uzależnienia od Internetu (Internet Addiction Disorder) do kolejnej tj. V wersji DSM, która ma ukazać się w 2013 roku. Uzależnienia od Internetu ma zostać również włączone do ICD-11 (prawdopodobnie będzie to rok 2015). Zanim znajdzie się ono w kolejnych rewizjach tych klasyfikacji powinno być traktowane tak jak schorzenia z kategorii „Zaburzenia nawyków i popędów" lub „Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne".

Podobnie jak w innych uzależnieniach podstawową formą leczenia jest psychoterapia, a najlepsze efekty daje nurt poznawczo-behawioralny (CBT). W leczeniu uzależnienia od komputera lub od sieci ważna zmiana sposobu korzystania z komputera, z którego i tak trzeba korzystać w związku z pracą czy nauką. Podczas leczenia, w ramach treningu nowych zachowań, nierzadko montowany jest w komputerze alarm, który po upływie określonego czasu przypomina o tym, że należy zostawić komputer i przejść do innej aktywności. Konieczne w leczeniu jest także przygotowywanie szczegółowego realistycznego planu dnia uwzględniającego określenie ram czasowych korzystania z komputera czy z internetu, a także innych codziennych aktywności z wypoczynkiem włącznie. Realizacja takiego planu powinna zmienić dotychczasowe zwyczaje i zagospodarować na nowo te obszary życia, które zostały zaniedbane w wyniku uzależnienia. Davis (2001) zaproponował, aby podczas leczenia stosować 10 wspomagających je zasad tj.:

1. usytuować komputer w miejscu uniemożliwiającym izolowanie się,
2. korzystać z komputera w obecności innych osób,
3. zmieniać pory korzystania z internetu (komputera) oraz robić przerwy,
4. odnotowywać codziennie swoje wszystkie aktywności (w tym czas spędzany przy komputerze),
5. nie używać w sieci pseudonimów,
6. rozmawiać o swoim problemie z bliskimi i znajomymi,
7. wykonywać ćwiczenia fizyczne,
8. robić, stopniowo coraz dłuższe, przerwy w korzystaniu z internetu (komputera),
9. starać się kontrolować swoje myśli dotyczące internetu,
10. robiąc przerwy, korzystać z technik relaksacyjnych.

Bardzo pomocna jest tez zmiana rytmu korzystania z sieci, tj. więcej krótszych, a mniej dłuższych sesji. Niestety nie mamy jeszcze w Polsce placówek, które prowadziłyby terapię tego uzależnienia w sposób wysoce profesjonalny.

Termin **pracoholizm** został po raz pierwszy użyty przez psychologa Wayne'a Oatesa w 1968 roku, poprzez analogię do alkoholizmu. Nie ulega wątpliwości, że pracoholizm jest jedynym uzależnieniem, które posiada społeczną akceptację, a zachowania pracoholików są powszechnie szanowane. Zaangażowanie w pracę utożsamiane jest ze zdrowym, skutecznym i pozytywnie postrzeganym przez społeczeństwo stylem życia. Można przyjąć, że pracoholizm jest to: *stan psychiczny charakteryzujący się przede wszystkim stałym, wewnętrznym przymusem (silną potrzebą) wykonywania pracy lub innych czynności z nią związanych, przymusem myślenia o pracy oraz poczuciem dyskomfortu (złego samopoczucia) w sytuacjach, kiedy możliwość wykonywania pracy jest utrudniona*. Jest to stan uzależnienia od wykonywanej pracy, powodujący zaburzenie równowagi między istotnymi elementami życia codziennego. O pracoholizmie można także mówić wówczas, kiedy związek jednostki z jej pracą stanowi poważną konkurencję dla innych ważnych związków, kiedy praca stała się źródłem większej satysfakcji niż życie rodzinne i inne dotychczasowe relacje i zamiłowania.

Opierając się na kryteriach diagnostycznych uzależnień wg ICD-10 zaproponowałem przed laty, aby pracoholizm (uzależnienie od pracy) rozpoznawać wówczas, kiedy w okresie ostatniego roku stwierdzono obecność co najmniej trzech objawów z poniższej listy:

1. silną potrzebę lub poczucie przymusu wykonywania czynności związanych z pracą zawodową;
2. subiektywne przekonanie o mniejszych możliwościach kontrolowania swoich zachowań związanych z pracą, tj. trudności w powstrzymywaniu się od wykonywania czynności zawodowych, w kontrolowaniu ilości czasu poświęcanego na wykonywanie czynności związanych z pracą zawodową oraz w kontrolowaniu ilości wykonywanych zadań zawodowych;
3. występowanie, przy próbach przerwania lub ograniczenia pracy, stanów niepokoju, rozdrażnienia czy gorszego samopoczucia oraz ustępowanie tych stanów z chwilą powrotu do wykonywania zadań zawodowych;
4. spędzanie coraz większej ilości czasu w pracy w celu zredukowania niepokoju, osiągnięcia zadowolenia czy dobrego samopoczucia, które poprzednio uzyskiwane były w normalnym czasie pracy;
5. postępujące zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub dotychczasowych zainteresowań na rzecz wykonywania obowiązków zawodowych.

6. wykonywanie czynności zawodowych pomimo szkodliwych następstw (fizycznych, psychicznych i społecznych), o których wiadomo, że mają związek z poświęcaniem dużej ilości czasu na pracę.

Należy jednocześnie pamiętać, że powyższe zachowania/objawy nie mogą być następstwem innego zaburzenia np. epizodu hipomanii lub manii.

Mówiąc o pracoholizmie należy tez wspomnieć o tym, że czasami zaangażowanie w pracę może nawet doprowadzić do śmierci. Pierwszy przypadek nagłej śmierci odnotowano w 1969 roku w Japonii i nadano mu nazwę **karoshi**. Karoshi odnosi się do przypadków zgonów w wyniku zaburzeń krążeniowo-sercowych u osób przeciążonych pracą i narażonych na silny stres. Dotyczy głównie tzw. „ludzi sukcesu" pracujących ponad 60 godzin tygodniowo i w niewielkim stopniu wykorzystujących urlopy. W kulturze japońskiej śmierć z przepracowania kojarzona jest z sukcesem, jest to wyróżnienie dla rodziny, a posiadanie w rodzinie kogoś, kto w ten sposób rozstał się z życiem jest powodem do dumy.

Podobnie jak w innych uzależnieniach podstawową formą leczenia jest psychoterapia, a najlepsze efekty daje nurt poznawczo-behawioralny (CBT). W leczeniu uzależnienia od pracy ważne jest opracowanie i wprowadzanie w życie „planu równowagi" oraz harmonogramu kolejnych działań z podziałem na poszczególne dni i tygodnie. Szczególnie ważne jest ustawienie wyraźnych granic między pracą a domem (życiem rodzinnym), wyznaczenie konkretnych godzin, które w żadnym wypadku nie mogą zostać zaburzone w związku z pracą, a także nabycie umiejętności oceny ważności i delegowania zadań. Niestety nie mamy w Polsce odpowiedniej liczby specjalistów i placówek proponujących profesjonalna terapię. Leczenie pracoholików jest poważnym wyzwaniem dla terapeutów. Tak jak we wszystkich uzależnieniach podstawowym problemem jest rozbrojenie systemu zaprzeczeń i identyfikacja z uzależnieniem. Podczas terapii należy być bardzo ostrożnym, żeby nie uszkodzić poczucia własnej wartości związanego z sukcesami na polu zawodowym oraz nie przeszkodzić w pokonywaniu kolejnych etapów kariery zawodowej.

Pracoholicy, którzy nie mogą zdecydować się na pomoc profesjonalistów, mają możliwość korzystania z doświadczeń, założonej w 1983 roku przez pracownika księgowości i nauczyciela szkolnego z Nowego Jorku, wspólnoty samopomocowej Anonimowych Pracoholików (Workaholics Anonymous). Osoby bliskie mogą uzyskać wsparcie w Grupach Rodzinnych Work-Anon. W Polsce pojawiły się już pierwsze grupy Anonimowych Pracoholików.

Kupnoholizm (zakupoholizm, kompulsywne zakupy) to uzależnienie od dokonywania zakupów, od kupowania rzeczy (często niepotrzebnych), to przymus kupowania różnych przedmiotów/artykułów czy tez inne niekontrolowane robienie zakupów wpływające niekorzystnie na funkcjonowanie człowieka. Powtarzające się, kompulsywne zakupy bywają czasami reakcją na negatywne wydarzenia czy przykre stany emocjonalne i prowadzą do spadku napięcia i poprawy samopoczucia po dokonaniu zakupu. Skłonność do kompulsywnych zakupów opisana została po raz pierwszy na początku XX wieku przez Kraepelina (1915) i Bleulera (1924), który określił ją jako patologiczny odruch kupowania i nazwał ją oneomania (gr. *oneomai* = kupić). Później zaczęto używać nazwy oniomania (gr. *onios* = na sprzedaż, *mania* = szaleństwo). Pierwsze badania dotyczące kupnoholizmu pojawiły się w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie w połowie lat 80.

Kupnoholizm nie ma jeszcze swojego miejsca w klasyfikacji chorób i zaliczany bywa najczęściej do zaburzeń kompulsywno-obsesyjnych, zaburzeń kontroli impulsów czy do zaburzeń nastroju. Coraz częściej rozpatruje się jednak to zjawisko w kategoriach uzależnień. Krytycy takiego podejścia zarzucają medykalizację problemów związanych z zachowaniami i traktują kupnoholizm jako problem moralny, podobnie jak przed laty traktowano alkoholizm (uzależnienie od alkoholu). Zanim uzależnienie od zakupów znajdzie się w kolejnej Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) oraz w Klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM) powinno być ono traktowane podobnie jak schorzenia z kategorii „Zaburzenia nawyków i popędów" lub „Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne".

Wśród kupnoholików można można wyróżnić „łowców okazji" tj. osoby kupujące głównie na wyprzedażach, przecenach, promocjach itp. (ważny jest akt kupowania, a dobry zakup podnosi poczucie wartości); „kolekcjonerów" (np. ubrań, biżuterii, telefonów komórkowych czy gadżetów); „zbieraczy nowości" (modnych i nowych przedmiotów), a także osoby, które zaspokajają potrzebę kupowania samym tylko oglądaniem dóbr (*window shoping*). Jedną z cech wspólnych dla wielu kupnoholików jest to, że wiele zakupionych przedmiotów nigdy nie jest używana, a nawet rozpakowywana. O kupnoholizmie mogą m.in. świadczyć następujące zachowania:

1. Dokonywanie zakupów jest sposobem na poprawianie samopoczucia (poprawienie nastroju, redukcję lęku czy radzenie sobie z samotnością).
2. Spędzanie znacznej ilości czasu na zakupach w centrach handlowych lub na aukcjach internetowych.
3. Częste (czasami obsesyjne) myśli o planowanych, kolejnych zakupach.
4. Wydawanie pieniędzy na zakupy zamiast na opłacanie rachunków domowych.
5. Pożyczanie pieniędzy na kolejne zakupy.
6. Odczuwanie podniecenia w związku z planowanymi zakupami.
7. Przeżywanie euforii podczas zakupów (podczas wydawania pieniędzy)
8. Poczucie winy i wstydu po dokonaniu zakupów.
9. Kupowanie niepotrzebnych przedmiotów i chowanie ich często nawet bez rozpakowania.
10. Kłamstwa na temat tego, co się kupiło lub ile pieniędzy wydało się na zakupy
11. Ukrywanie większości zakupów w obawie przed krytyką.
12. Kłótnie z bliskimi w związku z dokonywanymi zakupami i wydawanymi na nie pieniędzmi.
13. Posiadanie „tajnych" kart kredytowych i kont bankowych,

Pomocna w diagnozowaniu kupnoholizmu i uzależnienia od komputera/sieci, a także innych uzależnień behawioralnych, jest wspomniana już wcześniej adaptacji kryteriów diagnostycznych uzależnienia wg ICD 10. Należy tylko wstawić w miejsce kropek odpowiednie zachowanie:

1. silna potrzeba lub poczucie przymusu .....
2. subiektywne przekonanie o istnieniu trudności w kontrolowaniu zachowań związanych z ….... tj. upośledzenie kontroli nad powstrzymywaniem się od ..... oraz nad długością czasu poświęconego na .....
3. występowanie, przy próbach przerwania lub ograniczenia ..... niepokoju, rozdrażnienia czy gorszego samopoczucia oraz ustępowanie tych stanów po .....
4. poświęcanie coraz większej ilości czasu na ..... w celu uzyskania zadowolenia czy dobrego samopoczucia, które poprzednio uzyskiwane były w krótszym czasie
5. postępujące zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub dotychczasowych zainteresowań na rzecz .....
6. kontynuowanie ..... pomimo szkodliwych następstw, o których wiadomo, że mają związek z .....

Podobnie jak w innych uzależnieniach podstawową formą leczenia jest psychoterapia, a najlepsze efekty daje nurt poznawczo-behawioralny (CBT). Często konieczne jest skorzystanie z doradztwa finansowego i doradztwa w kwestii rozsądnego zarządzania pieniędzmi i / lub spłaty zadłużenia. Podejmowane dotychczas próby farmakoterapii nie pozwalają jeszcze na rekomendowanie do rutynowego stosowania, żadnego z dotychczas badanych leków. Niestety nie ma jeszcze w Polsce zbyt wielu programów terapeutycznych i placówek, które potrafiłyby, w sposób profesjonalny, zająć się leczeniem kupnoholizmu.

Pomocne w poradzeniu sobie z kompulsywnymi zakupami są także, istniejące od 1968 roku, grupy Anonimowych Dłużników ((pierwsza taka grupa powstała w Polsce, w ub. roku w Poznaniu), których w końcu lat 90 było ok. 500 oraz grupy Shoppers Anonymous (Anonimowych Klientów, Anonimowych Kupujących). Grupy te pracują w oparciu o zaadaptowany dla swoich potrzeb Program Dwunastu Kroków AA.

Na zakończenie chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na fakt, że należy być bardzo ostrożnym w używaniu takich słów jak – uzależnienie lub nałóg - bowiem stały się ono ostatnio bardzo modne i zbyt często są wykorzystywane do określania tego, co kiedyś nazywano „hobby", „pasja", „konik" czy „szajba" czyli ulubionych zajęć (czynności), sprawiających przyjemność i wykonywanych w wolnym czasie. Coraz częściej słyszy się bowiem o takich „uzależnieniach" jak np.: *mediaholizm (środki masowej informacji*, *seriale, kolorowe pisma* itp.), *fonoholizm (telefon komórkowy)*, *ortoreksja* (przesadnie „zdrowe" odżywianie się), *permareksja* (przesadne zliczanie i pilnowanie kalorii), *bigoreksja* (dbałość o umięśnienie połączona często z przyjmowaniem sterydów), *vigoreksja* (specjalna dieta dla „idealnej muskulatury), *tanoreksja* (nadmierne opalanie się), *bridoreksja* (drastyczna dieta dla dobrej sylwetki na dzień ślubu), *pregoreksja* (obsesja diety dla dobrej sylwetki podczas ciąży, bez uwzględniania potrzeb płodu), *czekoholizm* (jedzenie dużych ilości czekolady), *alkoreksja* (głodzenie się młodych kobiet i przyjmowanie „pustych" kalorii z alkoholu) itp.

Leczenie uzależnień uwzględnia trzy podejścia:

- biomedyczne (oparte głównie na farmakologii) – *„uczulanie", hamowanie tzw. przymus picia czy brania, osłabianie „nagradzającego" działania substancji psychoaktywnych, zmniejszanie nasilenia „głodu" czy potrzeby kompulsywnych zachowań.*
- psychoterapeutyczne (wykorzystujące różne nurty psychoterapii, najczęściej nurt poznawczo-behawioralny) – dąży do: *zmiany przekonań, przyzwyczajeń, zachowań, postaw, relacji z innymi ludźmi, a także sposobów przeżywania, odczuwania, reagowania, myślenia itp. – umożliwiając tym samym funkcjonowanie bez substancji psychoaktywnych i szkodliwych zachowań kompulsywnych,*
- kompleksowe (oddziaływania psychoterapeutyczne + wsparcie farmakologiczne),

Żadna teoria biologiczna ani żadna ze szkół psychoterapii nie wypracowała dotychczas jednej teorii wyjaśniającej etiologię uzależnień ani jedynej, najbardziej skutecznej metody leczenia uzależnień. Na dzień dzisiejszy podstawową formą leczenia uzależnień jest psychoterapia, która może być, w ściśle określonych przypadkach wspierana farmakoterapią. Osoby, które decydują się na leczenie, uczestnicząc w programie psychoterapii uzależnień mogą liczyć m.in. na:

- uzyskanie obszernej wiedzy na temat uzależnień i problemów z nimi związanych,
- weryfikację swoich motywów podjęcia leczenia,
- „uporządkowanie" sfery życia duchowego,
- zweryfikowanie swoich zachowań,
- zmianę miejsca kontroli zachowań związanych z kompulsywnymi zachowaniami,
- pomoc w „uporządkowaniu" relacji społecznych.

Profesjonalnie przygotowane programy zdrowienia powinny być planowane na okres wielu miesięcy, a nawet lat. Początek terapii to najczęściej paro- lub kilkutygodniowe, intensywne i ustrukturalizowane oddziaływania prowadzone w warunkach stacjonarnych przez okres kilku tygodni bądź intensywne programy ambulatoryjne trwające 1-2-3 lata. Jednocześnie należy pamiętać, że leczenie stacjonarne osób uzależnionych, w odróżnieniu od leczenia szpitalnego innych schorzeń, nie jest przeznaczone wyłącznie dla szczególnie ciężkich bądź „beznadziejnych" przypadków. Warunki stacjonarne umożliwiają zwiększenie intensywności zajęć, a poprzez to osiągnięcie w znacznie krótszym czasie tego, co dają wielomiesięczne programy ambulatoryjne. Drugi etap leczenia to uczestniczenie w tzw. programie opieki poszpitalnej, czyli terapia uzupełniająca bądź podtrzymująca, prowadzona w warunkach ambulatoryjnych, utrwalająca i pogłębiająca uzyskane wcześniej efekty.

Proponowane postępowanie powinno zakończyć się zatrzymaniem rozwoju choroby. Należałoby, więc postrzegać je nie jako tradycyjnie rozumiane leczenie, lecz bardziej jako opiekę czy doradztwo w radzeniu sobie z chorobą oraz pomoc w przebudowie osobowości poprzez uruchomienie istniejących w człowieku rezerw, umożliwiających zmianę zachowań, odczuwania, przeżywania, reagowania itp. Chorobę, jaką jest uzależnienie, należałoby więc postrzegać bardziej jako defekt ważnych umiejętności życiowych, chociaż nie należy bagatelizować wpływu czynników biologicznych na powstanie i rozwój uzależnienia, a leczenie

traktować jako naukę tych umiejętności,. Osobami kompetentnymi w leczeniu uzależnień są specjaliści terapii (psychoterapii) uzależnień, bowiem sam dyplom lekarza czy psychologa nie świadczy wcale o posiadaniu niezbędnej wiedzy i umiejętności w zakresie diagnostyki i terapii uzależnień. Miejscem leczenia powinny być - placówki terapii uzależnień.

Niezwykle cennym uzupełnieniem terapii jest korzystanie z **Programu Dwunastu Kroków**, który:

- ułatwia uzyskanie wglądu w istotę uzależnienia oraz w samego siebie,
- umożliwia analizę swoich kontaktów interpersonalnych,
- wspiera w poznawaniu i potencjalnych możliwości własnego rozwoju,
- daje wskazówki, w jaki sposób można powracać do zdrowia,
- wyznacza kierunek i etapy procesu zmiany.

Zdrowienie z uzależnień w oparciu o ten Program jest bardzo zbliżone do tego co można uzyskać podczas psychoterapii, bowiem podobnie jak psychoterapia umożliwia on usunięcie środkami psychologicznymi objawów choroby oraz uzyskanie korzystnych zmian w stanie zdrowia oraz w relacjach z innymi. Realizacja Programu wymaga wielu lat pracy, systematyczności i znacznego wysiłku, ale jednocześnie umożliwia uzyskanie korzystnych zmian w stanie zdrowia i zachowaniu. Cele sformułowane w Dwunastu Krokach realizowane są przez poszczególnych członków grup w sposób indywidualny i często odmienny, a „Kroki" proponują jedynie kolejność przeprowadzania analizy własnych doświadczeń i dokonywania zmian. Niezwykle ważna rola przypada tzw. sponsorowi, czyli bardziej doświadczonemu członkowi wspólnoty, który uczy podopiecznego rozumienia Programu i postępowania zgodnego z tym Programem.

Szczególną wartością jest to, że osoby realizujące Program Dwunastu Kroków, wzorują się na własnych doświadczeniach, zamiast na wiedzy pochodzącej z zewnątrz tzn. od profesjonalistów. Samopomoc opiera się więc nie na modelu teoretycznym, lecz na doświadczalnym czyli na wiedzy zgromadzonej przez ludzi, którzy sami mają jakiś problem i zebrali się w celu rozwiązania tego problemu. W grupie samopomocy obowiązuje zasada równości i dlatego wszyscy jej członkowie mają taki sam status. Uczestnictwo w grupie jest całkowicie dobrowolne, każdy z uczestników decyduje o sobie, natomiast grupa odpowiedzialna jest wyłącznie za własne decyzje.

Warto wiedzieć, że część wspólnot samopomocowych posiada swoje strony WWW:

- www.aa.org.pl - strona wspólnoty anonimowych alkoholików
- www.al-anon.org.pl - strona grup rodzinnych al-anon i alateen
- www.hazardzisci.org - strona wspólnoty anonimowych hazardzistów
- www.anonimowinarkomani.org - strona wspólnoty anonimowych narkomanów
- www.slaa.pl - strona wspólnoty anonimowych uzależnionych od seksu i miłości
- www.sa.org.pl - strona wspólnoty anonimowych seksoholików
- www.anonimowizarlocy.org - strona wspólnoty anonimowych żarłoków
- http://augk.110mb.com/ - strona anonimowych uzależnionych od komputera

Piśmiennictwo u autora

Diagnoza patologicznego hazardzisty i kierunki pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi od hazardu.

Barbara Wojewódzka

specjalista psychoterapii uzależnień
Gabinet Leczenia Uzależnień w Gnieźnie

Co jest hazardem?

Najczęściej hazard definiowany jest jako „zaangażowanie w grę, której wynik zależy w części lub całości od losu i w której stawkami są pieniądze lub dobra materialne" (Dzik, 2004). Zatem zgodnie z definicją do tego typu gier należy(oprócz gry w kasynie i na automatach) również: bingo, lotek, stawianie w wyścigach konnych, w innych grach sportowych, także w takich, w których wymagane są umiejętności, jak np. golf, bilard stołowy, a oprócz tego różne loterie (także smsowe), gry internetowe, spekulacje giełdowe. Wyobraźmy sobie, jak zaskoczonym może być gracz giełdowy, kiedy uzna się jego „strategie" za grę hazardową. W słowniku języka polskiego „hazard" oznacza „ryzykowne przedsięwzięcie, którego wynik zależy od przypadku". Ryzyko, przypadek, traf nieodłącznie towarzyszą takiej rozrywce, która dla większości pozostanie na poziomie beztroskiej zabawy, ale nieliczni gracze angażują się w hazard coraz bardziej, by ostatecznie doświadczać wielu poważnych problemów.

Diagnoza patologicznego hazardu

Nie każdy grający uzależnia się, a nałogowi gracze są w mniejszości i żeby rozpoznać takie zaburzenie, muszą wystąpić konkretne objawy (tak jak w innych chorobach). Podobnie jak w przypadku uzależnionych od substancji psychoaktywnych stosuje się różne narzędzia rozpoznawania skali zaangażowania w hazard. Najstarszym jest kwestionariusz 20 pytań Anonimowych Hazardzistów (Gambler Anonymous 20 Questions), innymi narzędziami są SOGS (South Oak Gambling Screen), CPGI (Canadian Problem Gambling Index) czy kwestionariusz zachowań hazardowych KFG Petry & Baulig. Tego typu testy (dostępne w Internecie) chętnie wypełniają osoby, które rozważają, czy „już należy się martwić". Moje doświadczenia kliniczne pokazują, że w warunkach terapeutycznych dobrze jest wspólnie z pacjentem omówić kwestionariusz. Szczególnie na początku leczenia, hazardzista jest rozkojarzony, ma chaos w głowie i w emocjach, więc nie raz zdarza się, że ma trudności z koncentracją. Poza tym działanie mechanizmów uzależnienia (wszystkich równocześnie), uniemożliwia realną ocenę swojej sytuacji. Testy przesiewowe mogą z jednej strony skutecznie powstrzymać potencjalnego pacjenta poradni przed nieuchronną patologią, a z drugiej strony stać się dowodem, że „nie jest ze mną jeszcze tak źle" (ten typ myślenia pojawia się najczęściej u osób, które zaczynają doświadczać pewnych szkód, spowodowanych nadmierną grą hazardową) .

Klasyfikacja DSM-IV

Po raz pierwszy patologiczny hazard uznano jako zaburzenie zdrowia psychicznego w 1980 roku w amerykańskiej klasyfikacji DSM – III i umieszczono w grupie zaburzeń kontroli impulsów.

W 1994 roku zostały opublikowane **kryteria diagnostyczne patologicznego hazardu według DSM – IV,** które są lepiej zoperacjonalizowane niż obowiązujący w Polsce ICD-10. Co najmniej pięć z przedstawionych poniżej uporczywych i nawracających zachowań jest związanych z uzależnieniem od hazardu.

- zaabsorbowanie hazardem, np. przeżywanie minionych doświadczeń związanych z graniem, planowanie kolejnych przedsięwzięć, myślenie o sposobach zdobycia pieniędzy na hazard;
- zwiększanie ilości czasu i pieniędzy przeznaczonych na udział w grze, by osiągnąć ten sam pożądany poziom satysfakcji;
- podejmowanie powtarzających się, bezowocnych wysiłków w celu ograniczenia lub zaprzestania uprawiania hazardu;
- odczuwanie niepokoju lub irytacji przy próbach ograniczania lub przerwania gry;
- traktowanie gry jako sposobu ucieczki od problemów lub środka na uśmierzenie poczucia bezradności, winy, lęku, depresji, itp.;
- „odgrywanie się", czyli próby odzyskania utraconych podczas gry pieniędzy;
- okłamywanie innych, np. członków rodziny czy terapeutów, w celu ukrycia rozmiarów swojej aktywności hazardowej;
- podejmowanie nielegalnych działań, takich jak np. fałszerstwo, oszustwo, kradzież malwersacja, w celu zdobycia pieniędzy na grę;
- narażanie na szwank lub utratę z powodu zaangażowania w hazard ważnych związków interpersonalnych, pracy, możliwości edukacyjnych;
- szukanie u innych pomocy w zdobyciu pieniędzy na poprawę swojej złej sytuacji finansowej spowodowanej przez granie.

Problemowe granie rozpoznajemy wówczas, gdy gracz spełnia 3-4 kryteria DSM-IV.

W kolejnej edycji DSM – V należy spodziewać się odrębnej kategorii: zaburzenia hazardowe.

Klasyfikacja ICD-10

Kryteria diagnostyczne podaje także Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) i są one zbliżone do prezentowanych w DSM-IV.

Obowiązująca od stycznia 1998 r. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10 podnosi patologiczny hazard do rangi osobnego zaburzenia psychicznego **F 63.0** i definiuje je jako „zaburzenie polegające na często powtarzającym się uprawianiu hazardu, który przeważa w życiu człowieka ze szkodą dla wartości i zobowiązań społecznych, zawodowych, materialnych i rodzinnych".

Patologiczny hazard zalicza się według ICD-10 do kategorii zaburzeń nawyków i popędów (impulsów) F63.0 obok piromanii, kleptomanii, trichotillomanii (uporczywe i nawracające wyrywanie włosów) oraz innych i nieokreślonych zaburzeń.

Wspólną cechą wszystkich zaburzeń kontroli impulsów jest to, że dana osoba doświadcza nieodpartego impulsu, któremu towarzyszy narastające napięcie. Impuls może być lub nie być wstępnie uświadomiony i/lub osoba może starać się go powstrzymać. Kiedy osoba podda się temu impulsowi, ma poczucie ulgi, które jest tak intensywne, że można je nazwać stanem euforycznym. Wielu hazardzistów przyznaje, że czują chęć życia tylko wtedy, gdy oddają się hazardowi.

Opierając się na kryteriach diagnostycznych zaproponowanych przez ICD-10 patologiczny hazard (F63.0) rozpoznaje się wtedy, gdy w okresie ostatniego roku stwierdzono obecność, co najmniej trzech objawów z poniżej wymienionych (Woronowicz, 2007):

- silna potrzeba lub poczucie przymusu hazardowego grania;
- subiektywne przekonanie o istnieniu trudności w kontrolowaniu zachowań związanych z hazardowym graniem, tj. upośledzenie kontroli nad powstrzymywaniem się od gry oraz długością nad długością czasu poświęcanego na hazard;
- występowanie niepokoju, rozdrażnienia lub gorszego samopoczucia przy próbach przerwania czy ograniczania grania oraz ustępowania tych stanów z chwila powrotu do gry;
- spędzanie coraz większej ilości czasu na graniu w celu uzyskania zadowolenia lub dobrego samopoczucia, które poprzednio uzyskiwane były w krótszym czasie;
- postępujące zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub dotychczasowych zainteresowań na rzecz grania;
- kontynuowanie hazardowego grania pomimo szkodliwych następstw (fizycznych, psychicznych i społecznych), o których wiadomo, że mają związek z hazardem.

Chociaż wg ICD 10 patologiczny hazard nie jest uzależnieniem, w dużym stopniu zaburzenie to, spełnia kryteria uzależnienia od substancji psychoaktywnych, zatem pacjenta zgłaszającego się do poradni rozumiemy podobnie jak alkoholika.

Podczas diagnozowania istotne jest, aby patologiczny hazard odróżnić od:

- hazardu i zakładania się (Z72.6), które polegają na częstym uprawianiu hazardu w celu rozrywki lub zdobycia pieniędzy, osoby takie potrafią powstrzymać swoje zachowania, jeśli ponoszą duże straty;
- hazardu uprawianego w fazie maniakalnej psychozy maniakalno-depresyjnej (F30.-);
- hazardu uprawianego przez osoby z zaburzeniem osobowości typu socjopatycznego (F60.2), które przejawiają szerokie spektrum zaburzeń zachowania społecznego.

Diagnozując patologicznego hazardzistę należy zwrócić uwagę na możliwość współwystępowania innych zaburzeń, np. nadużywania i/lub uzależnienia od alkoholu F10, tytoniu, F17, marihuany F12, kokainyF14 oraz środków pobudzających, w tym kofeiny F15.

Kariera gracza

Podobnie jak w przypadku uzależnionego od alkoholu hazardzista choruje na postępujące i dynamiczne zaburzenie. Im młodziej zaczyna grać, tym bardziej narażony jest na jego szkodliwe skutki. Początek jest niegroźną zabawą i nie ma osób, które stawiając swoje pierwsze kroki w hazardzie myślały, że mogą się uzależnić. Coraz większa dostępność miejsc, w których można grać (nawet w sklepach, na stacjach paliw), przekonuje, że nie jest to niebezpieczne, bo pewnie byłoby trudniej dostępne. Należy również pamiętać, że do osób będących w grupie ryzyka należą pracownicy zakładów bukmacherskich, salonów gier czy kasyn. Ponieważ gracz nie od razu się uzależnia, warto przyjrzeć się szczeblom jego „kariery" (Woronowicz, 2007).

Faza zwycięstw

Charakteryzuje ją granie okazjonalne, fantazjowanie na temat wielkich wygranych. Oczywiście osoba taka nie widzi w tym nic niebezpiecznego. W czasach nastawionych na posiadanie różnych dóbr, ściganie się, rywalizację, podnoszenie poprzeczek - oczekiwanie „szybkich pieniędzy" nie wzbudza obaw. Niewielkie kwoty od czasu do czasu przeznaczane na hazard są traktowane jak środki na relaks. Kiedy jednak zdarzy się duża wygrana, zmienia niektórym w zasadniczy sposób podejście do hazardu. Powtarzające się wygrane powodują u nich coraz intensywniejsze pobudzenie. Badania eksperymentalne wskazują, że hazard jest bardzo podniecający (tętno badanego gracza wzrasta wraz z podejściem do stołu w kasynie o 81 uderzeń na minutę). W wywiadach patologiczni hazardziści wskazują na dużą potrzebę pobudzenia czy podniecenia, które ostatecznie jest głównym czynnikiem wzmacniającym zachowania związane z grą, u ponad 60% nałogowych graczy istotny wpływ ma skłonność do poszukiwania mocnych wrażeń (Brown, 1997). Zaczynają również wykazywać nieuzasadniony optymizm. Wierzą, że zawsze będą górą, a w przypadku osiągnięcia „wielkiej wygranej" dążą do jej powtórzenia, częściej ryzykują coraz to większe kwoty. Przekonują swoich bliskich, że nie tracą jak inni pieniędzy, a raczej znaleźli dodatkowe źródło dochodu.

Faza strat

Gracz zaczyna myśleć, że korzystniej jest stawiać wysokie zakłady, bo i nagroda będzie wyższa. Powoduje to coraz większe straty, a w razie powodzenia spłaca długi. Zdobywa pieniądze z różnych źródeł, czasami nielegalnych. Unika wierzycieli i cały czas wierzy, że wkrótce nastąpi kolejna „wielka wygrana". Gra kosztem pracy i domu, kłamie i zaczyna ukrywać swoje uzależnienie. Właściwie przez cały czas koncentruje się na rozmyślaniu o sposobach gry, może również rozważać zmianę rodzaju uprawianego hazardu, np. przestaje wysyłać zakłady bukmacherskie, albo jeździć do kasyna a znajduje lokal, w którym odkrywa „uroki" automatów. Straty oczywiście nie dotyczą tylko finansów. Koledzy w pracy przestają pożyczać pieniądze, bo gracz nie oddaje ich na czas, nie zapraszają go na wspólne wyjście do baru na piwo, bo nie można go oderwać od automatów i jeszcze, gdy przegra zachowuje się agresywnie. W domu jest gościem, bliscy ukrywają przed nim pieniądze, wartościowe przedmioty i cały czas go kontrolują.

Faza desperacji

Hazardzista zaczyna doświadczać negatywnych konsekwencji grania – izolacji od rodziny i przyjaciół, może nawet utraty pracy. Presja wierzycieli popycha go często ku przestępstwom (np. wyłudzenie kredytów bankowych, okradanie bliskich, znajomych, obcych). W konsekwencji powoduje to psychiczne wyczerpanie, pojawiają się wyrzuty sumienia, poczucie winy, bezradność i depresja. Desperacko próbuje spłacać długi, wikła w to rodzinę, przekonując ich, że jeśli zwrócą dłużnikom pieniądze, to on przestanie grać i problem zniknie. Zrozpaczona rodzina często tak robi, mając nadzieję, że przerwie to koło nieszczęść. Niestety obie strony pogrążają się jeszcze bardziej w destrukcji. Wydaje się, że coś się musi zadziać, bo „dłużej tak być nie może".

Faza utraty nadziei

Hazardzista w skutek negatywnych konsekwencji swoich zachowań traci wiarę w możliwość wyjścia z tej sytuacji. W związku z tym mogą wystąpić myśli i próby samobójcze oraz nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

Zostają wówczas 4 drogi wyjścia: samobójstwo, przestępczość i więzienie, ucieczka np. w inne uzależnienia lub zwrócenie się z prośbą o pomoc, co okazuje się dla wielu bardzo trudne

Leczenie patologicznego hazardu

W Polsce leczy się pacjentów z rozpoznaniem patologicznego hazardu, podobnie jak uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Oferujemy terapię stacjonarną lub ambulatoryjną prowadzoną zgodnie z wymaganiami, które stawia Narodowy Fundusz Zdrowia lub inne instytucje finansujące proces leczenia. W wielu ośrodkach, jeśli nie w większości, korzysta się z psychoterapii integracyjnej, koncepcji psychologicznych mechanizmów uzależnienia Mellibrudy czy transteoretycznej teorii zmiany. Coraz częściej można spotkać oferty uwzględniające inne szkoły psychoterapeutyczne – wynika to podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez specjalistów uzależnień. Dotychczasowe doświadczenia terapeutyczne i wnioski naukowe ukazują uzależnienie od hazardu jako samodzielną jednostkę chorobową wśród zaburzeń psychicznych, która wymaga odpowiedniej rehabilitacji z uwzględnieniem specyficznych dla hazardzistów propozycji w leczeniu. Nozologicznie jest traktowane jako zaburzenie kontroli impulsów, które jest opisywane jako syndrom uzależnienia. W odróżnieniu od nałogów od substancji, leczenie patologicznego hazardu nie dzieli się na fazę odtruwania i odwyku. Ambulatoryjna terapia jest zalecana, gdy:

- Środowisko jest wspierające
- Sytuacja mieszkaniowa jest stabilna
- Pacjent posiada pracę lub jest w stanie ją pozyskać
- Pacjent jest zdolny do aktywnej współpracy i dotrzymania planu terapii w poradni
- Hazardzista chce i jest w stanie dotrzymać abstynencji w trakcie leczenia ambulatoryjnego.

Pojedynczy nawrót w rehabilitacji ambulatoryjnej nie musi prowadzić do zmiany formy leczenia.

Jeśli powyższe punkty nie są spełniane, należy uwzględnić terapię w warunkach stacjonarnych.

W psychoterapii hazardzistów istotną funkcję spełnia ambiwalencja, która związana jest z kontekstem rozpoczęcia leczenia. Z jednej strony nałogowy gracz szuka pomocy z powodu poważnych konsekwencji, a z drugiej pamięta pozytywne doświadczanie hazardu, z którego musi zrezygnować w terapii. Korzystając z modelu zmiany Prochaski, Diclemente i Norcrossa można pomóc pacjentowi świadomie uporać się z wątpliwościami.

Zarówno w Polsce jak i krajach Europy Zachodniej czy Kanadzie w terapii hazardzistów stosuje się interwencje poznawczo – behawioralne, które podkreślają konieczność pracy nad przekonaniami na temat hazardu (zniekształcenia poznawcze) oraz wzmacnianie alternatywnych do grania pozytywnych wzmocnień.

Ponieważ terapia hazardzistów przebiega wspólnie z uzależnionymi od substancji psychoaktywnych należy zwracać uwagę na to co jest wspólne, a co należy traktować osobno. Zważywszy na specyfikę działania psychologicznych mechanizmów uzależnienia, praca terapeutyczna w takiej mieszanej grupie ma także oddziaływania prewencyjne.

Bibliografia

- Blaszczyński A. (1998) Overcoming Compulsive Gambling: A Self Help Guide Using Cognitive Behavioural Techniques. London, England: Constable& Robinson
- Brown, R., Iain, F. (1997), *Problem nawrotów z perspektywy uzależnienia od gier hazardowych* w: Gossop, Michael, Nawroty w uzależnieniach, Warszawa : Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition* (1994), Washington, D. C.: American Psichiatric Association
- Dzik, B., (2004), *Hazard* w: red. Tyszka, T., Psychologia ekonomiczna, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Horodecki, I. (2009), *Wenn das Gluecksspiel zum problem wird…*,Wien: Spielsuchthilfe
- *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10* (2000), Kraków – Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius" Instytut Psychiatrii i Neurologii
- Niewiadomska, I., Brzezińska, M., Lelonek, B., (2005), *Hazard*, Lublin: Wydawnictwo KUL, Wydawnictwo „Gaudium"
- Wojewódzka B., Dąbrowska K. (2011), Gra, zabawa czy nałogowe granie? Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa

Problemy seksualne osób uzależnionych. Diagnoza i terapia osób uzależnionych od seksu.

prof. dr hab. n. med.
Violetta Skrzypulec – Plinta

seksuolog, dziekan Wydziału Opieki Zdrowotnej
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Normą w seksuologii nazywamy granice „zwyczajnych" zachowań seksualnych w kontekście norm: partnerskiej, prawnej, religijnej, etycznej, obyczajowej, ewolucyjnej i statystycznej. Ponieważ nie da się ich zdefiniować jednoznacznie, każdy przypadek dysfunkcji należy rozpatrywać osobno oraz pod kątem szeregu wyznaczników. Wyznacznikami pozwalającymi odróżnić normę od patologii jest obustronna akceptacja, dojrzałość, dążenie do obustronnej rozkoszy, nieszkodzenie sobie i innym. Normą optymalną nazywamy praktyki i zachowania seksualne, które – ze względu na swoje właściwości - są najbardziej właściwe z punktu widzenia indywidualnego i społecznego. Norma akceptowalna to zachowania seksualne, które nie stanowią optimum, lecz nie ograniczają rozwoju osobniczego człowieka oraz nie utrudniają mu nawiązania głębokich więzi międzyludzkich. Norma tolerowana to zachowania seksualne, których ocena jest różna z punktu widzenia normy lub patologii oraz uzależniona od kontekstu sytuacyjnego i charakteru układu partnerskiego.

Uzależnienie seksualne jest chorobą charakteryzująca się stałą potrzebą uczestniczenia w sytuacjach o podłożu seksualnym. Czynność ta ma destrukcyjne skutki objawiające się we wszystkich płaszczyznach życia. Seks który zaczyna mieć charakter uporczywy i obsesyjny staje się najważniejszym elementem życia.

Objawami uzależnienia są: ciągłe skupianie uwagi i fantazjowanie na temat seksu, poszukiwanie i zdobywanie nowych partnerów oraz podejmowanie współżycia bez względu na sytuację, w różnych porach dnia, a także w wielu niesprzyjających temu okolicznościach – wszystko, by potwierdzić swoją doskonałość seksualną. Osoba uzależniona utożsamia normalne sytuacje życiowe i codzienne zachowania ludzkie nadając im seksualne znaczenie. Wynikiem uzależnienia mogą być: kompulsywna masturbacja, natręctwa seksualne, częsta zdrada i zmiana partnerów. Tak jak nałogach, osoba uzależniona nie przyznaje się do choroby, broni siebie obwiniając bliskich o brak zrozumienia, winę upatruje w „dużym temperamencie".

Następstwami dla uzależnianego od seksu mogą być straty o podłożu zdrowotnym, czyli zaburzenia seksualne, choroby przenoszone drogą płciową, nieplanowane ciąże, wycieńczenie organizmu, a także choroby na tle układu nerwowego. Uzależnieni od seksu, częściej popełniają ciężkie przestępstwa: gwałt, kazirodztwo, molestowanie seksualne dzieci lub nadużywanie seksualne wobec osób niepełnosprawnych umysłowo. Obok strat zdrowotnych i wykroczeń na tle seksualnym, wymienić możemy straty finansowe: korzystanie z usług prostytutek, kupno gadżetów erotycznych, pornografia, seks-telefon. Nałóg dotyka także sferę emocji osoby uzależnionej. Trwałe koncentrowanie uwagi, fantazjowanie na temat seksu zaburza zdrowe myślenie, uniemożliwia skupienie się i wykonywanie codziennych czynności. Brak nadziei na powrót do normalnego funkcjonowania powoduje, że osoby uzależnione są niespokojne, roszczeniowe, a ich życie trwa w ciągłym kłamstwie, zaprzeczaniu bądź usprawiedliwianiu.

Uzależnienie od seksu dzielimy na 4 fazy. Pierwszą z nich jest poszukiwanie przyjemności. Ten okres ma miejsce wtedy, kiedy osobą uzależnioną kieruje ciekawość seksualna. Lubi ona eksperymentować w sferze seksu, inicjuje kontakty seksualne, wszystko po to, by kompensować pojawiające się trudności w życiu - uczuciem przyjemności. W tej fazie osoba prawidłowo funkcjonuje nie zaniedbując swoich obowiązków rodzinnych, zawodowych i społecznych.

Pojawiające się trudności są kompensowane przyjemnością czerpaną z doznań seksualnych. Kolejną fazą uzależnienia jest odurzanie się przyjemnością. To stan, kiedy czynności prowadzące do stanu ekstazy stają się codziennością. Uzależniony uodparnia się na bodźce seksualne, więc zaczyna sięgać do coraz to silniejszych praktyk seksualnych. Pojawiają się pierwsze destrukcyjne zmiany w zachowaniu, choć osoba chora nieustannie myśli, iż panuje nad swoim życiem i emocjami. Dalszym etapem jest stawianie przyjemności jako celu nadrzędnego. W tym okresie priorytetem jest likwidacja stanu wynikającego z braku odczuwania przyjemności. Funkcjonowanie uzależnione jest od przyjemności erotycznych. Człowiek chory traci kontrolę nad własnym zachowaniem i obojętne stają mu się inne czynności codzienne. Używa metod obronnych - czyli neguje i racjonalizuje, tak, by wierzyć w normalność swojego postępowania.

Stan odurzenia przyjemnością jako ostatnia faza uzależnienia od seksu polega na ciągłym odczuwaniu stanu rozkoszy w trakcie czynności seksualnych bądź na odczuwaniu przykrości i stanu rozdrażnienia, kiedy brak takich praktyk. W wyniku uzależnienia jednostka zmienia się na osobę egoistyczną i skoncentrowaną na redukowaniu złego samopoczucia. Osoba taka skupia się na niwelowaniu przykrego stanu, a jej zachowania seksualne mogą przyjmować dewiacyjne formy (np. przemoc, zoofilia czy pedofilia).

Leczenie nałogu seksoholizmu jest trudne i nigdy nie można być pewnym całkowitego wyleczenia, zawsze, możliwy jest (nie tak rzadko spotykany) nawrót choroby. Terapia różni się od leczenia innych uzależnień, ponieważ celem nie jest zupełne odrzucenie kontaktów seksualnych (przyczyny uzależnienia), ale powrót wraz z nimi do zdrowego i świadomego życia płciowego. Podczas terapii osoby uzależnione starają się unikać określonych sytuacji i zachowań, które mogą uruchamiać niepożądane zachowania. Terapia może być grupowa i indywidualna. Programy terapeutyczne dla uzależnionych od seksu zalecają, aby pacjenci na początku terapii powstrzymywali się od jakiejkolwiek aktywności seksualnej, łącznie z masturbacją, przez okres od 30 do 90 dni. Bardzo ważnym jest włączenie partnera osoby chorej do wspólnej terapii. Według P. Carnesa etapy leczenia erotomanii można podzielić na trzy zasadnicze okresy:

- **Odstawienia** - w którym dochodzi do zatrzymania autodestrukcyjnych zachowań, zdefiniowania abstynencji, osiągnięcia równowagi, przełamanie izolacji, opanowania kryzysu, redukcji wstydu.
- **Celibatu** - zaprzestanie wszelkich form fizycznego wyrażania seksualności, zmiana stylu życia, zaakceptowanie siebie i budowanie prawidłowych więzi międzyludzkich.
- **Zdrowej seksualności.**

Zagrożenia wynikające z Internetu

Obecnie na świecie jest 750 mln użytkowników Internetu. Liczba ta dynamicznie się powiększa – o ok. 20-30% rocznie. „Sex" jest najczęściej wyszukiwanym słowem. Według statystyk 15 mln internautów spędza w sieci średnio 9,8 godzin tygodniowo. W Polsce z Internetu korzysta 29% osób powyżej 15 roku życia. Do stałego korzystanie przyznaje się 23% (ok. 7,2 mln) osób w wieku powyżej 15 lat. Najwięcej internautów występuje w woj. mazowieckim (18,9%), śląskim (12,6%), wielkopolskim (10,1%). Codziennie łączy się z netem 60% użytkowników sieci.

Technologia sama w sobie nie spowodowała niezgodnych z prawem zachowań, tak jak wynalezienie samochodu nie było powodem kontaktów seksualnych nastolatków. Spowodowała natomiast nowe możliwości i ułatwiła realizację pewnych zachowań. Wraz z rozwojem Internetu pojawiła się nowa forma kontaktów erotycznych określana mianem **cyberseksu** lub **seksu komputerowego** polegającego na wirtualnym kontakcie, w trakcie którego dwie lub więcej osób łączą się zdalnie poprzez sieć komputerową i wysyłają do siebie pobudzające seksualnie komunikaty, opisujące własne doznania. Społeczności wirtualne mogą czasem upodabniać się do rzeczywistych: dla niektórych ludzi Internet jest „równoległym wymiarem", w którym wykonują często więcej funkcji niż w świecie realnym. Niski koszt, wysoka efektywność i multimedialny charakter informacji przekazywanych w sieci sprzyjają szybkiemu rozwojowi różnych form „wirtualnego" życia społecznego, również o charakterze seksualnym. Zgodnie z najnowszymi danymi, w skali ogólnoświatowej, 200 mln osób uprawia seks z wirtualnym partnerem, z tego uzależnionych od cyberseksu jest 65 mln użytkowników Internetu. Szacuje się, że w Polsce jest ok. 40 tysięcy uzależnionych od cyberseksu, w USA – 6% populacji (ok. 5 mln osób). Z badań prof. Z. Izdebskiego „Seks w Internecie", zrealizowanych przez TNS OBOP w 2005 r., wynika, że 51% interneutów wykorzystuje sieć do zawierania nowych znajomości. Choć 89% osób ujawnia przy tym choć jedną ze swoich danych osobowych, zazwyczaj imię, to jednak większość jest ostrożna. Jedynie 6% internautów przyznało się do ujawnienia wszystkich danych osobowych. Młodsi internauci w wieku 15-19 lat rzadziej od starszych ujawniają swoje dane osobowe. Częściej natomiast kłamią, szczególnie odnośnie swego wieku i wizerunku, a także wykształcenia, zainteresowań i miejsca zamieszkania.

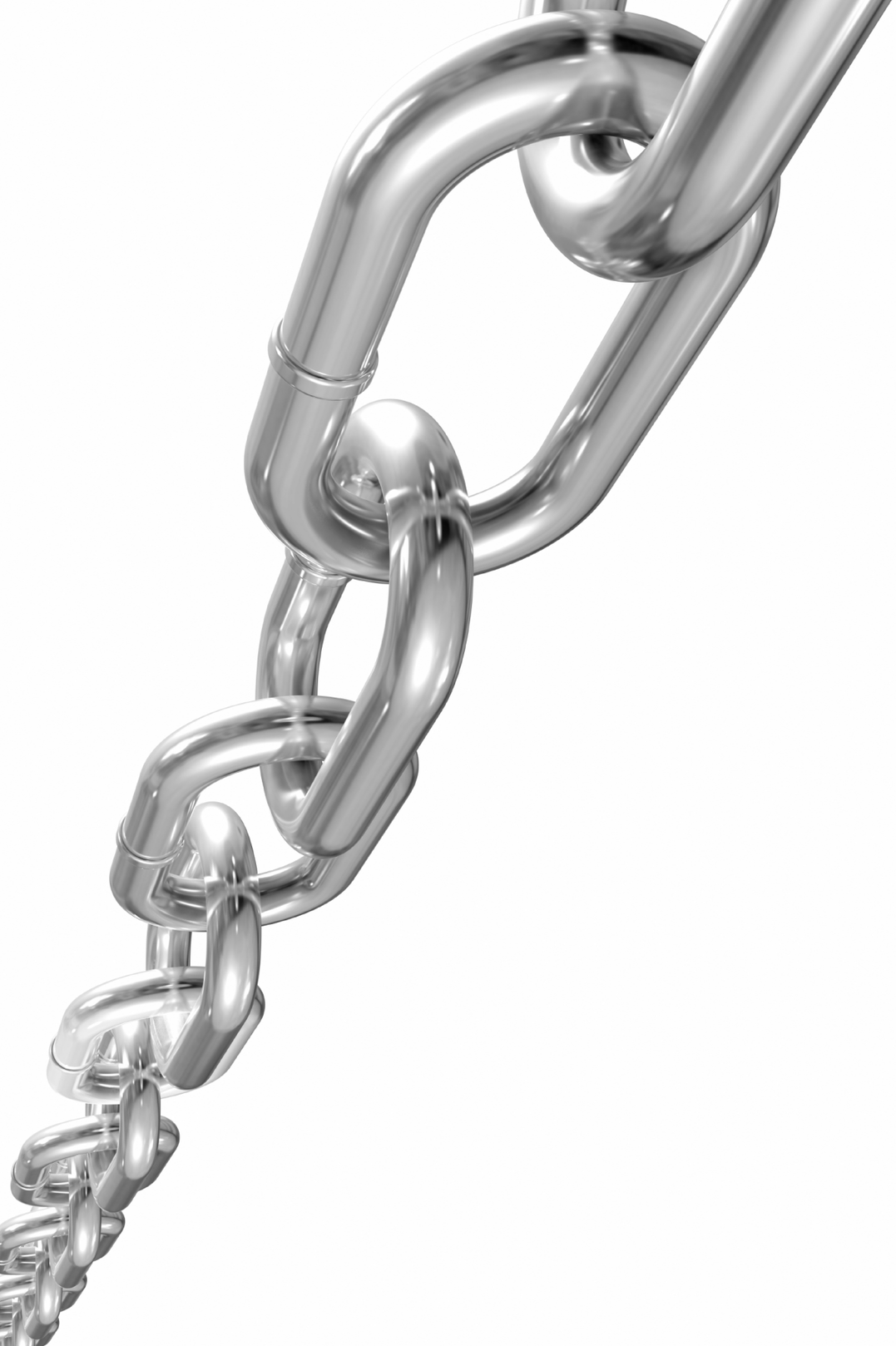
Charakteryzując cyberseks w świecie wirtualnym oraz seks w świecie realnym można wyróżnić następujące elementy:

Cyberseks	Świat realny
Nie wymaga czasu na budowanie więzi	Wymaga czasu na budowanie więzi
Modyfikowalność	Niewielka modyfikowalność
Brak zobowiązań	Zobowiązania
Zakładany przez użytkowników brak ryzyka	Ryzyko STD
Dostępność	Mała dostępność partnera
Brak usprawiedliwienia odmowy	Narażenie na odmowę kontaktów

O uzależnieniu od cyberseksu możemy mówić gdy kontakt z siecią staje się: konieczny do osiągnięcia satysfakcji seksualnej, jest przymusowy, staje się celem samym w sobie, nałogiem oraz dominującą aktywnością życiową. Cyberseks umożliwia użytkownikom podawanie się za dowolną osobę, zmianę płci, redukcję obaw przed zbliżeniem, redukcję obaw przed przemocą seksualną czy wykorzystaniem, poczucie panowanie nad związkiem, indywidualizm dozowania doznań. Kontakt internetowy jest tylko bardziej wyrafinowaną formą masturbacji, upośledza, spłaszcza proces tworzenia więzi erotycznej, jest przyczyną rozluźnienia więzi partnerskich, może prowadzić do patologii seksualnych.

Na podstawie:

- Gapik L. Rozwój psychoseksualny człowieka, 1998
- Rzepka J. (red): Zagadnienia prorodzinnej edukacji seksuologicznej i profilaktyki HIV/AIDS, 2003
- Niewiadomska I. Seks. W serii: *Uzależnienia: fakty i mity*. 2005
- Lew-Starowicz Z., V. Skrzypulec (red.). Podstawy seksuologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.



Uzależnienia behawioralne w woj. opolskim

ks. Marcin Marsollek

specjalista psychoterapii uzależnień, superwizor,
kierownik Wojewódzkiego Ośrodka Terapii
Uzależnienia i Współuzależnienia w Opolu

Wprowadzenie

Żyjemy w czasach dużego pośpiechu, mamy coraz mniej czasu na refleksję i bliski kontakt z sobą. Słyszymy informacje o narastającym stresie wśród ludzi pracujących zawodowo. Zmęczenie, stres, pośpiech domagają się zregenerowania sił i odpoczynku, brak czasu uniemożliwia ludziom wyrównywanie swoich deficytów, emocjonalnych i zdrowotnych. Z drugiej strony pojawia się coraz więcej ofert umożliwiających łatwą regulację swojego nastroju, frustracji czy zmęczenia. Reklama nawołuje do pocieszania się, do dowartościowania poprzez nabywanie nowych przedmiotów. Konsumpcja staje się nową formą relaksu, pociechy. Kultura masowa promuje posiadanie, wyraźnie następuje zmiana nastawiania w antropologii z „być" na „mieć". Coraz częściej człowiek wartościuje samego siebie poprzez zgromadzone przedmioty, czy zaliczone przeżycia. Powstaje wśród młodych ludzi tendencja do zaliczania intensywnych doświadczeń, żeby coś poczuć. Coraz częściej etyka, moralność, praca nad sumieniem schodzi na plan dalszy albo jest w ogóle pomijana. Coś co porządkuje życie człowieka staje się narzędziem zapomnianym albo nie używanym. Żyjemy w świecie gdzie jesteśmy namawiani do gromadzenia, posiadania, przeżywania nowych doświadczeń. Nowe technologie coraz częściej człowieka bawią, ale też zwodzą, kultura masowa jest świetną przestrzenią, w której wyrastają nowe zależności oparte na rozbudzonych i niezaspokojonych potrzebach ludzkich. Coraz częstsza niedojrzałość psychiczna i zatrzymanie się na poziomie popędowym powoduje, że człowiek staje się „braczem" chce brać i doznawać, poszukując coraz nowszych doznań, wikłając się w nałogowe zachowania. Hazard, korzystanie z komputera, internetu, gier komputerowych, wypełnia często pustkę emocjonalną, samotność, staje się lekarstwem na frustracje życiowe, czy też formą ucieczki od trudnych problemów. Poniżej znajduje się opis najczęściej spotykanych uzależnień behawioralnych w woj. opolskim.

Uzależnienia behawioralne: komputer, Internet

Komputer wpisał się już na dobre w naszą cywilizację, młode pokolenia bardzo szybko opanowują możliwości medialnych technologii. Internet i bycie w rzeczywistości wirtualnej może być czymś pasjonującym, ale też wystawiać na pokusę zaspakajania swojej ciekawości bez żadnych granic i norm. Rzeczywistość wirtualna nie ma granic czasowych ani moralnych, łatwo się w niej zatracić, spotkamy tam treści, które na pewno wzbogacą człowieka, ale też takie, które mogą spowodować uraz, tramę, zaburzyć proces rozwoju, zwłaszcza u młodego człowieka.

Media a młody człowiek

Bardzo często rodzice aby mieć trochę spokoju od swoich dzieci pozwalają dzieciom korzystać z komputera, konsoli do gier z internetu. Obcowanie z komputerem po jakimś czasie staje się jedyną formą rozrywki, bez żadnej innej alternatywy, dziecko przyzwyczaja się do obcowania z komputerem, czasem ma z nim bardzo silną więź emocjonalną, szybko opanowuje komunikatory, surfowanie, odkrywa fascynujący świat wirtualny. Bezkrytyczne korzystanie z komputera powoli zmienia wrażliwość emocjonalną dziecka. Dziecko, które przez kilka godzin gra na komputerze jest poddane dużej stymulacji, nieustanne dostarczanie bodźców powoduje, że dziecko staję się napięte, agresywne, walcząc ze stworami, czy bohaterami swoich gier, musi być twarde i skuteczne w zabijaniu przeciwników. Gry komputerowe bardzo mocno wciągają młodego człowieka, zmieniając jego próg wrażliwości, bardzo często odwrażliwiając, blokując rozwój wyższej emocjonalności, dziecko ma problemy z empatią, współpracą, wdzięcznością, docenianiem innych. Jest nastawione na rywalizacje, walkę, pokonywanie i eliminowanie słabszych. Zmienia się także mentalność i percepcja dziecka, dziecko przyjmuje filozofie życia na skróty, łatwego sukcesu, a podstawowym narzędziem w osiąganiu celu jest siła. Gry komputerowe preferują wartość „mocy" w różnych odmianach i sposobach użycia. Dziecko, które spędza kilka godzin przed komputerem jest nadmiernie pobudzone, ma kłopoty z koncentracją, zatraca powoli to, co jest normą i prawdą obiektywną. Nie ma jeszcze ukształtowanego sytemu wartości, granic moralnych, sumienia, bardzo częstym kryterium wyboru jest doznawana przyjemność. Młody człowiek wybiera w oparciu o swoje doznania, idzie za tym co przyjemne i niekoniecznie dobre dla jego osoby oraz rozwoju. Rodzice w pierwszym okresie mają rzeczywiście spokój, bo dziecko jest zajęte światem wirtualnym, nie biega, nie chce wyjść na basen, nie spotyka się z rówieśnikami. Problem zaczyna się wtedy gdy dziecko wypada z systemu edukacyjnego, przestaje się uczyć, nie chce chodzić do szkoły, bo rzeczywistość wirtualna stała się tak silna i wypełniła tyle czasu, że nie ma już możliwości odrabiania lekcji, a nauka i rozwój intelektualny przestały być atrakcją. Kolejny problem to przenoszenie wzorców negatywnych z gier na relacje rówieśnicze. Pojawia się problem agresji w relacjach, czasem przyjmuje bardzo wyrafinowane i bezwzględne zachowania. Bardzo wczesne wejście w świat wirtualny bez nadzoru rodziców stwarza u młodych ludzi niezwykle podatny grunt dla uzależnień behawioralnych, które w dorosłym życiu dynamicznie się rozwijają, zmieniając jedynie rodzaj uzależnienia.

Grupy uzależnionych behawioralnie nastolatków.

Pierwsza grupa to młodociani pacjenci w przedziale wiekowym od 17 do 20 roku życia, pacjenci grający na stosunkowo łatwo dostępnych automatach: jednoręki bandyta, gry on –line, internet, czatowania, gry sieciowe. Pacjenci, którzy swoje deficyty emocjonalne regulują rzeczywistością wirtualną. Gry sieciowe i maszyny przeważają u chłopców, natomiast czatowanie, poczta, komunikatory u dziewcząt.

Źródła, przyczyny: Niedostępny emocjonalnie rodzic, choć obecny fizycznie (przynajmniej jeden). Słabe relacje z rodzicami, niski poziom umiejętności interpersonalnych, deficyty emocjonalne, poczucie wyizolowania, poczucie niezrozumienia przez własnych rodziców, niskie poczucie własnej wartości, mała skuteczność w nauce i edukacji. To osoby poszukujące bliskości, wrażeń, cierpiące na poczucie pustki. Im bardziej są zostawione emocjonalnie przez rodziców, tym bardziej są obstawione sprzętem elektronicznym, komputerem, konsolami, itd. Rodzice "gadżetami" próbują zrekompensować dolegliwości emocjonalne, dają dzieciom coraz częściej przedmioty, zamiast czasu, uwagi i bliskości.

Druga grupa wiekowa - powyżej 18 roku życia do 35 lat.

Bycie „w sieci" przyjmuje postać codziennych, wielogodzinnych, a często nawet nieprzerwanych sesji, których skutkiem bywa spiętrzanie się problemów rodzinnych, szkolnych, zawodowych czy towarzyskich. Dochodzi do tego, że osoba uzależniona ogranicza czas na sen, odży-

wianie, naukę czy pracę – po to tylko, by mieć go więcej na dostęp do internetu i korzystanie z niego w wybrany przez siebie sposób: granie, czatowanie, portale społecznościowe, facebook, nasza klasa, i inne. Fenomen facebooka stał się elementem zaabsorbowania kulturą celebrytów, dzięki sieciom społecznościowym wszyscy mamy możliwość cieszyć się wzajemnym zainteresowaniem.

U pacjentów można zauważyć:

- Silne pragnienie lub poczucie przymusu korzystania z dostępu do Internetu, bycia na portalach społecznościowych, ciągłego sprawdzania poczty elektronicznej, korzystania z gier on-line czy czatu.
- Trudności z samokontrolą dotyczącą powstrzymania się od włączenia przeglądarki internetowej, komputera, sprawdzenia poczty, włączenia gry.
- Wystąpienie zespołu abstynencyjnego (np. złe samopoczucie wywołane brakiem dostępu do Internetu).
- Zaistnienie tolerancji, tj. sytuacji, w której dla osiągnięcia zamierzonego efektu konieczne jest coraz częstsze i dłuższe korzystanie z Internetu.
- Utratę zainteresowań oraz przyjemności istniejących przed uzależnieniem się.
- Uporczywe korzystanie z dostępu do Internetu (w różny sposób) mimo bezspornych dowodów na destrukcyjny wpływ na zdrowie oraz stosunki społeczne.
- Erotomanię internetową.
- Socjomanię internetową, czyli uzależnienie od internetowych kontaktów społecznych.
- Uzależnienie od sieci internetowej.
- Przeciążenie informacyjne, czyli przymus pobierania informacji.
- Czas wolny jest wypełniony i podporządkowany Internetowi.

Coraz częściej spotykamy osoby, które nie rozstają się nawet na chwilę z telefonem komórkowych i nigdy go nie wyłączają. Niektóre z nich nasłuchują bez przerwy czy przypadkiem ich telefon nie dzwoni albo czy nie nadszedł jakiś SMS, zawsze mają przy sobie zapasową baterię na wypadek gdyby ta w telefonie wyczerpała się. Wyłączenie telefonu powoduje wystąpienie objawów przypominających objawy abstynencyjne, takie jak niepokój, zaburzenia snu, rozdrażnienie, a nawet agresja. Podobnie jak w innych uzależnieniach osoby uzależnione od telefonu komórkowego nie identyfikują się na ogół z tym problemem, a bardzo wysokie rachunki telefoniczne nie są dla nich żadnym argumentem.

Kolejna grupa to dorośli mężczyźni powyżej 30 roku życia do 55 roku

Uzależnieni mężczyźni od hazardu - maszyny grające (jednoręki bandyta), zakłady bukmacherskie, lotto – zakłady systemowe, poker, ruletka.

Bezrobotni, szukający rozwiązania swoich problemów finansowych, wypełnienie nudy, relaks, szukający adrenaliny, stymulacji.

Osoby pracujące za granicą

Część z osób uzależnionych dodatkowo spożywa alkohol w sposób ryzykowny, szkodliwy, sięga co pewien czas po marihuanę. Niektórzy oprócz hazardu mają już współwystępujące uzależnienia chemiczne.

Uzależnione kobiety – wiek 20 do 30 – komunikatory, czatowanie.

Uzależnione kobiety – wiek od 30 do 45 lat i powyżej – zakupoholizm – samotność, niepokój, zerwane bądź osłabione relacje, niezaspokojone potrzeby emocjonalne, regulowanie stanów depresyjnych i problemów.

Samotne kobiety, gospodynie domowe – kupno rzeczy z katalogów telefonicznych, zmawianie katalogów, przeglądanie reklam, oglądanie kanałów z telezakupami, kupowanie zbędnych, niepotrzebnych rzeczy. Odwiedzanie centr handlowych, butików, śledzenie promocji, mody. Te osoby są zorientowane w ofertach sieci supermarketów. Charakteryzuje je nadmierne kupowanie kosmetyków i biżuterii.

Osoby te regularnie wolny czas spędzają na zakupach w centrach handlowych, gdzie poszukują wrażeń, relaksu, ale także adrenaliny, najczęściej w weekendy.

Niektóre osoby uzależnione z kolei kupują przez cały rok, a ich nałóg dotyczy często rzeczy konkretnego typu: butów, sprzętów kuchennych, ubrań. Zamawianie prezentacji domowych, sprzętu kuchennego: garnków, odkurzaczy, opiekaczy, kołder zdrowotnych, ekologicznych.

Choć nie jest to regułą - niektórym wystarczy zakup czegokolwiek. U mężczyzn najczęściej jest to zakup markowych gadżetów.

Pracoholicy

Pracoholizm dotyczy najczęściej dorosłych mężczyzn, którzy opuścili swoje rodziny wyjeżdżając do pracy za granicę. Możemy zauważyć takie problemy jak: utrata rodziny, rozpad małżeństwa, brak relacji z dziećmi, brak relacji emocjonalnej, samotność, poczucie izolacji, nieradzenie sobie z rozłąką. Cały świat, przestrzeń życiowa zostają zawężone do pracy, następuje wzajemne odzwyczajenie się partnerów od siebie.

Pracoholicy to osoby najczęściej po 50 roku życia. Współwystępujące uzależnienie to alkoholizm albo szkodliwe spożywanie alkoholu. Jeśli się zgłaszają do leczenia to szukają pomocy z powodu alkoholizmu, albo odrzucenia przez rodzinę w momencie kiedy chcą zakończyć pracę za zagranicą. Praca staje się naczelną wartością, osoby te są tak pochłonięte swoją pracą zawodową, że nie znajdują czasu dla rodziny, na sen i odpoczynek czy też na kontynuację swoich dotychczasowych zainteresowań. Spotykamy także sytuacje, kiedy praca wymyka się całkowicie spod kontroli i staje się prawdziwą obsesją. Wówczas czas poświęcany na wykonywanie jakichkolwiek innych czynności traktowany jest jako czas stracony, a odpoczynek przestaje być brany pod uwagę, bo przecież w tym czasie można „załatwić" tak wiele spraw związanych

z pracą. Dni wolne od pracy wyzwalają u osób uzależnionych od pracy poczucie dyskomfortu, a nawet cierpienia co można nazwać swoistym zespołem abstynencyjnym.

Pobyt poza pracą jest tylko fizyczny, bowiem przez cały czas nurtują ich natrętne myśli dotyczące obowiązków zawodowych. Myśli te obecne są podczas rozmów z bliskimi, oglądania telewizji czy wykonywania różnych czynności domowych.

Podsumowanie

Niektóre rodziny są mocno osłabione w wyniku długotrwałej rozłąki, braku wzajemnego wsparcia i uczestniczenia w swoim życiu. Nawarstwienie różnych problemów ekonomicznych i emocjonalnych ułatwia wchodzenie w różne uzależnienia. Zdarzają się rodziny, w których mężczyzna jest uzależniony od hazardu i alkoholu, kobieta od zakupów, a dzieci od komputera. Wzajemna izolacja i oddalanie się przez uzależnienie doprowadza często do rozpadu małżeństwa i rodziny. Osoby uzależnione nie są zdolne wziąć odpowiedzialności za siebie nawzajem, przerzucają winę na innych i różne okoliczności. W uzależnieniach behawioralnych znajdują lekarstwo na swoje dolegliwości życiowe, bagatelizując ich skutki. Uzależnienia te wydają się być bardziej estetyczne, dlatego mniej groźne. Hazard często ma rozwiązać kłopoty finansowe, tymczasem w bardzo szybkim czasie je zwiększa, część pacjentów bardzo szybko wpada w spiralę zadłużania poprzez branie szybkich kredytów. Edukacja i profilaktyka w zakresie uzależnień behawioralnych ujawnia nowe grupy ludzi nieszczęśliwych i uwikłanych w uzależnienia. Część ludzi uświadamiając sobie, że ich zachowania nie są neutralne tylko przynoszą destrukcyjne konsekwencje szuka pomocy, część z nich nadal czeka na szczęśliwy dzień w którym wszystko się odmieni poprzez wysoką wygraną.

Wnioski i rekomendacje wynikające z konferencji

ks. Marcin Marsollek

specjalista psychoterapii uzależnień, superwizor,
kierownik Wojewódzkiego Ośrodka Terapii
Uzależnienia i Współuzależnienia w Opolu

Wprowadzenie

Uzależnienia behawioralne pojawiły się stosunkowo niedawno i są związane z postępem technologicznym i coraz bardziej rozwijającą się cywilizacją. Z jednej strony naraża ona na stres i nudę, z drugiej zaś wzmacnia dążenie do natychmiastowego zaspokojenia pragnień, dostarczając do tego niezbędnych środków. Uzależnienia behawioralne to uzależnienia od czynności, nie wiążące się z zażywaniem żadnych substancji psychoaktywnych, a przejawiają się w kompulsywnym, przymusowym wykonywaniu czynności w celu pozbycia się nieznośnego napięcia psychicznego. Po zaspokojeniu potrzeby u osoby uzależnionej automatycznie pojawia się głębokie poczucie winy, prowadzące do obniżenia nastroju, które stara się ona wyrównać wykonując tę samą czynność, gdyż przynosi mu ona ulgę. To błędne koło prowadzi do coraz większego uzależnienia, które po czasie bardzo trudno samodzielnie przerwać.

Uzależnienie czynnościowe wyraża się:

- w *kompulsywnym zachowaniu,*
- w *kontynuowaniu zachowania,* pomimo jego negatywnych konsekwencji,
- *obsesji* jego wykonywania,
- doświadczaniu *poczucia winy* po wykonaniu czynności nałogowej,
- objawach *abstynencyjnych* w sytuacji jej nagłego zaprzestania.

Uzależnienie behawioralne to uzależnienie psychiczne polegające na stałym wykonywaniu jakiejś czynności. Charakteryzując uzależnienie psychiczne musimy wiedzieć, że posiada ono pewne, tylko dla siebie swoiste cechy. Występuje tutaj wzrost tolerancji na działanie czynnika uzależniającego, osłabienie woli jednostki, towarzyszące jej natręctwa myślowe, fizyczne wyniszczenie i prowadzące do samobójstwa wypalenie emocjonalne, brak zainteresowania otoczeniem. Człowiek potrafi oszukiwać samego siebie, byleby tylko usprawiedliwić nałóg. Gdy zależności psychicznej nie poddaje się leczeniu, prowadzi to najczęściej do więzienia, szpitala psychiatrycznego, a w końcu i śmierci. Możliwe jest zatrzymanie zachowań wpływających na uzależnienie, ale nie całkowite wyleczenie. Do tej kategorii uzależnień należą: hazard, pracoholizm, zakupoholizm, seksoholizm, siecioholizm.

U podstaw każdego uzależnienia leży aktywacja układu nagrody. Jego głównym zadaniem jest uczenie się przez pozytywne wzmocnienie - zwiększenie prawdopodobieństwa wykonania czynności, które aktywując układ nagrody są źródłem przyjemnych doznań.

W sytuacji, gdy aktywacja układu nagrody odbywa się w sposób bezpośredni - tzn. wprowadzamy do organizmu substancje wpływające na działanie układu nagrody, mamy do czynienia z uzależnieniem chemicznym, a substancje te nazywamy psychoaktywnymi (są to substancje, które mogą pokonać barierę krew-mózg). Są to np. alkohol, kokaina, amfetamina, nikotyna itd. Ale nie tylko substancje psychoaktywne aktywują układ nagrody.

Podobnie przeróżne czynności wynikające z uzależnień behawioralnych mogą uruchamiać efekt nagrody - np. gry hazardowe, komputerowe, zakupy, seks, jedzenie, itd. - słowem wszystko to, co jest źródłem przyjemności. W sytuacji, gdy nasz mózg odbiera coś, jako źródło przyjemności zapamiętuje ten fakt, a następnie wpływa na procesy podejmowania decyzji w taki sposób, że kwestia wykonania danej czynności jest odbierana jako coś pozytywnego.

Aktywacja układu nagrody w przypadku uzależnień behawioralnych to tylko pierwszy element nałogu. Do innych cech zaliczamy:

1. **Oczekiwanie -** obiekt uzależnienia staje się źródłem rozładowania napięcia, którego źródłem mogą być przeróżne czynniki zewnętrzne, ale także dłuższy brak kontaktu z obiektem.
2. **Tolerancja** - wraz z rozwijaniem się nałogu, stały kontakt z obiektem uzależnienia przestaje dostarczać gratyfikacji na tym samym poziomie, więc zwiększa się częstość lub intensywność tych kontaktów.
3. **Destrukcja** - przez nałóg zaniedbywane są inne aspekty życia danej osoby, w tym zawodowy, rodzinny, towarzyski.
4. **Utrata kontroli** - głównym motorem podejmowanych decyzji staje się nałóg, zachowanie danej osoby staje się bardziej impulsywne i/lub kompulsywne.
5. **Mechanizmy obronne** - uruchomienie tych mechanizmów ma za zadanie chronić daną osobę przed zmierzeniem się z konsekwencjami nałogu i podtrzymać zachowania nałogowe (np. ukrywanie przed bliskimi rzeczywistej skali nałogu, bagatelizowanie sytuacji itd.).
6. **Problem odstawienia** - nagłe przerwanie używania powoduje konsekwencje psychiczne (trudności lub nawet niemożliwość poprawy nastroju i rozładowania napięcia za pomocą innych środków niż ten będący obiektem nałogu) i fizyczne (dolegliwości somatyczne jak np. przyspieszone tętno, tiki nerwowe, drżenie rąk, zaburzenia apetytu itd.).
7. **Ryzyko nawrotów** czyli powrotu do nałogowych, destrukcyjnych zachowań.Wszystkie powyższe cechy dotyczą także uzależnień chemicznych.

Przyczyny uzależnień są bardzo różnorodne i nie do końca jednoznacznie określone. Do najczęściej spotykanych należą: biopsychiczne, psychospołeczne i kulturowe. Pierwsze wynikają z wysokiej podatności jednostki ludzkiej na uzależnienie. Chodzi tutaj o nadmierną pobudliwość psychiczną, niską odporność na stres, zaburzenia natury emocjonalnej i rozwoju osobowości, neurotyzm, uszkodzenie mózgu, choroby somatyczne, bolesne doświadczenia w dzieciństwie. Druga grupa przyczyn determinowana jest brakiem zaspokojenia potrzeb psychicznych lub trudnościami w ich realizacji wskutek wadliwego oddziaływania środowiska wychowawczego, szkolnego i rodzinnego. Uzależnienia mogą być więc wywoływane przez niepowodzenia życiowe w różnych sferach (zawodowej, szkolnej, osobistej), bądź niestabilne stosunki rodzinne. Jednostka uzależniona ucieka przed niekorzystną i stresującą sytuacją życiową w świat iluzji i pozornej radości. Zyskuje pewność siebie i pokonuje nieśmiałość. Przyczyny kulturowe należą do najliczniejszych i są w znacznym stopniu uwarunkowane współczesnym – konsumpcyjnym stylem życia człowieka. W świat uzależnień pogrążają się więc osoby hołdujące postawom hedonistycznym, nie mające skonkretyzowanych planów i perspektyw ży-

ciowych, należące do subkultur młodzieżowych, buntujące się przeciwko powszechnie obowiązującemu systemowi wartości. Długie spędzanie czasu w internecie, odwiedziny kasyna, wypicie kilku drinków podczas towarzyskiego spotkania jest obecnie modne, a wielu ludzi pragnie żyć w zgodzie z duchem czasu. Przekonanie takie w bardzo szybkim tempie przyczynia się do powstawania uzależnień, gdyż każdy z nas lubi choć na chwilę oderwać się od codzienności. Najgroźniejszy w tym wszystkim jest brak umiaru prowadzący do nałogu. Należy również pamiętać, że wśród niektórych ludzi upowszechnia się błędne przekonanie o skuteczności oddziaływania przedmiotów uzależnienia na aktywizację posiadanych zdolności twórczych. Wiąże się z tym nadzieja, że osiągnie się sukces na niwie zawodowej.

Przykłady uzależnień behawioralnych:

- patologiczny hazard,
- uzależnienie od seksu,
- uzależnienie od Internetu i gier komputerowych,
- uzależnienie od zakupów,
- uzależnienie od pracy,
- i inne.

Uzależnienie od hazardu, wg opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, polega na często powtarzającym się uprawianiu hazardu, który przeważa w życiu człowieka ze szkodą dla wartości i zobowiązań społecznych, zawodowych, materialnych i rodzinnych. Siłą napędową patologicznego hazardu jest potrzeba przeżywania silnego napięcia, jakie pojawia się podczas gry. Wygrana zwiększa poczucie mocy i popycha do dalszej gry. Przegrana powoduje spadek szacunku do siebie i zmniejszenie poczucia kontroli oraz niejednokrotnie żądzę odzyskania straty, a te z kolei stymulują do poszukiwania komfortu psychicznego w kolejnych grach.

Pracoholizm jest stanem uzależnienia od wykonywanej pracy, powodującym zaburzenie równowagi między istotnymi elementami życia codziennego. Pracoholikami są zwykle osoby pilne, perfekcyjne, ale i niepewne siebie, nieśmiałe, niedowartościowane, bojące się otoczenia. Często są to osoby ambitne, lubiące rywalizować i wygrywać, które wysoko stawiają sobie poprzeczkę, za wszelką cenę dążą do osiągnięcia sukcesu i prestiżu społecznego. Z drugiej zaś strony podchodzące niejednokrotnie z obawą do własnego talentu, spontaniczności, czy fantazji.

Zakupoholizm - gdy robienie zakupów staje się formą relaksu, a niekiedy nawet psychicznym przymusem, można mówić o uzależnieniu. Według różnych badań problem dotyczy 2-16% populacji. Uzależniają się głównie kobiety. W ostatnich czasach zauważa się także, że coraz więcej młodzieży popada w ten rodzaj zachowań kompulsywnych. Wielu naukowców tłumaczy nasilenie takich zachowań ludzi młodych strategiami firm reklamowych, które w swych kampaniach coraz częściej odwołują się do stanu zmiany nastroju po zakupie. To zachowanie, które objawia się nieustanną potrzebą kupowania i to nawet tych rzeczy, których się wcale nie potrzebuje. Zaczynają się wówczas problemy z płatnością, co w konsekwencji doprowadza do braku środków na utrzymanie.

Uzależnienie seksualne (seksoholizm, erotomania, nimfomania) w opinii psychiatrów to szeroka jednostka chorobowa obejmująca wiele zachowań, takich jak częste oglądanie pornografii, kompulsywna masturbacja, natręctwa seksualne, częsta zdrada i angażowanie się w inne zachowania o podłożu seksualnym, które mają potencjalnie destrukcyjne skutki dla życia społecznego i emocjonalnego jednostki.

Uzależnienie internetowe to nowy rodzaj nałogu polegający na ustawicznym spędzaniu czasu przed komputerem, a zwłaszcza w sieci internetowej, charakteryzujący się wewnętrznym przymusem "bycia w sieci" osoby uzależnionej. Objawy uzależnienia internetowego to: traktowanie komputera jako środka na łagodzenie stresu, odczuwanie irytacji w sytuacjach innych niż kontakt z komputerem, podawanie nieprawdziwych danych na pytanie o czas spędzany przy komputerze.

Walka z uzależnieniem psychicznym zależy w głównej mierze od woli osoby uzależnionej. Niezmiernie rzadko zdarzają się sytuacje, że uzależniony wyleczy się sam. Charakterystyczne jest podejmowanie decyzji o rezygnacji z nałogu, a następnie niemożność ich realizacji. Towarzyszy temu rozrastający się system psychologicznych mechanizmów obronnych. Leczenie uzależnienia polega na wyuczeniu nowych odruchów i nawyków w procesie terapii. Zachodzące w jej trakcie zmiany w mózgu równoważą i przeciwdziałają starym zachowaniom. Jest to więc proces długotrwały wymagający niezwykłej determinacji oraz aktywnego udziału osoby uzależnionej.

Należy pamiętać, że uzależnienie psychiczne ma swoje podłoże fizyczne i jest tak samo realne jak uzależnienie fizjologiczne z tą różnicą, że zmiany które powoduje nie cofają się samoistnie, albo cofają się bardzo wolno w skali życia danej osoby. W tym przypadku chodzi o uzyskanie nagrody. Dążenie do tego zdecydowanie przewyższa możliwość osiągnięcia fazy zaspokojenia, co prowadzi do pogłębienia uzależnienia.

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu przy udziale Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Opolu zorganizowali konferencję pn. **„Wolni od uzależnień behawioralnych"** w ramach realizacji projektu dofinansowanego ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia. Celem konferencji było przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym poprzez uwrażliwienia osób odpowiedzialnych za politykę społeczną w województwie i osób zawodowo zajmujących się problematyką uzależnień na problem zagrożeń związanych z patologicznym hazardem i innymi uzależnieniami behawioralnymi oraz zwiększenie poziomu wiedzy i kompetencji tej grupy osób.

Tematem przewodnim konferencji było przybliżenie uczestnikom problematyki uzależnień behawioralnych, które ze względu na łatwy dostęp, skalę i groźne konsekwencje stają się coraz bardziej istotnym problemem współczesnych społeczeństw. Ponadto omówiono występowanie ww. zjawisk w woj. opolskim ze wskazaniem możliwości diagnozy i leczenia. Jednocześnie

w celu określenia lokalnych potrzeb oraz kierunków działań sprzyjających rozwiązywaniu problemów związanych z uzależnieniami behawioralnymi podczas konferencji przeprowadzono moduł seminaryjno – dyskusyjny. W konferencji uczestniczyło 136 osób - przedstawicieli instytucji państwowych, samorządowych oraz pozarządowych zobowiązanych do realizacji zadań związanych z ochroną zdrowia w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom, członków komisji rozwiązywania problemów alkoholowych i innych grup zawodowych zajmujących się przedmiotowo omawianą tematyką. Bardzo duże zainteresowanie konferencją przejawiające się m.in. wysoką frekwencją, pozwala na stwierdzenie, że uzależnienia behawioralne stają się, obok typowych uzależnień psychoaktywnych, coraz istotniejszym problemem w naszym województwie.

W tematykę konferencji wprowadził **dr n. med. Bohdan Tadeusz Woronowicz,** specjalista psychiatra, certyfikowany specjalista i superwizor psychoterapii uzależnień, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, dyrektor Centrum Konsultacyjnego AKMED NZOZ w Warszawie. Wykład dotyczył specyfiki uzależnień behawioralnych, ze szczególnym uwzględnieniem uzależnień od: komputera i sieci, pracy, zakupów. Ponadto zostały omówione sposoby diagnozowania i leczenia osób uzależnionych. Diagnoza patologicznego hazardzisty i kierunki pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi od hazardu to temat kolejnego wystąpienia przedstawionego przez **Barbarę Wojewódzką**, specjalistę psychoterapii uzależnień praktykującą w Gabinecie Leczenia Uzależnień w Gnieźnie. **Prof. dr hab. n. med. Violetta Skrzypulec-Plinta**, seksuolog, dziekan Wydziału Opieki Zdrowotnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach wygłosiła wykład na temat problemów seksualnych osób uzależnionych oraz ich diagnozy i terapii. Diagnozę uzależnień behawioralnych w woj. opolskim omówił specjalista psychoterapii uzależnień, superwizor w dziedzinie uzależnień **ks. Marcin Marsollek**, kierownik Poradni Odwykowej w Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Opolu. Diagnoza ukazała specyfikę województwa z perspektywy lokalnej placówki leczniczej wraz ze zdiagnozowanymi i poddanymi leczeniu w niej typami uzależnień behawioralnych.

Do Ośrodka zgłaszają się osoby uzależnione od komputera, wśród których dominują dzieci i młodzież. W województwie opolskim dzieci i młodzież na skutek słabych więzi z rodzicami, albo braku rodziców, wypełniają deficyty emocjonalne światem wirtualnym, spędzając przed komputerem wolny czas poza kontrolą rodziców. Natomiast samotne kobiety, których partnerzy pracują za granicą, szukają pociechy w hazardzie i zakupach. Zakupoholizm jest częstym uzależnieniem diagnozowanym u młodych kobiet, których partnerzy często borykają się z szkodliwym piciem albo uzależnieniem od hazardu lub substancji psychoaktywnej. Przejawia się to m.in. kupowaniem rzeczy z katalogów telefonicznych, zmawianiem katalogów, przeglądaniem reklam, oglądaniem kanałów z tele-zakupami, kupowaniem zbędnych, niepotrzebnych rzeczy, odwiedzaniem centr handlowych, butików, śledzeniem promocji, mody. Osoby zorientowane na nadmierne kupowanie regularnie spędzają wolny czas na zakupach w centrach handlowych, poszukując wrażeń, relaksu a także adrenaliny. Niektóre osoby uzależnione kupują przez cały rok, a ich nałóg dotyczy często rzeczy konkretnego typu: butów, sprzętów kuchennych, ubrań. Jednym z objawów jest również zamawianie prezentacji domowych, sprzętu kuchennego: garnków, odkurzaczy, opiekaczy, kołder zdrowotnych, ekologicznych. Choć nie jest to regułą - niektórym wystarczy zakup czegokolwiek. U mężczyzn często zakupoholizm przejawia się w zakupach markowych gadżetów.

Pracoholizm dotyczy najczęściej dorosłych mężczyzn, którzy opuścili swoje rodziny wyjeżdżając do pracy za granicę. Możemy zauważyć takie problemy jak: utrata rodziny, rozpad małżeństwa, brak relacji z dziećmi, brak relacji emocjonalnej, samotność, poczucie izolacji, nieradzenie sobie z rozłąką. Cały świat, przestrzeń życiowa zostają zawężone do pracy, następuje wzajemne odzwyczajenie się od siebie, spychanie partnerów tylko do roli „portfela". Pracoholizm jest diagnozowany najczęściej u osób po 50 roku życia. Współwystępujące uzależnienie to alkoholizm albo szkodliwe spożywanie. Pacjenci jeśli się zgłaszają do leczenia to szukają pomocy z powodu alkoholizmu, albo odrzucenia przez rodzinę w momencie kiedy chcą zakończyć pracę za granicą. Wśród młodszych wiekowo uzależnionych od pracy często występującym współuzależnieniem jest uzależnienie od narkotyków –marihuany. Praca staje się naczelną wartością, osoby uzależnione są tak pochłonięte swoją pracą zawodową, że nie znajdują czasu dla rodziny, na sen i odpoczynek czy też na kontynuację swoich dotychczasowych zainteresowań. Czasami praca wymyka się całkowicie spod kontroli i staje się prawdziwą obsesją.

Na terenie województwa istnieją rodziny gdzie wszyscy członkowie w różnym stopniu są dotknięci uzależnieniem. Rodzice zgłaszają problem uzależnienia swoich dzieci kiedy wypadają z procesu edukacyjnego i pojawiają się problemy w szkole. Dzieci w wieku szkolnym, pozbawione bliskiej relacji emocjonalnej, przejawiają m.in. takie problemy jak: zachowania agresywne wobec rówieśników i nauczycieli oraz brak motywacji aby przyswajać wiedzę

Niektóre rodziny są mocne osłabione w wyniku długotrwałej rozłąki, braku wzajemnego wsparcia i wspólnego uczestniczenia w swoim życiu. Nawarstwienie różnych problemów ekonomicznych i emocjonalnych ułatwia wchodzenie w różne uzależnienia. Zdarzają się rodziny w których mężczyzna jest uzależniony od hazardu i alkoholu, kobieta od zakupów, a dzieci od komputera.

Wzajemna izolacja i oddalanie się przez uzależnienie doprowadza często do rozpadu małżeństwa i rodziny. Osoby uzależnione nie są zdolne wziąć odpowiedzialności za siebie nawzajem, przerzucają winę na innych i różne okoliczności. W uzależnieniach behawioralnych znajdują lekarstwo na swoje dolegliwości życiowe, bagatelizując ich skutki. Uzależnienia te wydają się być bardziej estetyczne, dlatego mniej groźne. Hazard często ma rozwiązać kłopoty finansowe, tymczasem w bardzo szybkim czasie je zwiększa, część pacjentów bardzo szybko wpada w spiralę zadłużania po przez branie szybkich kredytów. Edukacja i profilaktyka w zakresie uzależnień behawioralnych ujawnia nowe grupy ludzi nieszczęśliwych i uwikłanych w uzależnienia. Część ludzi uświadamiając sobie, że ich zachowania nie są neutralne tylko przynoszą destrukcyjne konsekwencje szuka pomocy, część z nich nadal czeka na szczęśliwy dzień w którym wszystko się odmieni po przez wysoką wygraną.

Zwieńczeniem konferencji był moduł seminaryjno - dyskusyjny. Uczestnicy dyskusji podkreślali rolę prewencji, profilaktyki oraz edukacji dzieci i młodzieży w szkołach jako sposobów zapobiegania uzależnieniom. Jako istotny element w tym obszarze wymieniono również perma-

nentną edukację osób odpowiedzialnych za nauczanie i leczenie. Jednocześnie zaznaczono, że pierwszeństwo w zakresie przeciwdziałania występowaniu uzależnień należy do rodziny oraz rodziców, którzy poprzez przekazywanie właściwych wartości i postaw w najbardziej skuteczny sposób mogą chronić dzieci przed wpadnięciem w spiralę uzależnienia zarówno w młodym wieku jak i w przyszłości.

Konferencja poszerzyła uczestnikom wiedzę z zakresu uzależnień behawioralnych. W dyskusji podkreślano, że uzależnienia behawioralne są często ignorowane, traktowane jako bardziej estetyczne i mniej groźne. Kierowane pytania do prelegentów dotyczyły wczesnego rozpoznawania i diagnozowania uzależnień behawioralnych. Uczestnicy podkreślali ważność takiej konferencji, ponieważ zmieniła ona spojrzenie na uzależnienia, poszerzyła widzenie uzależnień poza chemicznymi. Sugerowano aby tego typu konferencje odbywały się częściej i zostały rozbudowane o część seminaryjno - warsztatową z podziałem na następujące grupy problemowe:

- grupa zajmująca się problematyką dzieci i młodzieży,
- grupa zajmująca się kobietami,
- grupa zajmująca się rodziną.

Konferencja umożliwiła wzajemne spotkanie oraz wymianę wiedzy i doświadczeń przedstawicielom zróżnicowanych środowisk, pedagogom, grupom samopomocowym, terapeutycznym, pracownikom socjalnym. Ponadto zostały nawiązane wielopłaszczyznowe kontakty pozwalające na wspólne realizowanie zadań w przyszłości oraz bieżące konsultacje. Konferencja zwróciła uwagę na zjawiska słabo rozpoznawalne i małą świadomość zagrożeń wynikającą z hazardu i innych uzależnień behawioralnych.

Wyniki badania ewaluacyjnego

Dla uzyskania opiniotwórczej informacji na temat programu konferencji oraz jej realizacji i organizacji, przeprowadzono przy użyciu ankiety anonimowe badania ewaluacyjne za pośrednictwem, których uczestnicy mieli możliwość wyrażenia własnej opinii na temat konferencji, w tym pośrednio zasadności podjętego w ramach realizacji projektu działania.

Najistotniejszą wartością ankiety stało się pozyskanie informacji na temat potencjalnych zagadnień, które powinny zostać poruszane podczas kolejnych konferencji w celu przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym w regionie.

Badania ewaluacyjne zostały przeprowadzone podczas opisanej wyżej konferencji. Po przeprowadzeniu badania stwierdzono zwrot 81% ankiet (tj. 110 kwestionariuszy). Niemalże wszyscy uczestnicy poziom konferencji ocenili jako dobry i bardzo dobry (93%). Podobnie w zdecydowanej większości stwierdzili, że konferencja spełniła ich oczekiwania lub nawet je przerosła (86%). Organizację konferencji w zakresie komfortu sali wykładowej, wykorzystanego sprzętu dydaktycznego i informatycznego oraz zapewnionego cateringu również oceniono na dobrym lub bardzo dobrym poziomie (odpowiednio 93%, 95% i 77% wskazań). Odnośnie czasu trwania konferencji oraz jej programu odpowiedzi ukształtowały się następująco: wg 78% uczestników konferencja trwała odpowiednio długo, 15% stwierdziło, że za długo, 7% - zbyt krótko, 81% oceniło program konferencji jako odpowiedni, 13% zbyt nasycony, 6%- za mało nasycony. W przeważającej części (83%) uczestnicy stwierdzili, że zdobyta w trakcie konferencji wiedza będzie przydatna w wysokim i bardzo wysokim stopniu w ich pracy zawodowej. Jednocześnie 88% respondentów przyznało, że poprzez udział w konferencji zwiększyła się ich świadomość w zakresie sposobów rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniami behawioralnymi. Zbliżona liczba uczestników (90%) stwierdziła, że konferencja w dużym i bardzo dużym zakresie uzupełniła ich wiedzę z zakresu sposobów rozwiązywania omawianych uzależnień.

Uczestnicy konferencji postulowali, aby podczas kolejnych spotkań i konferencji dotyczących prezentowanej tematyki dokonać prezentacji konkretnych programów pomocowych, metod, technik stosowanych przez terapeutów oraz ich doświadczeń z pracy z osobami uzależnionymi, w tym z zakresu wczesnego zapobiegania i diagnozowania uzależnień. Wskazywano również na szczególną potrzebę zaprezentowania metod diagnozy i terapii skierowanych do dzieci i młodzieży uzależnionych od komputera i sieci. Wnioskowano także o organizację warsztatów z problematyki uzależnień behawioralnych.

Rekomendacje wynikające z konferencji

Konferencja umożliwiła wypracowanie rekomendacji, których realizacja pozwoli na stworzenie szansy skutecznego zapobiegania i przeciwdziałania już występującym uzależnieniom behawioralnym w woj. opolskim. Profilaktyka i odpowiednie leczenie stwarzające dużą szansę całkowitej rezygnacji ze szkodliwego uwikłania się w omawiane nałogi, wymagają wielopłaszczyznowego podejścia i współdziałania wszystkich odpowiedzialnych podmiotów. Do najistotniejszych rekomendacji należą:

1. Przeprowadzenie badań rozpoznawczych dotyczących występowania uzależnień behawioralnych w woj. opolskim.

2. Opracowanie narzędzi badawczych w postaci ankiet, wywiadów, testów przesiewowych jako najbardziej optymalnych metod i technik badawczych, które umożliwiłyby prowadzenie empirycznych badań (jakościowych i ilościowych).

3. Przeprowadzanie badań wśród uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych dotyczących ilości czasu spędzanego przed komputerem. Przebadanie zależności wpływu mediów na proces edukacji dzieci i młodzieży przejawiającej kłopoty z nauką.

4. Opracowanie programów profilaktycznych z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym skierowanych do dzieci, rodziców i nauczycieli. Do dzieci, które często znacznie lepiej czują się w świecie wirtualnym niż rzeczywistym. Rodzice próbują zrekompensować nieobecności i brak zaangażowania w sprawy dziecka, drogimi prezentami, np. sprzętem elektronicznym. Rodzice nie rozpoznają procesu alienacji dziecka, które wycofuje się z relacji interpersonalnych, a później zupełnie je zrywa. Zadaniem nauczycieli, wychowawców winno być m.in. szybkie i skuteczne rozpoznawanie i reagowanie na sygnały wysyłane przez uczniów, np. w postaci zachowań agresywnych, pogorszenia wyników w nauce, opuszczania zajęć lekcyjnych. Program profilaktyczny

dla rodziców powinien uwzględniać edukację dotycząca potrzeb emocjonalnych dzieci i skutków zaniedbań emocjonalnych.

5. Podjęcie stałego monitoringu w oparciu o placówki lecznicze, poradnie, ośrodki leczenia uzależnień behawioralnych na terenie całego województwa.

6. Konieczność ciągłego diagnozowania zjawiska, aby posiadać aktualne informacje na temat, gdzie i w jakim natężeniu występuje problem uzależnień behawioralnych.

7. Organizacja szkoleń, warsztatów, seminariów i konferencji z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym, w tym z zakresu wczesnego rozpoznawania problemu uzależnień, dla wszystkich podmiotów oferujących pomoc i wsparcie dla osób uzależnionych. Brak rzetelnych danych uniemożliwia podjęcie konkretnych działań pomocowych czy profilaktycznych.

8. Wypracowanie zasad i metod współpracy pomiędzy instytucjami w zakresie wymiany informacji oraz możliwości udzielania pomocy, a w szczególności:
   - powołanie zespołów interdyscyplinarnych złożonych z przedstawicieli placówek ochrony zdrowia, oświaty, pomocy i integracji społecznej oraz organizacji pozarządowych,
   - organizowanie cyklicznych spotkań zespołów interdyscyplinarnych, a także szkoleń, narad i konferencji z przedmiotowego zakresu,
   - wspólne prowadzenie kampanii informacyjnych w lokalnych mediach,
   - wspólne opracowanie strategii działań pomocowych,
   - stworzenie informatora zawierającego niezbędne informacje dotyczące uzależnień behawioralnych, oraz instytucji udzielających pomocy profesjonalnej,
   - stworzenie poradnika dla nauczycieli i rodziców opisującego zagrożenia medialne, wojewódzkiego systemu międzyinstytucjonalnej wymiany informacji,
   - tworzenie warunków dla rozwoju inicjatyw samopomocowych i organizacji pozarządowych działających na rzecz wspierania rodzin, w których występuje problem uzależnień behawioralnych.

DLA SZUKAJĄCYCH WSPARCIA

Osoby dotknięte uzależnieniem behawioralnym mogą otrzymać pomoc w placówkach leczenia tradycyjnych uzależnień, gdzie mają możliwość odbycia terapii indywidualnej i grupowej oraz skorzystania z sieci wsparcia w grupach samopomocowych.

Ponadto dla osób cierpiących z powodu uzależnień behawioralnych oraz ich bliskich Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego uruchomił telefon zaufania - nr 801 889 880. Telefon jest czynny codziennie, także w weekendy, w godzinach od 17.00 do 22.00. Eksperci pomagają określić dzwoniącym na ile poważny jest ich problem oraz wspierają ich w poszukiwaniu najlepszych sposobów radzenia sobie. Dostępna jest również pomoc w zakresie motywacji do terapii oraz informowanie członków rodzin jak mają skutecznie postępować w związku z zaistniałym problemem.

Placówki lecznictwa w woj. opolskim

(dane ze strony internetowej Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych)

Powiat	Nazwa placówki	Adres i telefon
miasto Opole	Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Opolu wotuw.opole@parpa.pl wotuwopole@interia.pl	Głogowska 25B 45-315 Opole 77 455 25 35
	Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny im. św. Jadwigi Oddział Psychiatrii sekretariat@wszn.opole.pl	Wodociągowa 4 45-221 Opole 77 54 14 221 lub 222
	ZOZ MSWiA Poradnia Leczenia Uzależnień	Krakowska 44 45-075 Opole 77 401 11 73
brzeski	Specjalistyczny ZOZ Beta Poradnia dla Osób Uzależnionych dawidziuk@zozbeta.pl	Herberta 3B 49-300 Brzeg 77 416 76 12
	Specjalistyczny ZOZ "DORMED" Przychodnia Terapii Uzaleznienia i Współuzależnienia od Alkoholu	Słowackiego 5 49-200 Grodków 664 921 615
głubczycki	Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych Poradnia dla Osób z Problemami Alkoholowymi	Szpitalna 18 48-140 Branice 77 40 34 313
	Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych Całodobowy Oddział Terapii Uzależnień od Alkoholu branice10@wp.pl	Szpitalna 18 48-140 Branice 77 40 34 337
	Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych Oddział Leczenia Zespołów Abstynencyjnych	Szpitalna 18 48-140 Branice 77 40 34 345
	NZOZ Inter-Med Poradnia Leczenia Uzależnień inter.med@poczta.onet.pl	Sienkiewicza 1 48-100 Głubczyce 77 485 01 94

kędzierzyńsko-kozielski	NZOZ „SensiMed" Poradnia dla Osób Uzależnionych i Współuzależnionych od Alkoholu	Harcerska 11 47-220 Kedzierzyn-Koźle 77 483 52 27
	NZOZ "IS-MED" Poradnia erapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienienia	Harcerska 14 47-200 Kędzierzyn-Koźle 77 47 23 935
	Samodzielny NZOZ "B-med" Poradnia Terapii Uzależnień bmed@poczta.onet.pl	Racławicka 1 47-200 Kędzierzyn-Koźle 77 482 47 52
kluczborski	NZOZ Szpital Powiatowy Powiatowe Centrum Zdrowia Poradnia Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia od Alkoholu	Marii Skłodowskiej 23 46-203 Kluczbork 77 418 26 02
krapkowicki	Gminny Ośrodek Zdrowia Poradnia Uzależnienia i Współuzależnienia od Alkoholu	Strzelecka 20 47-320 Gogolin 77 466 61 74
	NZOZ Krapkowickie Centrum Zdrowia Poradnia Uzależnień i Współuzależnień od Alkoholu	Szkolna 7 47-300 Krapkowice 77 446 70 09
	NZOZ Przychodnia Lekarska "Otmęt" Poradnia Leczenia Uzależnień nzozt@wp.pl	Jagiellońska 29 47-303 Krapkowice 77 466 29 44
namysłowski	Ośrodek Leczenia Odwykowego Poradnia Odwykowa	Woskowice Małe 15 46-100 Namysłów 77 41 96 555
	Ośrodek Leczenia Odwykowego Całodobowy Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu terapiaolo@interia.pl	Woskowice Małe 15 46-100 Namysłów 77 41 96 555 w.33
	Ośrodek Leczenia Odwykowego Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych olo.sekretariat@wp.pl	Woskowice Małe 15 46-100 Namysłów 77 41 96 555
nyski	SP ZOZ Poradnia dla Osób z Problemami Alkoholowymi	Rynek 12/14 48-340 Głuchołazy 77 439 57 95 w.44
	Specjalistyczny ZOZ "DORMED" Poradnia Terapii Uzależnienień dormed7@wp.pl	Rodziewiczówny 15 48-304 Nysa 77 435 56 09

nyski	Specjalistyczny ZOZ "DORMED" Dzienny Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu dormed7@wp.pl	Rodziewiczówny 15 48-303 Nysa 77 435 56 09
oleski	Przychodnia Tarapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia poradniauzaleznienia.olesno@poczta.onet.pl	Krasickiego 22 46-300 Olesno 34 358 40 90
opolski	Specjalistyczny ZOZ "Eliksir" Poradnia dla Osób z Problemem Alkoholowym	Częstochowska 31 46-040 Ozimek 77 465 10 51
prudnicki	NZOZ Prudnickie Centrum Medyczne S.A. Poradnia Uzależnienia i Współuzależnienia od Alkoholu pcm@pcm.prudnik.pl	Kościuszki 55A 48-200 Prudnik 77 436 47 25
strzelecki	NZOZ Centrum Terapii i Psychoprofilaktyki Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia krystynakowalska5@wp.pl	Marka Prawego 48 47-100 Strzelce Opolskie 77 55 00 117

Informacje o autorach

ks. Marcin Marsollek
specjalista psychoterapii uzależnień, superwizor w dziedzinie uzależnień, kierownik Poradni Odwykowej w Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Opolu

prof. dr hab. n. med. Violetta Skrzypulec – Plinta
seksuolog, dziekan Wydziału Opieki Zdrowotnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Barbara Wojewódzka
specjalista psychoterapii uzależnień, Gabinet Leczenia Uzależnień w Gnieźnie

dr n. med. Bohdan Tadeusz Woronowicz
specjalista psychiatra, certyfikowany specjalista i superwizor psychoterapii uzależnień, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, dyrektor Centrum Konsultacyjnego AKMED NZOZ w Warszawie