

Wybrane poznawczo-behawioralne modele uzależnień behawioralnych

Selected cognitive-behavioural models of behavioural addictions

Instytut Pedagogiki i Psychologii, Wyższa Szkoła Menedżerska, Warszawa, Polska

Adres do korespondencji: Angelika Kleszczewska-Albińska, Instytut Pedagogiki i Psychologii, Wyższa Szkoła Menedżerska, ul. Kawęczyńska 36, 03-772 Warszawa, e-mail: a.kleszczewska.wsm@gmail.com

ORCID iD

Angelika Kleszczewska-Albińska <https://orcid.org/0000-0003-2309-7071>

Streszczenie

Artykuł przedstawia uzależnienie od czynności w kontekście poznawczo-behawioralnego modelu pracy. Uzależnienie behawioralne można rozpoznać na podstawie sześciu podstawowych kryteriów: (1) zaabsorbowania czynnością, (2) modyfikacji nastroju będącej efektem uwikłania w czynność, (3) wzrostu tolerancji na wykonywanie czynności, (4) występowania symptomów odstawiennych po zaprzestaniu wykonywania czynności, (5) narastania konfliktów oraz (6) nawrotów. Z badań przeprowadzonych na reprezentatywnej próbie Polaków powyżej 15. roku życia wynika, że najczęstszymi w naszym kraju uzależnieniami behawioralnymi są: pracoholizm, zakupoholizm, uzależnienie od internetu, mediów społecznościowych, telefonu i hazardu. Wśród uznawanych za najskuteczniejsze metod leczenia uzależnień behawioralnych wymienia się techniki poznawczo-behawioralne. Większość z nich opiera się na tradycyjnych modelach Becka i Ellisa. Modele pracy poznawczo-behawioralnej uwzględniają identyfikację wczesnych dezadaptacyjnych doświadczeń jednostki, kształtujących negatywne przekonania kluczowe. Odwołują się też do czynników psychopatologicznych, które wystąpiły w późniejszym okresie życia. Obejmują opis negatywnych myśli automatycznych – ich aktywizacja wyzwala bowiem zachowanie uzależniające. Pozwalają także na obserwację mechanizmu błędnego koła i uwikłania w czynność uzależniającą, która początkowo traktowana jest jako sposób na obniżenie napięcia, ale nadmierne jej wykonywanie skutkuje wzrostem odczuwanego dyskomfortu. Praca poznawczo-behawioralna z pacjentami uzależnionymi od czynności uwzględnia analizę czterech faz: (1) poprzedzającej wykonanie czynności nałogowej, (2) wyzwalającej, (3) zaspokojenia potrzeby związanej z uzależnieniem, (4) następującej po wykonaniu czynności. Terapia w nurcie poznawczo-behawioralnym odwołuje się do zróżnicowanych metod pracy opartych na wiedzy o procesach poznawczych. Interwencje prowadzone zgodnie z omawianym podejściem są ustrukturyzowane i ograniczone w czasie. Terapia realizowana jest w trzech głównych fazach: (1) modyfikacji zachowania, (2) restrukturyzacji poznawczej, (3) zapobiegania nawrotom.

Słowa kluczowe: czynności nałogowe, uzależnienie behawioralne, konsekwencje uzależnień behawioralnych, terapia poznawczo-behawioralna, modele poznawczo-behawioralne

Abstract

The paper discusses behavioural addiction in the context of cognitive-behavioural model of therapy. Behavioural addiction can be diagnosed based on the six main criteria: (1) preoccupation with activity, (2) mood modification resulting from involvement in behaviour, (3) increased level of tolerance for the addictive activity, (4) withdrawal symptoms, (5) increased number of conflicts, and (6) relapses. According to research conducted in a representative sample of Polish population aged 15 years and older, the most popular behavioural addictions in our country include workaholism, shopaholism, internet addiction, social media addiction, smartphone addiction, and gambling. Cognitive-behavioural therapy is one of the most effective therapeutic strategies for behavioural addictions. This approach is based mostly on Beck's and Ellis's traditional models. The models of cognitive-behavioural therapy include identification of early maladaptive experiences resulting in negative core beliefs. They also refer to psychopathological factors that were developed later in lifetime. Furthermore, they incorporate description of negative automatic thoughts that trigger addictive behaviours, and allow to observe the vicious circle and entanglement in addictive activity, which initially perceived as a way for reducing the tension, used in excess contributes to increased individual's discomfort. Cognitive-behavioural therapy in behaviourally addicted patients usually includes an analysis of four phases: (1) antecedent phase, (2) triggering phase, (3) the phase of satisfying the needs connected to the addiction, and (4) the phase following the accomplishment of the addictive behaviour. Cognitive-behavioural therapy includes various methods of work based on the knowledge about cognitive processes. Interventions in this approach are structuralised and limited in time. There are three basic phases of cognitive-behavioural therapy: (1) behaviour modification, (2) cognitive restructuring, and (3) harm reduction.

Keywords: addictive behaviours, behavioural addiction, consequences of behavioural addictions, cognitive-behavioural therapy, cognitive-behavioural models

WPROWADZENIE

Badania wskazują na szereg zagrożeń związanych z prowadzącym do uzależnienia nadmiernym angażowaniem się w wykonywanie pewnych czynności. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association, APA) i Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) uwzględniły w najnowszych opracowaniach *Kryteriów diagnostycznych zaburzeń psychicznych* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) i Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11) (World Health Organization, 2019) kategorię zaburzeń określaną jako uzależnienia behawioralne. Podkreśla się, że uzależnienia behawioralne pod wieloma względami przypominają uzależnienia od substancji. Wiąże się z obniżoną zdolnością przeciwstawiania się impulsom, popędom lub pokusom, co prowadzi do nadmiernego angażowania się w działania i odczuwania negatywnych konsekwencji. W klasyfikacji DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) zawarto opis jednego zaburzenia niezwiązanego z substancją – hazardu patologicznego, do którego zdiagnozowania konieczne jest zaobserwowanie co najmniej czterech spośród wymienionych w klasyfikacji kryteriów. Wszystkie symptomy uwzględnione w DSM-5 można przyporządkować do sześciu podstawowych obszarów: (1) zaabsorbowanie (aktywność staje się wysoko ceniona przez jednostkę i zyskuje pierwszeństwo przed innymi działaniami); (2) modyfikacja nastroju (w rezultacie zaangażowania w czynność pojawia się odpowiedź emocjonalna – rośnie poziom adrenaliny lub następuje poprawa obniżonego nastroju); (3) tolerancja (wzrasta zapotrzebowanie na zachowanie niezbędne do uzyskania oczekiwanej zmiany nastroju); (4) symptomy odstawienne (nieprzyjemne odczucia lub fizjologiczne symptomy odstawienne po ograniczeniu albo zaprzestaniu wykonywania aktywności*); (5) konflikt (dotyczący konieczności podejmowania innych działań lub interakcji z ludźmi, wynikający z nadmiernego zaangażowania w wykonywanie czynności); (6) nawroty (relatywnie wysoka częstotliwość powrotu do wyjściowego zachowania po tymczasowym zaprzestaniu). Uzależnienia o charakterze behawioralnym mogą dotyczyć różnych czynności i występować zarówno u dorosłych, jak i u dzieci i młodzieży. Pierwsze doniesienia naukowe na temat nałogowego wykonywania czynności uwzględniały opis uzależnienia od seksu (Goodman, 1990; Peele i Brodsky, 1977). Następnie pojawiły się informacje o uzależnieniu od gier hazardowych, telewizji, internetu, komputera czy ćwiczeń fizycznych (Griffiths, 2000). Nałogowe wykonywanie czynności, podobnie jak uzależnienie od substancji, prowadzi do zmian całokształtu

* W literaturze przedmiotu brakuje pełnej zgody co do występowania fizycznych objawów uzależnienia od czynności. Wskazuje się, że substancjami, od których uzależnia się osoba angażująca się nadmiernie w niepożądane zachowanie, są własne hormony (m.in. adrenalina). Dodatkowo w przypadku nagłego zaprzestania wykonywania czynności nałogowej obserwuje się objawy analogiczne do objawów odstawienia substancji (Grant *et al.*, 2010).

zachowań osoby uzależnionej i przejawia się m.in. utratą kontroli nad danym zachowaniem. Uwagę zwraca powtarzająca się – i rozumiana jako konieczna – sekwencja zdarzeń, która upośledza w znacznym stopniu życie społeczne, zawodowe i/lub rodzinne jednostki (Rosenberg i Feder, 2014). Poprzez czynność nałogową osoba uzależniona poszukuje przyjemności i szybkiej gratyfikacji, dąży do zmniejszenia napięcia, doświadczenia ulgi i/lub redukcji przykrych odczuć. Nadmierne angażowanie się w wykonywanie czynności może prowadzić do wystąpienia kolejnych problemów i różnorodnych kosztów natury behawioralnej, psychologicznej i społecznej. Wśród najczęstszych problemów obserwowanych u pacjentów uzależnionych od czynności wymienia się: rosnące nakłady finansowe na realizację czynności, narastanie problemów szkolnych lub zawodowych, nasilanie się trudności rodzinnych, podejmowanie zachowań ryzykownych, nadużywanie alkoholu i substancji psychoaktywnych, obecność myśli samobójczych (Rosenberg i Feder, 2014).

UZALEŻNIENIA BEHAVIORALNE W POLSCE

Uzależnienie od czynności to stosunkowo poważny problem. Badacze wskazują, iż możliwe jest uzależnienie od praktycznie dowolnego zachowania. Na gruncie polskim liczne badania populacyjne, prowadzone na losowo dobranych próbach respondentów, realizowano na zlecenie Fundacji Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS). Poniżej zaprezentowano wybrane wyniki najnowszych badań uwzględniających analizę stopnia uzależnienia od różnorodnych czynności. Zgodnie z opracowaniem przygotowanym przez zespół Jacka Moskalewicza na zlecenie Ministerstwa Zdrowia (Moskalewicz *et al.*, 2019) można sądzić, że pracoholizm, uzależnienie od zakupów, hazardu i internetu występują w Polsce najczęściej, jednak przypuszczenie to nie zostało szerzej zweryfikowane w innych – poza przytoczonymi w artykule – badaniach empirycznych. Z danych dostępnych w raportach publikowanych przez CBOS wynika, że 11% Polaków powyżej 15. roku życia to osoby zagrożone pracoholizmem. Od zakupów uzależnionych jest 3,7% Polaków powyżej 15. roku życia. Dla porównania: w 2015 roku było to 4,1% populacji w podanym wieku. Według danych CBOS 37% Polaków powyżej 15. roku życia uprawia hazard (Moskalewicz *et al.*, 2019); w roku 2015 było to 34% (Centrum Badania Opinii Społecznej, 2015).

Z zakończonych w 2019 roku badań populacyjnych na próbie reprezentatywnej (Moskalewicz *et al.*, 2019) wynika, że w Polsce największy odsetek zachowań nałogowych obserwuje się w przypadku korzystania z internetu, uprawiania hazardu, używania telefonu, pracy i zakupów. Szacuje się, iż około 1,5% populacji powyżej 15. roku życia stanowią osoby uzależnione od internetu, a zagrożenie to dotyczy przede wszystkim Polaków poniżej 25. roku życia. Czynnością najbardziej zagrażającą uzależnieniem jest obecnie kontaktowanie się przez komunikatory internetowe. Stosunkowo

często wymienia się zagrożenia związane ze śledzeniem portali społecznościowych (są to głównie Twitter – 8,6%, Snapchat – 5,4%, Instagram – 4,6%) oraz zaangażowaniem w gry online (również hazardowe). W sposób ryzykowny z mediów społecznościowych korzysta 3,1% użytkowników (około 160 000 osób), zwłaszcza mężczyzn i mieszkańców dużych miast. Polacy należący do grupy ryzyka uzależnienia od mediów społecznościowych w 77,9% przypadków stale pozostają online, a 42,8% użytkowników w ogóle nie wylogowuje się z używanych serwisów. W mediach społecznościowych spędzają oni średnio 6,5 godziny dziennie (osoby niezagrożone uzależnieniem – około 2,5 godziny dziennie) (Moskalewicz *et al.*, 2019).

W reprezentatywnej losowej grupie 2502 Polaków powyżej 15. roku życia grających w gry hazardowe umiarkowane i wysokie ryzyko uzależnienia występuje u około 0,9% respondentów (około 27 073 osób). Aż 8,4% badanych z tej grupy nie ma świadomości zagrożenia płynącego z ryzykownego lub patologicznego stylu gry (Centrum Badania Opinii Społecznej, 2015).

Ryzyko uzależnienia wiąże się też z nadużywaniem telefonu, szczególnie smartfona ze stałym dostępem do internetu. Problem dotyka szczególnie osoby do 35. roku życia. Najwyższy odsetek uzależnionych od telefonu zaobserwowano w grupie wiekowej 18–24 lata (Centrum Badania Opinii Społecznej, 2015).

Szacuje się, że 9,1% respondentów powyżej 15. roku życia jest uzależnionych od pracy, a u 70,2% osób istnieje ryzyko rozwinięcia tego uzależnienia. Największą skalę problemu (11,6%) odnotowano dla respondentów z przedziału wiekowego 25–34 lata. W tej grupie wiekowej problem jest bardziej nasilony u kobiet (14%) niż u mężczyzn (8,7%), choć w populacji ogólnej pracoholizm dotyka równie często przedstawicieli obu płci (Moskalewicz *et al.*, 2019).

Kompulsywne kupowanie występuje u 3,7% polskiej populacji powyżej 15. roku życia. Najliczniejszą grupę uzależnionych od zakupów stanowią respondenci w wieku 25–34 lat, choć stale wzrasta udział osób 15–17-letnich. Wśród respondentów dorosłych grupą bardziej narażoną na rozwój zakupoholizmu są kobiety, choć wśród respondentów do 18. roku życia uzależnienie od zakupów częściej dotyka chłopców (Moskalewicz *et al.*, 2019).

Warto podkreślić, że powyższe informacje nie uwzględniają wszystkich rodzajów czynności, od których można się uzależnić. Nie przedstawiono tu również danych z mniejszych badań (prowadzonych lokalnie, a nie na skalę populacyjną) dotyczących problematyki uzależnienia od czynności. Wydaje się jednak, że zamieszczone wyżej dane stanowią dobrą egzemplifikację wagi problemu.

Pomimo wpływu lat oraz rosnącej liczby publikacji i kampanii społecznych świadomość zagrożeń wynikających z zaangażowania w czynności nałogowe nie poprawia się w istotnym stopniu. Z badań CBOS na reprezentatywnej próbie Polaków wynika, że jedyną czynnością nałogową postrzeganą jako potencjalnie niebezpieczna jest hazard. Za najmniej groźne dla życia respondenci uznają uzależnienie

od zakupów (Centrum Badania Opinii Społecznej, 2015). Tymczasem proces uzależnienia behawioralnego jest zbliżony do mechanizmu charakterystycznego dla uzależnienia od substancji (Grant *et al.*, 2016). Zaangażowanie w czynność nałogową osłabia działanie układu nagrody, nasila problemy z pamięcią i uczeniem się (Park *et al.*, 2018). Osoby uzależnione od czynności cechują się wysokim nasileniem impulsywności. Widoczny jest u nich spadek liczby połączeń neuronalnych w obszarach odpowiedzialnych za uczenie się i uwagę. Odnotowuje się także upośledzenie obszarów odpowiedzialnych za samoregulację i samoocenę, obniżoną aktywność w dolnej części płatów ciemieniowych oraz zaburzenia funkcjonowania sieci istotności – czyli obszaru przedniej części wyspy i przedniej części kory obręczy. W badaniach z udziałem osób uzależnionych od czynności stwierdzono ponadto wyspę zgrubienia kory mózgowej i zmiany w przedniej korze zakrętu obręczy (Choi *et al.*, 2019).

POZNAWCZO-BEHAWIORALNE MODELE UZALEŻNIENIA OD CZYNNOŚCI

Ponieważ w polskich badaniach prowadzonych na reprezentatywnych próbach jako najczęściej występujące uzależnienia od czynności wymieniano pracoholizm, uzależnienie od zakupów, internetu, mediów społecznościowych, telefonu i hazardu (Moskalewicz *et al.*, 2019), poniżej omówione zostaną wybrane modele poznawczo-behawioralne właśnie tych uzależnień.

Zgodnie z modelem pracoholizmu opracowanym przez Wojdyło (2013), bazującym na propozycji teoretycznej Ellisa (1999), do rozwinięcia uzależnienia od pracy konieczne jest doświadczenie na wczesnym etapie życia nadmiernych wymagań ze strony rodziców (oczekiwania, że dziecko będzie najlepszym uczniem lub sportowcem, będzie zajmować punktowane miejsca w konkursach czy prezentować najbardziej pożądane społecznie zachowania itp.) w połączeniu z deprywacją emocjonalną (otrzymywaniem niedostatecznej uwagi opiekunów, zaniedbaniem o charakterze emocjonalnym, doświadczaniem unieważniania, bagatelizowania przeżyć i doświadczeń emocjonalnych itp.) i/lub inkorporacją nadmiernych standardów rodzicielskich (np. zinternalizowaniem przekonania o konieczności bycia najlepszym). Wczesne doświadczenia jednostki stanowią podłoże dla rozwoju przekonań kluczowych na temat niskiej wartości samego siebie i własnych dokonań („Jestem bezwartościowy”, „Nic nie znaczę”). Na tej bazie rozwijają się przekonania pośredniczące, które zawierają szereg zasad służących kompensacji przekonań kluczowych („Jeśli będę mało pracować, to ludzie mnie odrzucą”, „Dobrze jest ciężko pracować”, „Tylko ciężką pracą można zasłużyć na uznanie”). Zgodnie z omawianym ujęciem pracoholizm może rozwinąć się w sytuacji, gdy jednostka doświadczy krytycznego zdarzenia w pracy (zwolnienia, nagany czy mobbingu), wyzwającego negatywne myśli automatyczne na własny temat, na temat umiejętności radzenia sobie z obowiązkami zawodowymi itp. Za sprawą negatywnych myśli

automatycznych jednostka doświadcza nieprzyjemnych emocji (np. lęku) i objawów fizjologicznych, a w rezultacie podejmuje działania prowadzące do zawyżania standardów i zwiększania nakładów pracy. Dla przykładu: w następstwie doświadczenia mobbingu aktywizuje się myśl automatyczna „Jestem do niczego”. Osoba odczuwa smutek, strach lub złość na siebie. Aby je złagodzić, decyduje się na działania kompensujące, które polegają na wzmożeniu wysiłku wkładanego w pracę, wydłużeniu godzin poświęcanych na aktywność zawodową itp. Wraz ze wzrostem nakładów czasu i energii jednostka doświadcza coraz silniejszego zmęczenia fizycznego i psychicznego. W rezultacie, mimo że pracuje coraz więcej, jej efektywność i jakość wykonywania zadań stale się obniżają. To zaś wzmacnia intensywność pierwotnie występującej myśli „Jestem do niczego”.

Zgodnie z modelem zakupoholizmu stworzonym przez Kelletta i Bolton (2009) uzależnienie to rozpatruje się w kontekście czterech kolejnych faz: (1) poprzedzającej, (2) wyzwalającej, (3) związanej z zaspokojeniem potrzeby, (4) następującej po dokonaniu zakupu. Czynniki poprzedzające obejmują wczesne doświadczenia jednostki, dezadaptacyjne schematy, specyficzne przekonania na temat zakupów i swoistą podatność poznawczą, która umożliwia przejście w fazę wyzwalającą. Wczesne doświadczenia mogą sprowadzać się do obserwowania członków rodziny wydających pieniądze na różne przedmioty i w efekcie odczuwających przyjemność. Mogą też odnosić się do sytuacji przeciwnej – gdy podstawowe potrzeby materialne jednostki nie były zaspokajane (np. nie miała ona adekwatnej odzieży czy obuwia, co wyśmiewali rówieśnicy). W rezultacie może rozwinąć się zasada „Szczęśliwi są ludzie, którzy mają ładne rzeczy”. Można również oczekiwać zasady „Zakupy uszczęśliwiają” lub przekonania „Posiadanie ładnych i drogich rzeczy czyni ludzi bardziej lubianymi”. Druga faza zakupoholizmu zaczyna się wtedy, gdy jednostka doznaje nieprzyjemnych stanów emocjonalnych (strachu czy smutku), a jednocześnie obecne są zewnętrzne wyzwacze chęci dokonania zakupu (np. w postaci reklam). Przykładowo: gdy osoba doświadcza stresu związanego z nadmierną odpowiedzialnością w pracy, przeżywa trudności w relacji z bliską osobą czy niepokoi się o bliskich – czyli gdy pojawiają się nieprzyjemne, trudne do zaakceptowania doznania emocjonalne – poszukuje sposobów na obniżenie wewnętrznego napięcia. Jednostka żywiąca przekonanie o pozytywnym wpływie zakupów na dobrostan i równocześnie wystawiona na kontakt z atrakcyjnymi produktami podejmuje decyzję o zakupie. Zachowanie to wiąże się często ze słabą samoregulacją i spadkiem napięcia bezpośrednio po dokonaniu zakupu. Moment tuż po nabyciu przedmiotu jest utożsamiany z odczuwaniem przyjemnych emocji, niemniej w fazie pozakupowej dochodzi do podwyższenia napięcia. Jednostka doświadcza wówczas nieprzyjemnych myśli na swój temat („Jestem słaba”, „Jestem beznadziejny”) i wstydu związanego z nieumiejętnością powstrzymania się przed zakupem, stara się ukryć przed innymi swój nabytek. W rezultacie ponownie doświadcza narastającego napięcia, które może doprowadzić do kolejnego zakupu.

Na podstawie propozycji Ellisa (1999) opracowano modele uzależnienia od internetu, mediów społecznościowych i telefonu. Czynniki wyzwalające uzależnienie od internetu mają charakter sytuacyjny, ale mogą być także powiązane z psychopatologią jednostki (doświadczeniem zaburzeń depresyjnych, lęku społecznego itp.). Jednostka podejmuje działania ukierunkowane na obniżenie dyskomfortu, żywiąc dysfunkcyjne przekonania, zgodnie z którymi aktywność w internecie korzystnie wpływa na dobrostan. Działania te mają odwracać uwagę od głównego problemu (np. „Kiedy oglądam filmiki z kotkami i pieskami, to nie myślę o swojej wewnętrznej pustce”). W pierwszej fazie zaangażowania w aktywność w sieci osoba rzeczywiście doświadcza ulgi, jednak po pewnym czasie zmęczenie fizyczne lub konieczność zaprzestania działania prowadzą do nawrotu wcześniej unikanych myśli i uczuć. Pojawia się też negatywne postrzeganie wykonywanej czynności (np. „Zamiast zająć się projektem, spędziłem czas na surfowaniu po necie”), co intensyfikuje uprzedni dyskomfort. Z uwagi na nieumiejętność bardziej adaptacyjnego radzenia sobie z emocjami jednostka podejmuje ponownie aktywność w sieci, wikłając się w błędne koło reakcji. Nasilenie działań w internecie pogłębia stopień patologicznego zaangażowania w wykonywane czynności, zwiększa poczucie izolacji społecznej i zmniejsza otrzymywane wsparcie społeczne, a w efekcie wzmacnia natężenie patologicznego zachowania związanego z używaniem internetu. Zachowanie to pogłębia niepokój oraz intensyfikuje dysfunkcyjne przekonania, co prowadzi do pogłębienia problemu (Davis, 2001). Analogicznie rozwija się uzależnienie od mediów społecznościowych: wczesne dezadaptacyjne schematy (np. „Nie jestem dość ważna”, „Nie zasługuję na miłość”) połączone z czynnikami psychopatologicznymi występującymi na późniejszych etapach życia (odrzuconiem przez rówieśników, trudną relacją partnerską, problemami w pracy, trudnościami decyzyjnymi itp.) skutkują intensyfikacją nieprzyjemnych emocji i dyskomfortu, co przekłada się na wzrost zaangażowania w media społecznościowe. Osoba może tam albo poszukiwać wsparcia (np. zadając pytania na forach), albo podejmować aktywność nastawioną na kompensacyjne udzielanie pomocy innym (np. w ramach grup tematycznych). W konsekwencji osłabieniu ulegają rzeczywiste kontakty jednostki z otoczeniem, narasta niepokój i dyskomfort oraz nasilają się negatywne odczucia, prowadzące do zwiększania intensywności i częstotliwości korzystania z mediów społecznościowych (Ahmed i Vaghefi, 2021). Częste odwiedzanie portali społecznościowych może też intensyfikować negatywne myśli jednostki na własny temat wskutek porównywania się z innymi. Również poznawczo-behawioralny model uzależnienia od telefonu jest zgodny z powyższym schematem (Li *et al.*, 2018). Na podstawie wczesnych doświadczeń osoba kształtuje negatywne przekonania kluczowe (np. „Jestem nieważny”, „Nie zasługuję na miłość”), warunkujące powstanie negatywnych przekonań pośredniczących (np. „Jeśli będę niedostępny pod telefonem, ludzie mnie odrzucą”).

W trudnych dla siebie sytuacjach jednostka doświadcza negatywnych myśli automatycznych, które uruchamiają błędne koło zaangażowania w czynność uzależniającą. Dla przykładu: po trudnej wymianie zdań z partnerem osoba myśli, że nie zasługuje na miłość. W efekcie odczuwa dyskomfort emocjonalny związany z doświadczaniem strachu, smutku lub złości na siebie. W celu obniżenia napięcia zaczyna sprawdzać, czy telefon jest dostępny w sieci, czy nikt nie dzwonił itp. Swoje zachowanie tłumaczy chęcią pozostania w kontakcie z ludźmi, którzy mogą jej potrzebować, albo obawą, że jeśli nie odbierze telefonu na czas, to dzwoniący już nigdy więcej się nie odezwie. Możliwe jest również, że w efekcie złej interpretacji napięcia będącego rezultatem sprzeczki z partnerem osoba uzna, że „ma złe przeczucia” i odłożenie telefonu doprowadzi do katastrofy. Stałe sprawdzanie telefonu i natychmiastowe reagowanie na napływające powiadomienia mogą skutkować dezaprobatą ze strony otoczenia i nasileniem nieprzyjemnych doświadczeń emocjonalnych, a w kolejnym kroku – intensyfikacją danej aktywności. Wspomniany mechanizm błędnego koła służy w rozumieniu jednostki obniżeniu wewnętrznego napięcia i dyskomfortu, choć w rzeczywistości nasila nieprzyjemne uczucia (Sudhir, 2018).

Jeśli chodzi o model uzależnienia od hazardu, to zdaniem Sharpe i TARRIERA (1993) czynniki wyzwalające prowadzą do wzrostu pobudzenia autonomicznego i jednocześnie wywołują myśli powiązane z graniem oraz skłaniają jednostkę do podjęcia czynności ukierunkowanych na radzenie sobie z nadmiernym pobudzeniem. Na przykład osoba uprawiająca hazard w sieci może doświadczyć myśli związanych z chęcią zagrania, gdy spogląda na komputer. Wzrasta wówczas pobudzenie wewnętrzne, interpretowane jako sygnał konieczności zagrania. Jednostka wierzy, że jeśli zaangażuje się „tylko w jedną grę”, będzie w stanie obniżyć swoje pobudzenie. Dodatkowo występuje tu duży optymizm co do przyszłej wygranej albo odegrania się. Osoba podąża za swoimi emocjami. Jeśli są one przyjemne, zostają potraktowane jako sygnał świadczący o zasadności zaangażowania w grę. Z kolei jeśli mają charakter nieprzyjemny, jednostka decyduje się na rozgrywkę, poszukując w niej sposobu na zaradzenie dyskomfortowi. Podatność na stosowanie technik radzenia sobie ukierunkowanych na emocje lub unikanie prowadzi – wraz z czynnikami sytuacyjnymi (np. problemami natury finansowej) – do podejmowania aktywności hazardowej, która jest intensyfikowana niezależnie od wyniku gry. To skutek większego pobudzenia układu autonomicznego, nasilenia myśli związanych z graniem i uwikłania w błędne koło: osoba wierzy, że ma dobrą passę, której nie może przerwać, lub jest przekonana, iż musi się odegrać za wcześniejszą stratę. Pobudzenie wewnętrzne interpretuje błędnie w kontekście hazardu, a jednocześnie ma trudność z rozpoznawaniem innych źródeł własnego stanu emocjonalnego.

Opisane powyżej w skrócie, relatywnie popularne poznawczo-behawioralne modele uzależnień w większości bazują na bardziej uniwersalnym schemacie zaproponowanym

przez Ellisa (1999). W każdym z przedstawionych modeli podkreśla się wagę wczesnych doświadczeń jednostki. Zazwyczaj prowadzą one do rozwoju negatywnych przekonań kluczowych – dotyczących głównie braku kompetencji, niezasługiwania na miłość, bycia nieważnym – na których fundamencie powstają przekonania pośredniczące (Beck *et al.*, 2007). Nieprzyjemne, wzbudzające dyskomfort psychiczny zdarzenie aktywizuje negatywne przekonania osoby na własny temat, co wyzwała zachowanie uzależniające. Jednostka dąży do redukcji doświadczanego napięcia. Jeśli jest wyeksponowana na bodźce wyzwalające (kontakt z konkretnymi osobami lub przedmiotami, przykre emocje itp.), istnieje duże prawdopodobieństwo, że pojawią się negatywne myśli automatyczne. Mogą one zintensyfikować pragnienie wykonywania czynności nałogowej, rozumianej jako czynnik redukujący dyskomfort psychiczny. Realizacja czynności, od której jednostka jest uzależniona, prowadzi zwykle do wzrostu napięcia, intensyfikacji negatywnych myśli i emocji, co skutkuje uwikłaniem w mechanizm błędnego koła (Harvey *et al.*, 2004; Liese i Tripp, 2018).

LECZENIE

Istnieje wiele różnorodnych podejść terapeutycznych i metod pracy wykorzystywanych w leczeniu uzależnienia od czynności, szeroko opisanych m.in. przez Ogińską-Bulik (2010), Lelonek-Kulebę (2014), Rowicką (2015) czy Grzegorzewską i Cierpiałkowską (2018). Dotychczasowe badania wskazują, że najlepsze efekty można uzyskać dzięki podejściu poznawczo-behawioralnemu (Magill *et al.*, 2019). Na początkowym etapie praca terapeutyczna z klientem uzależnionym od czynności może uwzględniać krótkie interwencje behawioralne i dialog motywacyjny. Interwencje behawioralne mają na celu zmodyfikowanie najbardziej destruktywnych zachowań (Liese i Tripp, 2018). Dialog motywacyjny z kolei pozwala podejmować działania oparte na szeroko rozumianej współpracy zamiast konfrontacji (Miller, 1985; Verma, 2019). Dialog motywacyjny ułatwia klientowi uświadomienie sobie własnych przekonań zamiast przyjmowania punktu widzenia narzuconego przez specjalistę. W rezultacie u osoby uzależnionej może się wytworzyć poczucie autonomii, niezbędne do zwiększenia motywacji do pracy i wprowadzania zmian w zachowaniu (Britt *et al.*, 2004). W pracy ze zmotywowanym klientem możliwe są dokonywanie restrukturyzacji poznawczej i treningi behawioralne. Podstawowym celem pracy poznawczej jest zmiana dezadaptacyjnych przekonań. W ramach sesji terapeutycznych klient uczy się dyskusowania z własnymi myślami, zauważa błędy w myśleniu. Kształtuje, rozwija i utrwała bardziej adaptacyjne przekonania na temat siebie, świata i innych ludzi. Z kolei w toku pracy behawioralnej początkowo uczy się rozpoznawania nieadaptacyjnych mechanizmów zachowań, by następnie wypracować nowe sposoby radzenia sobie (Liese, 2015). Terapia poznawczo-behawioralna osób uzależnionych od czynności przebiega w trzech etapach: (1) modyfikacji

zachowania, (2) restrukturyzacji poznawczej, (3) zapobiegania nawrotom (np. Beck *et al.*, 2007; Malak, 2018). Na pierwszym etapie klient wspólnie z terapeutą koncentruje uwagę na trudnych zachowaniach i sytuacjach, które prowadzą do wykonywania czynności nałogowej, oraz podejmuje wysiłek ukierunkowany na redukcję danej aktywności. Szczegółowej obserwacji poddawane jest to, które spośród działań klienta służą realizacji konkretnych zadań, a które redukcji napięcia związanego z przymusem wykonania czynności nałogowej. Klient obserwuje wszelkie swoje zachowania, które dają mu przyjemność, a nie są powiązane z czynnością nałogową. W pracy nad modyfikacją zachowania osoby uzależnionej od czynności konieczne bywa podjęcie wysiłku nastawionego na poprawę umiejętności zarządzania czasem. Często wykorzystywana jest analiza funkcjonalna, pozwalająca zidentyfikować czynniki wyzwalające i sytuacje wysokiego ryzyka, skłaniające jednostkę do wykonywania czynności nałogowej. Analiza funkcjonalna ułatwia dostrzeżenie powodów, z których klient angażuje się w dane zachowanie (mogą to być problemy w relacjach interpersonalnych, trudności w radzeniu sobie ze stresem itp.).

Podstawowy cel fazy modyfikacji stanowi przekształcenie niezdrowej, nieadaptacyjnej aktywności klienta, osiągane za pomocą kilku kroków. Po pierwsze, oszacowany zostaje – najczęściej przy użyciu różnorodnych dzienników aktywności – czas spędzany przez klienta na wykonywaniu czynności nałogowej i czas przeznaczony na inne działania. Po drugie, analizie poddawane są okoliczności angażowania w czynności uzależniające. Terapeuta pomaga klientowi zredukować zachowania, które ułatwiają inicjację zachowania uzależniającego. W rezultacie poprawia się umiejętność samoregulacji. Przydatne może być dalsze wykorzystywanie analizy funkcjonalnej wraz z kształtowaniem umiejętności radzenia sobie z nałogiem. Aby modyfikacja zachowania stała się możliwa, konieczne jest budowanie i wzmacnianie motywacji klienta do zmiany sposobu wykonywania czynności nałogowej lub (jak w przypadku hazardu) całkowitego jej zaniechania. Przydatną techniką wspomagającą zmianę może być analiza decyzyjna: jednostka określa oczekiwane zyski i straty związane z kontynuacją zaangażowania w czynność nałogową. Opisywany etap pracy terapeutycznej wymaga ponadto rozwijania zdolności klienta do rozpoznawania sytuacji wysokiego ryzyka. Niezbędna jest analiza umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach – od etapu rozpoznawania własnych emocji, przez identyfikację negatywnych myśli automatycznych i typowych zachowań związanych z czynnościami nałogowymi, aż po kształtowanie i rozwój bardziej adaptacyjnych stylów radzenia sobie. Osoby uzależnione od czynności w trudnych dla siebie sytuacjach niejednokrotnie skupiają się na rozładowywaniu napięcia wyłącznie poprzez aktywność nałogową. W procesie terapeutycznym uczą się zaś nowych zachowań przynoszących korzyści (np. podejmowania aktywności z najbliższymi zamiast używania mediów społecznościowych). Przydatny bywa trening, dzięki

któremu klient uczy się rozpoznawać pragnienie zaangażowania w czynność nałogową i radzić sobie z nim. W rezultacie osoba uzależniona zyskuje umiejętność radzenia sobie z dyskomfortem i tolerowania nieprzyjemnych emocji. Co ważne, osiągnięcie zamierzonej modyfikacji zachowań nałogowych możliwe jest wtedy, gdy klient stworzy już i utrwali pozytywne relacje z innymi ludźmi. Niezbędna okazuje się zatem praca ukierunkowana na rozwój umiejętności i strategii interpersonalnych.

Etap restrukturyzacji poznawczej opiera się na działaniach nastawionych na identyfikację, kwestionowanie i modyfikację zniekształceń poznawczych, negatywnych przekonań na temat samego siebie, jak również przekonań dotyczących roli czynności uzależniającej. Stosuje się tu zazwyczaj techniki służące do identyfikacji i pomiaru zniekształceń poznawczych (np. odnoszenia do siebie wszelkich słów, interpretowania cudzych wypowiedzi jako krytycznych, generalizowania wzorców zachowań), metody rozwiązywania problemów (np. strategię działania w sytuacjach wysokiego ryzyka), techniki radzenia sobie (np. z nieprzyjemnymi emocjami), modelowanie czy techniki monitorowania myśli. Szczególną uwagę zwraca się na dezadaptacyjne przekonania wyzwalające przymus wykonania czynności (np. „Muszę pooglądać filmiki w sieci, żeby poczuć się lepiej”). Restrukturyzacja poznawcza umożliwia zauważenie błędów w myśleniu i modyfikację niepoprawnego wnioskowania. Ułatwia przewartościowywanie dotychczasowych myśli i przekonań przez analizę błędnych wzorców myślenia, która ostatecznie zostają podważone. W wyniku restrukturyzacji poznawczej osoby uzależnione od czynności mogą zidentyfikować swoje podstawowe problemy oraz ich szeroko rozumiane konsekwencje.

Ostatni etap pracy to, jak już wspomniano, przeciwdziałanie nawrotom. Terapeuta i klient wspólnie rozpoznają wszelkie problemy i trudności, które mogłyby się przyczynić do nawrotu uzależnienia – przykładowo identyfikują sytuacje, gdy klient jest najbardziej narażony na wykonanie czynności nałogowej. Określają, jakie czynniki doprowadziły do rozwoju uzależnienia (np. problemy okołouzależnieniowe w rodzinie, trudności w radzeniu sobie z nieprzyjemnymi emocjami). Analizują problemy współwystępujące (np. trudności interpersonalne, konflikty, nadmierny stres), które mogą intensyfikować chęć wykorzystania danej czynności do tymczasowego uniknięcia problemu, oraz zależności między problemami natury psychicznej a uzależnieniem behawioralnym. W ramach przeciwdziałania nawrotom psychoterapeuta wraz z klientem tworzą listę mocnych stron i zasobów osoby uzależnionej, mogących posłużyć do podtrzymania wypracowanej zmiany zachowań. Na ostatnim etapie pracy zachęca się klienta do wyznaczania krótkotrwałych i mierzalnych celów oraz stosowania adaptacyjnych strategii radzenia sobie, metod relaksacji itp. Innymi słowy: etap ten poświęcony jest ułożeniu planu działania, który pozwoli klientowi podtrzymać dobrostan uzyskany dzięki redukcji zaangażowania w czynności uzależniające (Matuszczak-Świgoń i Bednarowska, 2019).

Praca poznawczo-behawioralna z klientem uzależnionym od czynności rozpoczyna się od skonceptualizowania problemu. Dokonywana jest ocena doświadczanych trudności, poziomu motywacji wewnętrznej i gotowości do wprowadzania zmian. Ważne, by klient udzielił odpowiedzi na pytanie, czy postrzega uzależnienie jako problem i zdaje sobie sprawę z jego wagi. Za pomocą narzędzi diagnostycznych ocenia się natężenie symptomów lękowych i depresyjnych, umiejętność radzenia sobie ze stresem itp. Na wstępnym etapie pracy klient zapoznaje się z modelem poznawczo-behawioralnym. Opiswane są zależności między sytuacjami, myślami, emocjami i zachowaniami problemowymi, należy również ustalić cele terapeutyczne (najczęściej uwzględniające redukcję intensywności i/lub częstości wykonywania czynności nałogowej, rzadziej – całkowitą rezygnację z niej). Wstępny etap pracy to także czas budowania relacji terapeutycznej. Terapeuta nie poddaje krytyce myśli i działań klienta, lecz wspólnie z nim analizuje zalety i wady konkretnych sposobów działania oraz identyfikuje przekonania skłaniające do zachowań problemowych. Klient uczy się obserwować swoje myśli, identyfikować związane z nimi emocje i zachowania (np. nabywa umiejętność rozpoznawania błędnego koła, które zgodnie z tradycyjnym modelem poznawczym ABC prowadzi do intensyfikacji zachowania nałogowego). Zapoznaje się z technikami behawioralnymi (np. monitorowaniem zachowań nałogowych i planowaniem innych aktywności, treningiem relaksacji, eksperymentami behawioralnymi nastawionymi na poszukiwanie odpowiedzi, jakie rezultaty przyniesie powstrzymanie się od czynności nałogowej). Podczas kolejnych spotkań pogłębia swoją wiedzę o sposobach efektywnego radzenia sobie ze stresem i rozwiązywania problemów.

Na następnym etapie pracy klient wraz z terapeutą analizuje swoją aktualną sytuację. Wspólnie zastanawiają się, jak obecny sposób funkcjonowania wpływa na samego klienta i osoby z jego otoczenia (np. jak zaangażowanie w korzystanie z telefonu oddziałuje na poziom napięcia wewnętrznego, sen, relacje z partnerem). Ponadto klient, głównie dzięki psychoedukacji, pogłębia swoją wiedzę na temat zachowań problemowych. Analizuje potencjalne bariery i problemy występujące w jego życiu – podejmuje próbę ustalenia przyczyn zachowań nałogowych. Identyfikuje specyficzne przekonania dotyczące czynności nałogowej i kontroli nad nią (np. „Muszę być stale dostępna pod telefonem, bo inaczej przegapię jakąś ważną informację”, „Scrolluję teraz media społecznościowe, bo akurat mam na to ochotę”). To etap, na którym klient analizuje swoje samopoczucie w kontekście innych problemów, które dostrzega lub które mogą się pojawić w przyszłości wskutek nasilającego się uzależnienia (np. problemy interpersonalne, finansowe).

Trzeci etap pracy uwzględnia ponowne omówienie celów terapeutycznych oraz spojrzenie na życie, plany i działania klienta w kontekście zaangażowania w czynności uzależniające. Klient, bogatszy o zdobytą już wiedzę na temat mechanizmów uzależnienia, udziela sobie odpowiedzi na pytanie, czy dotychczasowe działania pomogą mu osiągnąć

zamierzone cele, i podejmuje wysiłek, by zaplanować konkretne zmiany (np. ograniczenie czasu spędzanego w pracy). Na kolejnym etapie klient modyfikuje zachowania problemowe (np. ogranicza czas korzystania z internetu do niezbędnego minimum, a pozostały czas przeznaczają na inne przyjemne czynności). Nadal monitoruje swoje myśli, prowadzi zapis aktywności, analizuje natężenie problemów, ocenia jakość relacji z innymi osobami. Utrwala wypracowane w trakcie terapii przekonania o sobie, ludziach i świecie. Ugruntowuje nowe wzorce mniej problemowych zachowań. Poszerza wiedzę i rozwija umiejętności konieczne do radzenia sobie z problemami i stresem zamiast unikowego angażowania się w aktywności nałogowe. Pracuje nad swoimi umiejętnościami społecznymi i tymi niezbędnymi do tolerowania frustracji, uczy się identyfikować i modyfikować zniekształcenia poznawcze.

Ostatni etap pracy poświęcony jest utrwaleniu umiejętności zdobytych w trakcie terapii. To czas dokonywania oceny i weryfikacji osiągniętych celów, wyboru najbardziej adekwatnych aktywności, zachowań i myśli ułatwiających radzenie sobie. To również faza budowania modelu nawrotu, identyfikacji i analizy czynników wysokiego ryzyka. Klient wraz z terapeutą opracowują zestaw technik przydatnych w razie nawrotu. Jest to ponadto faza utrwalania więzi między klientem a innymi ludźmi oraz budowania sieci wsparcia społecznego, która może ułatwić mu poradzenie sobie w potencjalnych problemowych sytuacjach po zakończeniu terapii.

PODSUMOWANIE

Jak wynika z badań, uzależnienie od czynności stanowi szczególnie dotkliwy problem wśród osób między 15. a 35. rokiem życia (Moskalewicz *et al.*, 2019). Proces terapeutyczny jest niezwykle trudny i złożony, ponieważ w większości przypadków klient nie może całkowicie zrezygnować z wykonywania czynności nałogowych (Rowicka, 2015). Do czynników umożliwiających wprowadzenie trwałych zmian w zachowaniu uzależnionego należą przede wszystkim psychoedukacja, trening radzenia sobie z emocjami i stresem oraz trening umiejętności społecznych (Grzegorzewska i Cierpiąłkowska, 2018). Działania podejmowane w ramach psychoterapii mają na celu poprawę samooceny oraz zwiększenie poczucia własnej wartości i skuteczności (Liese i Tripp, 2018). Wśród punktów wspólnych dla terapii osób uzależnionych od różnych czynności powinny się znaleźć: modyfikacja przekonań na temat siebie, innych ludzi i świata, rozwijanie umiejętności radzenia sobie ze stresem, praca nad umiejętnością regulacji emocji oraz wyznaczania i utrzymywania granic, poszukiwanie sposobów na spędzanie wolnego czasu.

Jedną z licznych metod terapeutycznych wykorzystywanych w pracy z uzależnieniem od czynności jest terapia prowadzona w nurcie poznawczo-behawioralnym. Uwzględnia ona wiele technik i modyfikacji zachowań opartych na zasadach uczenia się i wiedzy na temat procesów poznawczych.

Interwencje są ustrukturyzowane i ograniczone w czasie. Nacisk kładzie się na identyfikowanie i modyfikowanie nieadaptacyjnych myśli i przekonań, radzenie sobie z negatywnymi emocjami oraz interwencje po „wypadkach”, mające zabezpieczyć klienta przed pełnowymiarowym nawrotem zaangażowania w czynności uzależniające. Wśród typowych strategii stosowanych w pracy poznawczej są rozpoznawanie i podważanie dysfunkcyjnych myśli na temat uzależnienia oraz rozpoznawanie działań intensyfikujących wykonywanie czynności uzależniającej. Z kolei do częstszych strategii behawioralnych należą: radzenie sobie z pragnieniem wykonania czynności, ekspozycja na czynniki wyzwalające i równoczesne powstrzymywanie się przed podjęciem aktywności uzależniającej, promowanie działań niepowiązanych z uzależnieniem, trening relaksacyjny, przygotowanie do radzenia sobie w sytuacji nawrotu. W terapii poznawczo-behawioralnej korzysta się także z technik nastawionych na rozwijanie umiejętności społecznych i umiejętności rozwiązywania problemów.

Uzasadnione wydaje się proponowane w modelu poznawczo-behawioralnym analizowanie zależności między myślami, emocjami i zachowaniem. Jak bowiem pokazują modele uzależnienia, do nadmiernego angażowania się w różnorodne czynności prowadzi najczęściej nieradzenie sobie z nadmiernym napięciem emocjonalnym, powiązaniem bezpośrednio z dysfunkcyjnymi myślami na temat samego siebie. Czynność nałogowa zaś postrzegana jest jako skuteczny sposób na redukcję napięcia lub uniknięcie zaangażowania w realne rozwiązywanie dostrzeżonego problemu. Bardzo pomocne okazuje się identyfikowanie mechanizmu błędnego koła, który wzmaga natężenie czynności nałogowych.

Konflikt interesów

Autorka nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo

- Ahmed E, Vaghefi I: Social media addiction: a systematic review through cognitive-behavior model of pathological use. *Proceedings of the 54th Hawaii International Conference on System Sciences* 2021; 6681–6690. Available from: <https://scholarspace.manoa.hawaii.edu/bitstream/10125/71422/0653.pdf> [cited: 1 September 2021].
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
- Beck AT, Wright FD, Newman CF et al.: *Terapia poznawcza uzależnień*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
- Britt E, Hudson SM, Blampied NM: Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Educ Couns* 2004; 53:147–155.
- Centrum Badań Opinii Społecznej: *Komunikat z badań CBOS. Praco-holicy, siecioholicy, hazardziści... Uzależnienia od zachowań*. 2015. Available from: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2015/K_076_15.PDF [cited: 20 January 2021].
- Choi JS, King DL, Jung YC: Editorial: Neurobiological perspectives in behavioral addiction. *Front Psychiatry* 2019; 10: 3.
- Davis RA: A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Comput Human Behav* 2001; 17: 187–195.
- Ellis A: *Terapia krótkoterminowa. Lepiej, głębiej, trwalej*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1999.
- Goodman A: Addiction: definition and implications. *Br J Addict* 1990; 85: 1403–1408.
- Grant JE, O’Donoghue BL, Chamberlain SR: *Why Can’t I Stop?* Johns Hopkins University Press, Baltimore 2016.
- Grant JE, Potenza MN, Weinstein A et al.: Introduction to behavioral addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2010; 36:233–241.
- Griffiths M: Does Internet and computer “addiction” exist? Some case study evidence. *Cyberpsychol Behav* 2000; 3: 211–218.
- Grzegorzewska I, Cierpiałkowska L: *Uzależnienia behawioralne*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2018.
- Harvey A, Watkins E, Mansell W et al.: *Cognitive Behavioural Processes Across Psychological Disorders: A Transdiagnostic Approach to Research and Treatment*. Oxford University Press, New York 2004.
- Kellett S, Bolton JV: Compulsive buying: a cognitive-behavioural model. *Clin Psychol Psychother* 2009; 16: 83–99.
- Lelonek-Kuleta B: *Uzależnienia behawioralne – podstawy teoretyczne*. In: Jarczyńska J (ed.): *Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe młodzieży. Teoria. Diagnoza. Profilaktyka. Terapia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2014: 15–29.
- Li T, Cui L, Ma S et al.: An 8-week group cognitive behavioral therapy intervention for mobile dependence. *Psychology* 2018; 9: 2031–2043.
- Liese BS: Cognitive-behavioral therapy for people with addictions. In: *Straussner SLA (ed.): Clinical Work with Substance-Abusing Clients*. Guilford Press, New York 2015: 225–250.
- Liese BS, Tripp JC: Advances in cognitive-behavioral therapy for substance use disorders and addictive behaviors. In: *Leahy RL (ed.): Science and Practice in Cognitive Therapy: Foundations, Mechanisms, and Applications*. Guilford Press, New York 2018: 298–316.
- Magill M, Ray L, Kiluk B et al.: A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: treatment efficacy by contrast condition. *J Consult Clin Psychol* 2019; 87: 1093–1105.
- Malak MZ: Internet addiction and cognitive behavioral therapy. In: *Şenormancı Ö, Şenormancı G (ed.): Cognitive Behavioral Therapy and Clinical Applications*. Intech Open, Rijeka 2018: 183–199.
- Matuszczak-Świgoń J, Bednarowska W: Cognitive behavioural therapy of Internet addiction. *Psychoterapia* 2019; 1 (188): 63–73.
- Miller WR: Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. *Psychol Bull* 1985; 98: 84–107.
- Moskalewicz J, Badora B, Feliksiak M et al.: Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących hazardu i innych uzależnień behawioralnych – edycja 2018/2019. 2019. Available from: https://www.kbnp.gov.pl/portals?id=15&res_id=9249205 [cited: 27 September 2021].
- Ogińska-Bulik N: *Uzależnienie od czynności. Mit czy rzeczywistość?* Difin, Warszawa 2010.

- Park S, Ryu H, Lee JY et al.: Longitudinal changes in neural connectivity in patients with internet gaming disorder: a resting-state EEG coherence study. *Front Psychiatry* 2018; 9: 252.
- Peele S, Brodsky A: *Love and Addiction*. Taplinger, New York 1977.
- Rosenberg KP, Feder LC (eds.): *Behavioral Addictions: Criteria, Evidence, and Treatment*. Elsevier, New York 2014.
- Rowicka M: *Uzależnienia behawioralne. Terapia i profilaktyka*. Minister Zdrowia, Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2015.
- Sharpe L, Tarrier N: Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling. *BrJ Psychiatry* 1993; 162: 407–412.
- Sudhir PM: Cognitive behavioural interventions in addictive disorders. *Indian J Psychiatry* 2018; 60 (Suppl 4): S479–S484.
- Verma T: Managing online video gaming-related addictive behaviors through motivational interviewing. *Indian J Soc Psychiatry* 2019;35:217–219.
- Wojdyło K: *Pracoholizm – poznawczo-behawioralny model psychoterapii*. Nauka 2013; (4): 123–134.
- World Health Organization: *ICD-11. International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics. Eleventh Revision. Reference Guide*. Available from: <https://icd.who.int/icd11refguide/en/index.html> [cited: 20 February 2021].