


Zakupoholizm – etiologia, charakterystyka, modele i koncepcje terapii poznawczo-behawioralnej

Shopaholism – aetiology, characteristics, models and concepts of cognitive-behavioural therapy

Kliniczny Szpital Psychiatryczny SP ZOZ w Rybniku, Rybnik, Polska

Adres do korespondencji: Aleksandra Katarzyna Król, Kliniczny Szpital Psychiatryczny SP ZOZ w Rybniku, ul. Gliwicka 33, 44-200 Rybnik, Polska, e-mail: opiela.ola@gmail.com

 <https://doi.org/10.15557/PIPK.2024.0022>

ORCID iD

Aleksandra Katarzyna Król <https://orcid.org/0009-0003-9497-5211>

Streszczenie

Autorzy analizują kwestię zakupoholizmu jako zaburzenia, badając jego dotychczasowe definicje i funkcjonujące kryteria diagnostyczne w realiach braku występowania tego zespołu zachowań w oficjalnych klasyfikacjach chorób, pomimo rosnącego rozpowszechnienia i negatywnego wpływu na życie jednostek. W artykule podkreślono, że mimo braku formalnego uznania za jednostkę chorobową zakupoholizm w literaturze naukowej funkcjonuje pod różnymi nazwami, takimi jak „kompulsywne/impulsywne kupowanie” czy „uzależnienie od zakupów”, i może być traktowany jako forma uzależnienia behawioralnego. Zwrócono uwagę na złożoną etiologię problemu, sugerując, że wynika on z połączenia czynników biologicznych, poznawczych, emocjonalnych i społecznych. Z perspektywy poznawczo-behawioralnej omówiono, w jaki sposób przekonania kluczowe, wartości i samoocena mogą przyczynić się do rozwoju i utrzymania zaburzenia. Ponadto przedstawiono koncepcje leczenia – farmakoterapii, a przede wszystkim psychoterapii poznawczo-behawioralnej, która wyłania się jako kluczowe podejście w leczeniu zakupoholizmu, o dowiedzionej licznymi badaniami skuteczności. Terapia ta ma na celu restrukturyzację poznawczą, zmierzającą do modyfikacji negatywnych myśli, poprawę kontroli impulsów i wspieranie zdrowszych strategii radzenia sobie z negatywnymi emocjami. Artykuł prezentuje złożoność koncepcji uzależnienia od zakupów, na bazie poznawczych modeli historycznych oraz najnowszych, pozwalających na konceptualizację indywidualnych przypadków i opracowanie skutecznych planów terapeutycznych, wskazuje sprawdzone techniki i metody. Przyjmując perspektywę poznawczo-behawioralną, specjaliści ds. zdrowia psychicznego mogą zapewnić ukierunkowane i spersonalizowane leczenie. Kluczowym wyzwaniem z punktu widzenia terapii zakupoholizmu nie jest abstynencja, lecz praca z przekonaniami i wartościami, technikami poznawczymi i behawioralnymi.

Słowa kluczowe: kompulsywne kupowanie, uzależnienie behawioralne, zakupoholizm, psychoterapia poznawczo-behawioralna

Abstract

The article addresses the issue of shopaholism as a disorder, examining its existing definitions and functioning diagnostic criteria within the context of its exclusion from official disease classifications, despite its increasing prevalence and negative impact on the lives of individuals. The study highlights that, although not formally recognised as a disease entity, shopaholism is discussed in scientific literature under various terms, such as compulsive buying, impulsive buying, or shopping addiction, and can be considered a form of behavioural addiction. The article emphasises the complex aetiology of shopaholism, suggesting that it results from a combination of biological, cognitive, emotional, and social factors. The authors also demonstrate from a cognitive-behavioural perspective how core beliefs, values, and self-esteem may contribute to the development and persistence of the disorder. In addition, the article discusses therapeutic approaches including pharmacotherapy and, above all, cognitive-behavioural psychotherapy, which is emerging as a key approach in the treatment of shopaholism, with efficacy proven by numerous studies. This therapy aims at cognitive restructuring to modify negative thoughts, improve impulse control, and foster healthier coping strategies to deal with negative emotions. The article explores the complexity of shopping addiction, drawing on both historical and contemporary cognitive models to conceptualise individual cases and develop effective therapeutic plans. It also highlights proven techniques and methods. By adopting a cognitive-behavioural perspective, mental health professionals can provide patients with a targeted and personalised treatment. From the perspective of treatment, the key challenge is not abstinence but working with beliefs and values, as well as cognitive and behavioural techniques.

Keywords: compulsive buying, behavioural addiction, shopaholism, cognitive-behavioural therapy

WSTĘP

Zakupoholizm (*shopaholism*) (Gąsiorowska, 2001) jest określany również jako „kupnoholizm” (Woronowicz, 2012), „kupowanie kompulsywne” (*compulsive buying disorder*), „zakupomania”, „kupowanie impulsywne” lub „uzależnienie od zakupów” (Ogińska-Bulik, 2010b), a nawet „natręctwo kupowania” (Kurlak, 2018). Pomimo wielości opracowań i różnorodności terminologicznej ten zespół zachowań nie doczekał się jednolitej i spójnej definicji (Ogińska-Bulik, 2010b) oraz uwzględnienia w klasyfikacjach chorób i zaburzeń psychicznych. W wielu opracowaniach rozwój uzależnienia od zakupów bywa łączony z rozwojem społeczeństwa konsumpcyjnego oraz związanymi z tym zmianami, jakie zaszły w ostatnich dziesięcioleciach (Krzystanek *et al.*, 2016). Badania pokazały, że „pełne półki w sklepach” są postrzegane przez Polaków jako największy sukces transformacji ustrojowej (Ogińska-Bulik, 2010b).

Omawiane zaburzenie wzmiankowane było w literaturze psychiatrycznej już pod koniec XIX wieku jako „oniomania” – większość źródeł naukowych dopatruje się pierwszych konceptualizacji problemu w pracach Kraepelina oraz Bleulera z początku XX wieku (Kucewicz, 2016; Kurlak, 2018; Woronowicz, 2012; Zadka i Olajossy, 2016). Kraepelin opisał niebezpieczną „manię kupowania” jako patologiczny, kompulsywny odruch. Bleuler włączył natomiast kompulsywne kupowanie do patologicznych odruchów reaktywnych. Szersze zainteresowanie badaczy datuje się zwłaszcza na koniec lat 80. XX wieku, gdy miały miejsce pierwsze próby tworzenia współczesnych koncepcji terapeutycznych zakupoholizmu.

Celem artykułu jest przegląd definicji, zaprezentowanie epidemiologii, etiologii, diagnozy i metod leczenia zakupoholizmu.

DEFINICJA I EPIDEMIOLOGIA

Badacze są zgodni, że zakupoholizm jest manifestacją innego zaburzenia, nie są jednak zgodni jakiego. W tym aspekcie rozpatruje się zaburzenia kontroli impulsów, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, zaburzenia nastroju i uzależnienia behawioralne (Dittmar, 2005; Racine *et al.*, 2014, za: Cierpiąłkowska i Grzegorzewska, 2018). Zakupoholizm najczęściej jest definiowany i klasyfikowany w oparciu o dwa dominujące, powiązane ze sobą mechanizmy związane z uzależnieniem oraz działaniem kompulsywnym. Pasuje się go w grupie uzależnień behawioralnych, gdzie zaangażowanie w określone czynności – w tym wypadku kupowanie – może mieć gratyfikującą naturę (Nowakowska *et al.*, 2021; Ogińska-Bulik, 2010b). Uważa się, że patomechanizm uzależnień behawioralnych jest zbliżony do uzależnień od substancji psychoaktywnych i opiera się m.in. na mechanizmach nagradzających, jednak tutaj nie jest to efekt działania substancji (Habrak, 2016). Teoria warunkowania sprawczego Skinnera pokazuje, że konsekwencje

zachowania prowadzą do podtrzymywania i kontynuowania lub wygaszania tegoż zachowania. W myśl behawioryzmu wzmocnienia pozytywne wiążą się z działaniem dodatkowego bodźca wzmagającego chęć kontynuowania zachowania, zaś wzmocnienia negatywne redukują lub uniemożliwiają wystąpienie bodźca awersyjnego (Popiel i Pragłowska, 2022). Zatem pożądane konsekwencje kupowania, takie jak obniżenie napięcia i lęku (wzmocnienie negatywne) lub odczuwanie przyjemnych emocji, ekscytacji (wzmocnienie pozytywne), będzie podtrzymywało chęć powtarzania tej czynności.

Specyfika zakupoholizmu polega jednak na tym, że w przeciwieństwie do wielu innych czynności, od których można się uzależnić, zakupy są niezbędne dla zaspokajania codziennych potrzeb. Ma to oczywisty wpływ na dobór metod terapeutycznych, ponieważ niezwykle trudno byłoby o abstynencję. Ważnym aspektem, pozwalającym na diagnozowanie uzależnienia od zakupów, są występujące kompulsywność, intensywność i nadmiarowość oraz negatywne konsekwencje dla jednostki i jej otoczenia (Rowicka, 2015). Zakupoholizm można zatem zdefiniować jako uzależnienie od czynności robienia zakupów, opierające się na braku kontroli nad impulsem lub obsesyjnym zaabsorbowaniu kupowaniem, połączonym z niezdolnością do powstrzymania się, prowadzącym w efekcie do drastycznych konsekwencji w sferze ekonomicznej (długi) i emocjonalnej (dysregulacja emocjonalna, poczucie samotności), a nawet społecznej (izolacja od otoczenia, popadanie w konflikty, rozpad relacji). W zakresie impulsywności podkreśla się aspekt spontaniczności w kupowaniu pod wpływem bodźców zewnętrznych, np. zobaczenie towaru na półce, ładny zapach w sklepie. W zakresie kompulsywności wskazywany jest aspekt tworzenia się nawyku, rytuału, angażującego w większym stopniu procesy poznawcze, związane z planowaniem oraz negatywnymi myślami automatycznymi, czyli powstającymi po zadziałaniu bodźca, specyficznymi dla jednostki myślami, pozostającymi poza kontrolą wolicjonalną (Popiel i Pragłowska, 2022). Z perspektywy poznawczo-behawioralnej zwraca uwagę mechanizm wzmocnienia negatywnego, pozbawiającego osobę kompulsywnie kupującą np. przykrych emocji, wynikających z przekonań kluczowych, czyli podstawowych przekonań na temat siebie i innych ludzi.

Już pionierzy badań nad zakupoholizmem O’Guinn i Faber (1989) zwrócili uwagę, że kupowanie kompulsywne, w odróżnieniu od zwykłych zakupów, ma charakter przymusowy i podejmowane jest nie w celu zdobycia potrzebnych rzeczy, lecz w celu usunięcia nieprzyjemnego napięcia.

Definiując zaburzenie, wskazuje się również na nieracjonalność w nabywaniu dóbr zbyt drogich lub zbędnych oraz poświęcanie nadmiernej ilości czasu na planowanie i wykonywanie czynności, kosztem innych potrzeb i aktywności. Zaabsorbowanie kupowaniem wiąże się z odczuwaniem napięcia fizjologicznego, przejściem od przyjemnej ekscytacji do nieprzyjemnego niepokoju, lęku, prowadzącego do obniżenia nastroju (Kurlak, 2018).

Za krok milowy w zakresie diagnozowania i terapii zakupoholizmu uważać można rok 2013, gdy Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne formalnie uznało istnienie uzależnień behawioralnych, jednak zakupoholizm nie został ujęty ani w klasyfikacji DSM-5, ani ICD-10. Zakupoholizm można więc intuicyjnie szukać w kategorii zaburzeń nawyków i popędów (impulsów) w ICD-10 oraz w obrębie zaburzeń niezwiązanych z substancją w DSM-5. Najnowsza klasyfikacja ICD-11 nadal nie wyodrębnia samego zakupoholizmu, przypuszczalnie ze względu na stale zbyt małą ilość jednoznacznych danych o jego mechanizmach i epidemiologii.

Zakupoholizm dotyczy w największym stopniu mieszkańców tzw. krajów wysoko rozwiniętych gospodarczo. Szacuje się, że w Stanach Zjednoczonych uzależnionych od zakupów jest 15 milionów obywateli, a blisko 40 milionów ma problem z racjonalnym wydawaniem pieniędzy (Kurlak, 2018; Ogińska-Bulik, 2010b). W Polsce zakupoholizm można by rozpoznać u 3–5% Polaków powyżej 15. roku życia, jednak liczba ta stale wzrasta (Kucewicz, 2016). Wyniki badań Centrum Badania Opinii Społecznej w latach 2011–2019 wskazują, że zakupoholizm może dotyczyć blisko miliona Polaków. Drastycznie wzrasta liczba najmłodszych nałogowo kupujących – z 8,5% kilka lat temu do ponad 14% w 2019 roku. Dane epidemiologiczne wskazują więc na ważkość problemu z terapeutycznego punktu widzenia.

DIAGNOZA

Brak ujęcia w międzynarodowych klasyfikacjach jednostek nozologicznych sprawia, że nie mamy jednoznacznych wytycznych diagnostycznych. Historyczna nazwa „oniomania” wskazuje na stan manii, który jednak wyłączały z zakupoholizmu już pierwsze próby systematyzacji (McElroy *et al.*, 1994, za: Rowicka, 2015). Z kolei kryteria zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych wg ICD-10 odnoszą się do aspektu kompulsywnego w czynnościach nadmiarowych, a nie zachowań impulsywnych, zatem zakupoholizm klasyfikowany w obrębie tej jednostki nie obejmowałby zachowań podejmowanych impulsywnie. W literaturze podkreśla się tzw. charakter egodystoniczny kompulsji. Zgodnie z tymi kryteriami zakupy powinny być nieprzyjemne i odczuwane jako przesadne lub nieracjonalne przez samego kupującego i wywoływać w nim niechęć. Studia przypadków (Kucewicz, 2016) wskazują jednak na coś zgoła innego – odczuwanie przyjemności z kupowania. Stąd dominujące podejścia nakazują szukać raczej kryteriów uzależnienia (Lejoyeux i Weinstein, 2010; Ogińska-Bulik, 2010b; Woronowicz, 2009).

Dotychczas w polskiej literaturze przedmiotu koncentrowano się na następującej charakterystyce zakupoholizmu, która mogłaby stanowić podstawę do rozpoznania zaburzenia (Filip, 2013; Kleszczewska-Albińska, 2022; Krzystanek *et al.*, 2016; Kurlak, 2018; Ogińska-Bulik, 2010b; Rowicka, 2015; Woronowicz, 2009):

- głód kupowania i dążenia do osiągnięcia pożądanej gratyfikacji i przyjemności;

- niekontrolowany wewnętrzny przymus, silne pragnienie kupowania;
- nadmierne zaabsorbowanie (czasowe, emocjonalne, poznawcze), nadmierna konsumpcja czasu kosztem innych sfer życia;
- wzrastająca tolerancja – poświęcanie coraz więcej czasu i środków na zakupy;
- irracjonalne zachowania zakupowe (ilościowe – nadmierna ilość i jakościowe – rzeczy niepotrzebne, potem nieużywane);
- ukrywanie rytuałów zakupowych lub nabytków przed bliskimi;
- zmiany nastroju przy kupowaniu;
- impulsywność – brak kontroli impulsów w postaci np. spontanicznego reagowania na promocje, wyprzedaże, oferty specjalne;
- niepokój związany z pominięciem okazji (np. promocji);
- objawy odstawienne, np. drażliwość przy ograniczeniu możliwości robienia zakupów;
- negatywne skutki emocjonalne (lęk, wstyd, smutek), finansowe (zadłużenie), społeczne (rozpad relacji);
- kontynuowanie zakupów pomimo szkodliwych następstw;

• nawroty lub przejście w inne uzależnienie behawioralne. Powyższe objawy wskazują, że zakupoholizm może iść w parze z innymi zaburzeniami, takimi jak depresja, zaburzenia lękowe, odżywiania czy zaburzenie osobowości typu borderline. Dodatkowo pacjenci cierpiący na jedno uzależnienie behawioralne często popadają w kolejne, np. pracoholizm, hazard lub uzależnienie od internetu (Rowicka, 2015). Szerokie współwystępowanie zaburzeń psychicznych i osobowości wskazuje na złożoność problemu zakupoholizmu, wymagającą precyzji diagnostycznej i optymalizacji oddziaływań terapeutycznych.

Pomocne w diagnostyce są skale i kwestionariusze. Można tutaj wymienić Skalę Uzależnienia od Zakupów Bergen (Bergen Shopping Addiction Scale, BSAS) (Andreassen *et al.*, 2015; Zarate *et al.*, 2023), składającą się z siedmiu pytań obejmujących kryteria uzależnienia, m.in. istotność, konflikt, zmianę nastroju, brak możliwości zaprzestania, tolerancję i nawrót. Ponadto wskazać można na starszą Edwards Compulsive Buying Scale (Edwards, 1993), zawierającą trzynaście pozycji bazujących na pięciu czynnikach: tendencji do wydawania pieniędzy, kompulsywności wydawania, uczuć związanych z zakupami, dysfunkcyjności wydatków oraz poczuciu winy po zakupach. Podobnym narzędziem jest Skala Kompulsywnego Kupowania (Faber i O’Guinn, 1992; O’Guinn i Faber, 1989), w której część pozycji kwestionariusza odnosi się do przekonań i wartości pacjenta. Polskim narzędziem jest składająca się z trzynastu pytań Skala Kompulsywnego Kupowania, autorstwa Kucewicz (2016), stworzona na podstawie skali Valence’a i wsp. (1988). Z kolei Gąsiorowska (2013) zaproponowała Skalę Kupowania Impulsywnego, obejmującą aktywację emocjonalną, kontrolę zachowania czy postawy wobec zakupów.

CZYNNIKI RYZYKA ZAKUPOHOLIZMU

Wśród czynników ryzyka wpływających na rozwój zakupoholizmu wymieniane są przede wszystkim płeć i wiek. Wraz z wiekiem ryzyko, częstotliwość zakupoholizmu znacząco spadają. Ponad 80% pacjentów stanowią kobiety (Ogińska-Bulik, 2010b), niektórzy badacze uznają, że na taki wynik wpływa fakt, że głównie kobiety szukają specjalistycznej pomocy (Kellett i Bolton, 2009). W ujęciu historycznym zwraca się uwagę, iż zakupy stanowiły domenę kobiet, a dodatkowo były ich podstawowym źródłem przyjemności, dając możliwość kontaktu z innymi ludźmi (Lee i Mysyk, 2004). Wygląd pozostaje nie tylko czynnikiem składowym samooceny, ale również elementem tożsamości, formą autoekspresji i wzmacniania wyobrażenia o sobie (Dittmar i Drury, 2000, za: Cierpiałkowska i Grzegorzewska, 2018). Polskie badaczki (Światła i Dolińska-Zygmunt, 2019) wskazują na tzw. *Ja cielesne* (koncepcja Olgi Sakson-Obady), które określa się jako szeroko rozumiany stosunek do własnego ciała i wyglądu. Słabe *Ja cielesne*, definiowane jako negatywny stosunek do własnej cielesności, zwiększa ryzyko uzależnienia od zakupów u obu płci – odpowiedzialny jest za to mechanizm regulowania negatywnych napięć i braku akceptacji siebie, chęć podniesienia własnej wartości, samooceny. Aspekt ten częściej ma jednak znaczenie u kompulsywnie kupujących mężczyzn aniżeli kobiet (Światła i Dolińska-Zygmunt, 2019).

Inne czynniki, które postrzega się jako sprzyjające rozwinięciu się uzależnienia od zakupów, zależą od przyjmowanej koncepcji podłoża tego zaburzenia. Techniki neuroobrazowania pozwoliły dotychczas na wskazanie obniżonego poziomu ekspresji receptorów dopaminowych typu D2 w strukturach podkorowych jako jednego z czynników biologicznych zwiększających ryzyko rozwoju uzależnienia. Wraz z rozwojem uzależnienia dochodzi do osłabienia metabolizmu w korze przedczołowej mózgu, a zatem ograniczenia kontroli nad zachowaniem zmierzającym do zaspokojenia potrzeby odczuwania przyjemności (Filip, 2013). W badaniach silnie podkreśla się również wyznaczniki temperamentalne i osobowościowe związane z radzeniem sobie ze stresem. Ogińska-Bulik (2010a) wskazuje na trudności w przeżywaniu negatywnych emocji i tendencję do silnego przeżywania lęku, gniewu i złości. Z badań wynika, że spośród pięciu czynników wymienianych w modelu osobowości Costy i McCrae (1992a, 1992b) – neurotyczności, ekstrawersji, otwartości na doświadczenie, ugodowości i sumienności – to wysoka neurotyczność oraz niska sumienność pozytywnie korelują z zakupoholizmem (Otero-López i Pol, 2013).

Do zachowań nałogowych predestynują również skłonność do ekstremalnie niskiego lub wysokiego pobudzenia fizjologicznego oraz poczucie niższości i niedowartościowania przez ważne osoby w okresie dzieciństwa i dorastania. Powoduje to trudności wykształcenia adekwatnych sposobów regulacji emocji i radzenia sobie z napięciem fizjologicznym (Koryczan *et al.*, 2017). Z perspektywy

psychoterapii poznawczo-behawioralnej zwraca się uwagę, iż zakupy mogą pełnić funkcję kompensacyjną wobec kluczowych przekonań, takich jak np. „jestem słaby, nieważny, niewarty miłości lub niekompetentny”, będących źródłem negatywnych automatycznych myśli i nieprzyjemnych emocji. Nadmierne kupowanie będzie w tym kontekście regulatorem stanów emocjonalnych, współbrzmącym z przekonaniami pośredniczącymi, które są swoistymi wskazówkami w zakresie wyboru strategii działania. Takimi przekonaniami mogą być postawy, zasady i założenia, takie jak np. „wartościowe osoby stać na drodze rzeczy”.

Wśród czynników obniżających ryzyko uzależnień wymienia się m.in. stabilną samoocenę, zaangażowanie w zachowania prospołeczne, kompetencje emocjonalne, przekonanie o wartości nabywania nowych kompetencji, pozytywny stosunek do szkoły i nauki, przestrzeganie norm społecznych, budowanie przyjaźni w kontaktach rówieśniczych, kontrolę rodzicielską zbalansowaną z zaufaniem, zaangażowanie rodziców w życie dziecka na bazie pozytywnej emocjonalności. Przyjmuje się, że ważne jest wzmacnianie zachowań pożądaných, stawianie granic, egzekwowanie zasad, rozwijanie pasji i zainteresowań (Ostaszewski *et al.*, 2009). Przypuszczać można, że te same czynniki zmniejszają także ryzyko zakupoholizmu.

MOTYWACJA W ZAKUPOHOLIZMIE

Kucewicz (2016), na bazie analizy przypadków, podaje dzieść motywów zakupoholizmu. Z perspektywy poznawczej cel zakupoholika, jakim jest chęć zwiększenia atrakcyjności, można rozpatrywać przez pryzmat przekonania „jestem niewystarczający”, a zakup nowych ubrań czy gadżetów zwiększa w przekonaniu jednostki jej atrakcyjność. Przekonaniem kluczowym przy takim podejściu może być każde z czterech: ważności/nieważności, siły/słabości, kompetencji/niekompetencji oraz wartości lub braku wartości dla miłości. Zakładając, że to przekonanie o niemożności akceptowania i kochania siebie dotyczy osoby kompulsywnie kupującej, nabycie nowych ubrań lub zakup drogiego prezentu będą pełniły funkcję kompensacyjną wobec tegoż przekonania – „dając drogi prezent, zasłużę za miłość”. Tutaj nie tylko ekscytacja i inne pozytywne emocje, które pojawią się w trakcie zakupów, będą odgrywały rolę wzmocnienia pozytywnego, lecz również reakcja innych osób (uznanie w oczach sprzedawcy, reakcja obdarowanego) będzie odgrywała taką rolę, prowadząc do powtórzenia zachowania. Jednak brak lub krótkotrwałość spodziewanych efektów, nawrót trudnych emocji spowodują wtórnie „głód czynności”, potwierdzając przekonania i zamykając osobę uzależnioną od kupowania w powtarzalnym cyklu zakupoholizmu.

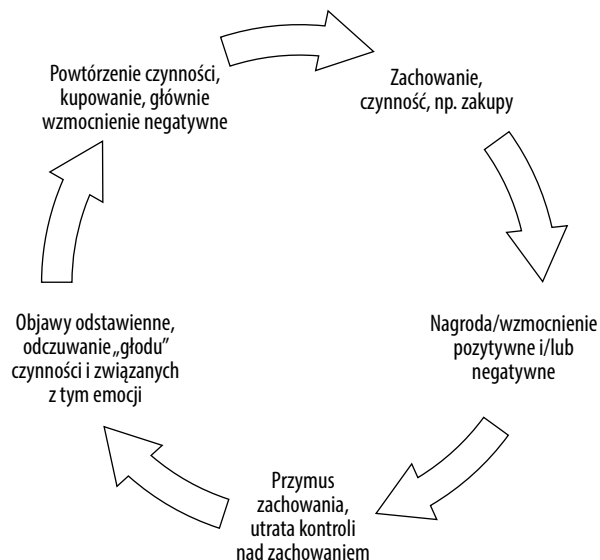
Do pozostałych celów zaliczane jest tzw. łowienie okazji (kupowanie na wyprzedających, promocjach, po okazjonalnej cenie). Daje to poczucie pozornej kontroli, kompetencji w nabywaniu nowych rzeczy. Dla innej grupy zakupoholików istotne jest gromadzenie określonej klasy produktów.

Taka wybiórczość może wynikać z kompensowania poczucia nieważności i zmierzania do wyjątkowości, kolekcjonerstwa. Podgrupą o podobnych przekonaniach mogą być poszukujący najnowszych, najmodniejszych produktów. Kolejną grupą kupujących będą osoby uprawiające tzw. *window shopping*, czyli spędzające czas na oglądaniu produktów na wystawach, bez nabywania, np. z braku środków (Ogińska-Bulik, 2010b). Dla dwóch ostatnich grup, prawdopodobnie, samo przebywanie w galerii handlowej będzie pełnić funkcję regulującą emocje lub – gdy spojrzymy na to zjawisko transdiagnostycznie – pozwoli uniknąć poznawczo mierzenia się z rzeczywistością poza galerią handlową. Najmłodszą grupą, jeszcze słabo opisaną w literaturze, są kupujący wirtualnie – ich liczebność wzrosła w okresie pandemii (Kovács *et al.*, 2022). Na tę szczególną formę uzależnienia od zakupów wpływa stała dostępność towarów, zarówno w zakresie czasowym, jak i ogólnościowego zasięgu. Konsument przestaje być ograniczony godzinami pracy sklepu oraz fizyczną dostępnością produktów. Dodatkowo problem może być napędzany łatwością uzyskiwania kredytów za pośrednictwem internetu.

MODELE TEORETYCZNE

Większość prac dotyczących uzależnień powstała w obrębie modeli poznawczo-behawioralnych (Beck *et al.*, 2007). Wiele z nich bazuje na historycznym modelu Ellisa (1999), szerszym jest model Becka (1993), gdzie nacisk kładziony jest na wcześniejsze doświadczenia jednostki. Marlatt (1985), autor modelu nawrotów (Marlatt i Gordon, 1985, za: Beck *et al.*, 2007), wskazuje cztery dominujące procesy występujące w modelach uzależnień: poczucie własnej skuteczności, oczekiwania co do efektu, atrybucję przyczyn i procesy podejmowania decyzji. Każdy z tych procesów warunkowany jest poprzez doświadczenia z dzieciństwa i dorastania, które wpływają na kształtowanie schematów poznawczych, przekonań kluczowych i pośredniczących oraz strategii kompensacyjnych. Deprywacja potrzeb, odczuwana na wielu płaszczyznach, szczególnie w zakresie emocjonalnym, ma zasadniczy wpływ na nieadekwatność strategii radzenia sobie w przyszłości. Chęć sięgania po czynność, która w początkowej fazie sprawia głównie przyjemność, powstaje w efekcie pewnej sytuacji wewnętrznej lub zewnętrznej. Wewnętrznym wyzwalaczem może być automatyczna myśl na bazie własnych doświadczeń jednostki, jej negatywnych i nieprzyjemnych przekonań i przekazów rodzinnych. Pojawia się wówczas pragnienie/głód, a wraz z nim myśli przyzwalające, które prowadzą do konkretnych zachowań, dalszej konsumpcji, nawrotu.

Koncentrując się na modelach teoretycznych typowych dla zakupoholizmu, Kellett i Bolton (2009) proponują model, który obejmuje cztery fazy kompulsywnego kupowania: wydarzenia poprzedzające (*antecedents*), wewnętrzne lub zewnętrzne wyzwalacze (*triggers*), fazę zakupów (*buying*) oraz pozakupową (*post-purchase*). Według tego modelu wyzwalacze dotyczą zarówno stanów wewnętrznych (niepokój,



Ryc. 1. Cykl uzależnienia behawioralnego (od zakupów) (na podstawie Filip, 2013)

obniżony nastrój, poczucie nieadekwatności Ja) oraz zewnętrznych (marketing, możliwości finansowe). Trzecia faza, w której osoba kompulsywnie kupująca oddaje się kupowaniu, obejmuje aspekty poznawcze, emocjonalne oraz behawioralne. Model zakłada skłonność do zaabsorbowania kupowaniem przy niskich umiejętnościach samoregulacji. Zgodnie z modelem zakupy mogą wyzwalają ekscytację oraz poczucie ulgi. Czwarta faza obejmuje załamanie systemu samoregulacji, poczucie winy, wstydu, żalu, desperację. Konceptualizację zakupoholizmu opartą na wzmocnieniach oddaje natomiast model cyklu uzależnienia behawioralnego Filip (2013). Autorka pokazuje mechanizm uzależnienia od czynności, w który wpisuje się nałogowe kupowanie, co zaprezentowano na ryc. 1, korzystając z modelu oryginalnego. Jeżeli spojrzymy na model z perspektywy poznawczo-behawioralnej, rolę wzmocnienia negatywnego w kontekście zakupów pełniłaby możliwość uniknięcia nieprzyjemnych emocji, takich jak lęk lub złość. Ulga, odczuwana podczas „zakupowego szału”, w trakcie którego następuje utrata kontroli nad czynnością kupowania, np. w zakresie ilości rzeczy lub poniesionych kosztów, działa jak wzmocnienie pozytywne. Powstały „głód czynności” oraz nawrót nieprzyjemnych emocji prowadzi do powtórnego wystąpienia wzmacnianego zachowania.

LECZENIE

W leczeniu nałogowego kupowania, tak jak w innych uzależnieniach, podejmuje się próby wykorzystania zarówno farmakologii, jak i psychoterapii (Cierpialkowska i Grzegorzewska, 2018). Badania wskazują, że farmakologiczne leczenie zakupoholizmu odniosło pożądaną skuteczną w przypadku dużych dawek escitalopramu, stopniowo zwiększanych co dwa tygodnie od 20 mg do 60 mg. W grupie osób leczonych w ten sposób rezultat

utrzymywał się również długo po zakończeniu farmakoterapii. Próby leczenia fluoksaminą nie przyniosły efektów (Krzystanek *et al.*, 2016). Stosowanie farmakoterapii nie jest jednak powszechną praktyką. Zdecydowanie częściej wykorzystuje się różne formy psychoterapii, zarówno tej indywidualnej, jak i grupowej (Cierpiątkowska i Grzegorzewska, 2018). Jako skuteczne wskazywane są metody terapii poznawczo-behawioralnej; wiele badań potwierdza znaczący wpływ tego typu oddziaływań psychoterapeutycznych na redukcję szkodliwych zachowań zakupowych (Burgard i Mitchell, 2000; Kellett i Bolton, 2009; Kleszczewska-Albińska, 2022; Müller *et al.*, 2013; Mueller *et al.*, 2008). Pierwsze badania skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej w zakupoholizmie przeprowadzili Mitchell i wsp. (2006). W grupie 28 badanych (grupę kontrolną stanowiło 11 pacjentów oczekujących na terapię) zauważono znaczącą poprawę w zakresie zmniejszenia impulsywności oraz obniżenia liczby epizodów kompulsywnego kupowania, a zmiana utrzymywała się jeszcze pół roku po zakończeniu terapii (Krzystanek *et al.*, 2016). Tożsame wyniki uzyskano podczas badania, w którym 31 pacjentów (grupę kontrolną stanowiło 29 osób) poddano 12-tygodniowej terapii poznawczo-behawioralnej z częstotliwością raz w tygodniu (Mueller *et al.*, 2008). Na skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej zakupoholizmu wskazują również badania z 2013 roku (Müller *et al.*, 2013). W innym badaniu (Krzystanek *et al.*, 2016) 56 badanych zostało losowo przydzielonych do jednej z grup: leczonych psychoterapią grupową poznawczo-behawioralną (22 osoby), korzystających z linii samopomocowych (20 osób), grupy oczekującej na leczenie (14 osób). Wyniki ponownie ukazują największą skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w formie grupowej w zmniejszaniu objawów uzależnienia. Co ciekawe, korzystanie z linii samopomocowych również obniżyło częstotliwość kompulsywnych zakupów, jednak w znacznie mniejszym stopniu niż terapia (Krzystanek *et al.*, 2016).

Kluczowym elementem w terapii zakupoholizmu jest zrozumienie i poznanie podstawowych mechanizmów problemu, w czym pomagają opisane wyżej modele teoretyczne. Istotna jest również diagnostyka w kierunku innych, współwystępujących zaburzeń (afektywnych, osobowości), które często podtrzymują trudności terapeutyczne.

Pracę z pacjentem uzależnionym od czynności warto rozpocząć od dialogu motywującego (Miller i Rollnick, 2014, za: Jaraczewska *et al.*, 2015), co pozwoli podejmować działania terapeutyczne na szeroko rozumianej współpracy zamiast konfrontacji oraz posłuży budowaniu relacji terapeutycznej (Kleszczewska-Albińska, 2022). Według Millera i Rollnicka (2014) dialog motywujący oparty jest na czterech zasadach: współpracy (aktywność obu stron), akceptacji bez oceniania, wywoływaniu siły (ukierunkowaniu na mocne strony pacjenta), zasobach oraz trosce zmierzającej do udzielenia pomocy optymalnie dopasowanej. Terapeuta włącza pacjenta w aktywny proces prowadzący do zmiany poprzez etapy angażowania, ukierunkowania, wywoływania i planowania. Podejście to można

zintegrować z technikami i metodami poznawczo-behawioralnymi (Jaraczewska *et al.*, 2015). Dopiero praca ze zmotywowanym pacjentem może skutecznie włączać psychoedukację, naukę szukania alternatywnej zrównoważonej myśli, zauważania zniekształceń poznawczych.

Terapia poznawczo-behawioralna osób uzależnionych od czynności obejmuje następujące etapy: (1) modyfikację zachowania, (2) restrukturyzację poznawczą, (3) zapobieganie nawrotom (Beck *et al.*, 2007; Malak, 2018, za: Kleszczewska-Albińska, 2022). Najpierw wysiłek terapeutyczny zmierza do redukcji czynności nałogowej poprzez analizę jej celowości – rozpoznanie mechanizmu redukcji napięcia i poprawy nastroju. Pierwsza faza koncentruje się na obserwacji, uświadomieniu, a kolejno modyfikacji niezdrowej, nieadaptacyjnej aktywności pacjenta. Zasady analizy funkcjonalnej pomagają określić, które zachowania służą realizowaniu zadań i potrzeb pacjenta, a które wynikają z redukcji napięcia, przymusu powtarzania czynności nawykowej (Kleszczewska-Albińska, 2022). Często wykorzystywane są dzienniki aktywności, uzmysławiające wyzwalacze nałogowych czynności, jak również czas poświęcany dezadaptacyjnym zachowaniom. Rozwijane są tu: świadomość własnego uzależnienia, podstawy samoregulacji również poprzez stosowanie analizy decyzyjnej (ocena zysków i strat wynikających z kontynuowania zaangażowania w działanie nałogowe), a także umiejętności rozpoznawania sytuacji wysokiego ryzyka. Pacjent uczony jest nowych – adaptacyjnych zachowań przynoszących korzyści, odpowiadających na potrzebę przyjemności i redukcji napięć. Druga faza terapii koncentruje się na identyfikowaniu: myśli automatycznych, zniekształceń poznawczych, negatywnych przekonań kluczowych na temat siebie oraz dezadaptacyjnych przekonań dotyczących czynności nałogowej, a następnie na modyfikacji wadliwego wnioskowania (Kleszczewska-Albińska, 2022). Pacjent drogą restrukturyzacji poznawczej zauważa, rozwija i utrwala przekonania adaptacyjne. Techniki behawioralne pomagają rozpoznać dotychczasowe szkodliwe mechanizmy kierujące zachowaniem i wypracować nowe sposoby radzenia sobie (Liese, 2015; za: Kleszczewska-Albińska, 2022). Dochodzi tu do przewartościowania, wzmacniania i utrwalenia właściwych sposobów myślenia, postaw oraz zachowań. Ostatnia faza terapii koncentruje się z kolei na identyfikowaniu problemów i trudności mogących przyczynić się do powrotu uzależnienia. Bodźce uruchamiające zachowania zakupowe mogą mieć różną postać (złość, nuda, frustracja, poczucie osamotnienia, ale również inne osoby, miejsca czy przedmioty), w zależności od schematów poznawczych i indywidualnych potrzeb pacjenta. Wśród technik zapobiegających nawrotom wymieniane są najczęściej listy identyfikujące wyzwalacze, budowa sieci wsparcia, techniki zapobiegające przekształcaniu wpadek w nawroty. Można zatem powiedzieć, że etap ten, zwracając szczególną uwagę na zasoby pacjenta, nastawiony jest na ułożenie planu działania, który umożliwi utrzymanie pozytywnej zmiany wynikającej z redukcji zachowań nałogowych (Matuszczak-Świgoń i Bednarowska, 2019).

W pracy terapeutycznej z pacjentem można ponadto posłużyć się uniwersalnymi wskazaniami terapeutycznymi wg Becka i wsp. (2007), które powinny obejmować:

1. identyfikację i modyfikację przekonań, które wzmacniają przymus czynności;
2. rozpoznawanie i pracę z negatywnymi stanami emocjonalnymi (złość, lęk, smutek);
3. nauczenie pacjenta samodzielnego stosowania technik poznawczych i behawioralnych, które ułatwią eliminowanie szkodliwych zachowań i wytrwanie bez nich;
4. wprowadzenie fundamentalnych zmian i profilaktykę nawrotów przez zmianę stylu życia.

W terapii poznawczej stosowane są uniwersalne techniki, sprawdzające się na konkretnych etapach pracy z pacjentem, m.in. dialog sokratejski, technika strzała w dół, reatrybucji odpowiedzialności, techniki wyobrażeniowe, dzienniki i monitoringi, eksperymenty behawioralne, odgrywanie i odwracanie ról, techniki uczące rozwiązywania problemów. Do pomocnych metod zaliczyć można techniki odwracające uwagę lub karteczki z formułowanymi podczas sesji hasłami, hamującymi przed angażowaniem się w czynności nałogowe. Formą wspierającą proces terapeutyczny w zakresie technik wyobrażeniowych może być narracyjna gra fabularna (*role-playing game*), która opiera się na wyobraźni osób biorących w niej udział, tworząc ogólne zarysy scenariusza, gdzie bohaterów łączy wspólny cel (Panak i Drzewiecka, 2005), jednak brakuje badań potwierdzających skuteczność tej metody.

Kiedy zakupoholizm jest związany z trudnościami samoregulacji, sprawdzają się metody oparte na nauce regulacji emocji. Jako jeden z procesów transdiagnostycznych wskazuje się tu unikanie lub tłumienie emocji. Dlatego pomocna jest nauka akceptowania pobudzenia fizjologicznego, identyfikowania emocji i odróżniania ich od myśli. Pomocne w tym celu są dzienniki emocji, techniki akceptacji i uprawomocnienia trudnych uczuć, szukanie nowych wartości w życiu, odkrywanie mitów na temat emocji, obserwacja bez oceniania, wzbudzanie i dopuszczanie emocji (Leahy *et al.*, 2014). Jako całościowy program transdiagnostycznej terapii poznawczo-behawioralnej, stosowany w uzależnieniach wynikających z przeżywania silnego afektu negatywnego, lęku i depresji, zalecany jest także protokół Barlowa i wsp. (2020).

WNIOSKI

Zakupoholizm jest zaburzeniem o rosnącym rozpowszechnieniu, ale nadal dość słabo zdefiniowanym, najlepiej przystającym do koncepcji uzależnień behawioralnych, do zaburzeń kontroli impulsów, a słabiej do obrazu zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. Brak jednoznacznych kryteriów diagnostycznych powoduje, że przy konceptualizacji oraz kwalifikacji do terapii pomocne są skale, modele tłumaczące wzajemną zależność czynników oraz uwzględnienie specyfiki procesów transdiagnostycznych. Powodzenie leczenia wymaga pracy poznawczej z przekonaniami pacjenta,

która stanowi jeden z głównych czynników profilaktyki nawrotów. Terapia może obejmować leczenie farmakologiczne i terapię poznawczo-behawioralną, o skuteczności potwierdzonej badaniami.

Konflikt interesów

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

Wkład autorów

Koncepcja i projekt badania; napisanie artykułu: AKK. Gromadzenie i/lub zestawianie danych: AKK, JG. Analiza i interpretacja danych; krytyczne zrecenzowanie artykułu: JG.

Piśmiennictwo

- Andreassen CS, Griffiths MD, Pallesen S *et al.*: The Bergen Shopping Addiction Scale: reliability and validity of a brief screening test. *Front Psychol* 2015; 6: 1374.
- Barlow DH, Farchione TJ, Sauer-Zavala S *et al.*: Transdiagnostyczna terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń emocjonalnych. Ujednolicony protokół leczenia. Podręcznik terapeuty. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2020.
- Beck AT, Wright FD, Newman CF *et al.*: Terapia poznawcza uzależnień. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
- Burgard M, Mitchell JE: Group cognitive-behavioral therapy for buying disorder. In: Benson AL (ed.): *I Shop, Therefore I Am. Compulsive Buying and the Search for Self*. Aronson, New York 2000: 367–397.
- Cierpiąłkowska L, Grzegorzewska I: Szkodliwe zachowania związane z robieniem zakupów – model uzależnienia. Cierpiąłkowska L, Grzegorzewska I (2018): *Uzależnienia behawioralne*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2018: 314–329.
- Costa PT, McCrae RR: Normal personality assessment in clinical practice: the NEO Personality Inventory. *Psychol Assess* 1992a; 4: 5–13.
- Costa PT Jr, McCrae RR: Four ways five factors are basic. *Pers Individ Dif* 1992b; 13: 653–665.
- Edwards EA: Development of a new scale for measuring compulsive buying behaviour. *Financial Counseling and Planning* 1993; 4: 67–85.
- Faber RJ, O'Guinn TC: A clinical screener for compulsive buying. *J Consum Res* 1992; 19: 459–469.
- Filip M: Nowe uzależnienia XXI wieku. *Wszelchświat* 2013; 114: 87–94.
- Gąsiorowska A: Kupowanie kompulsywne – zjawisko, jego determinanty i konsekwencje: przegląd badań. *Przegląd Psychologiczny* 2001; 44: 463–477.
- Gąsiorowska A: Różnice indywidualne w skłonności do kupowania impulsywnego. *Konstrukcja i walidacja skali pomiarowej. Psychologia Ekonomiczna* 2013; (4): 6–21.
- Habrak B (ed.): *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2016.
- Jaraczewska JM, Adamczyk-Zientara JB, Banaszak J: Zastosowanie dialogu motywującego w terapii uzależnień behawioralnych. In: Jaraczewska JM, Adamczyk-Zientara M (eds.): *Dialog motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie*. ENETEIA Wydawnictwo Psychologii i Kultury, Warszawa 2015: 117–152.
- Kellett S, Bolton JV: Compulsive buying: a cognitive-behavioural model. *Clin Psychol Psychother* 2009; 16: 83–99.
- Kleszczewska-Albińska A: [Selected cognitive-behavioural models of behavioural addictions]. *Psychiatr Psychol Klin* 2022; 22: 10–18.
- Koryczan P, Sęktas M, Dybczak L *et al.*: Uzależnienie od zakupów – przegląd badań. In: Nyckowiak J, Leśny J (eds.): *Badania i rozwój*

- młodych naukowców w Polsce – nauki humanistyczne i społeczne. Część IV. Wydawnictwo Młodzi Naukowcy, Poznań 2017: 79–84.
- Kovács LN, Katzinger E, Yi S et al.: Emotion-focused coping mediates the relationship between COVID-related distress and compulsive buying. *PLoS One* 2022; 17: e0274458.
- Krzysztański M, Stolarczyk A, Piekarska-Bugiel K et al.: Zakupoholizm – nowe wyzwanie terapeutyczne. *Psychiatria* 2016; 13: 149–152.
- Kucewicz K: Zakupoholizm. Jak samodzielnie uwolnić się od przymusu kupowania? Samo Sedno, 2016.
- Kurlak I: Wybrane zagadnienia problematyki kompulsywnego zachowania: uzależnienie od zakupów (oniomania). *Forum Pedagogiczne* 2018; 8: 229–249.
- Leahy RL, Tirsch D, Napolitano LA: Regulacja emocji w psychoterapii. Podręcznik praktyka. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.
- Lee S, Mysyk A: The medicalization of compulsive buying. *Soc Sci Med* 2004; 58: 1709–1718.
- Lejoyeux M, Weinstein A: Compulsive buying. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2010; 36: 248–253.
- Matuszczak-Świągół J, Bednarowska W: Cognitive behavioural therapy of Internet addiction. *Psychoterapia* 2019; 1: 63–73.
- Miller WR, Rollnick S: Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.
- Mitchell JE, Burgard M, Faber R et al.: Cognitive behavioral therapy for compulsive buying disorder. *Behav Res Ther* 2006; 44: 1859–1865.
- Müller A, Arikian A, de Zwaan M et al.: Cognitive-behavioural group therapy versus guided self-help for compulsive buying disorder: a preliminary study. *Clin Psychol Psychother* 2013; 20: 28–35.
- Mueller A, Mueller U, Silbermann A et al.: A randomized, controlled trial of group cognitive-behavioral therapy for compulsive buying disorder: posttreatment and 6-month follow-up results. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 1131–1138.
- Nowakowska I, Lewandowska K, Lewczuk K: Funkcjonowanie poznawcze w uzależnieniach behawioralnych. In: Zajenkowski M (ed.): *Inteligencja w codziennym życiu*. Wydawnictwo Liberi Libri, Warszawa 2021: 89–131.
- Ogińska-Bulik N: Osobowość typu D a ryzyko uzależnienia od czynności. *Psychiatria* 2010a; 7: 11–24.
- Ogińska-Bulik N: Zakupoholizm. In: Ogińska-Bulik N: *Uzależnienie od czynności. Mit czy rzeczywistość?* Difin, Warszawa 2010b: 117–157.
- O’Guinn TC, Faber RJ: Compulsive buying: a phenomenological exploration. *J Consum Res* 1989; 16: 147–157.
- Ostaszewski K, Rustecka-Krawczyk A, Wójcik M: Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów: klasy I–II. Raport dla szkół i władz oświatowych Warszawy z realizacji drugiego etapu badań p.n. „Rola czynników ryzyka i czynników chroniących w rozwoju zachowań problemowych u młodzieży szkolnej. Badania warszawskich gimnazjalistów”. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2009.
- Otero-López JM, Pol EV: Compulsive buying and the Five Factor Model of personality: a facet analysis. *Pers Individ Dif* 2013; 55: 585–590.
- Panak P, Drzewiecka O: Gry fabularne. Mit a rzeczywistość: potencjalne wykorzystanie technik narracyjnych gier fabularnych w dydaktyce, pedagogice i terapii. *Szkoła Specjalna* 2005; 66: 19–29.
- Popiel A, Pragłowska E: *Psychoterapia poznawczo-behawioralna: teoria i praktyka*. 2nd ed., Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2022.
- Rowicka M: Uzależnienia behawioralne. Terapia i profilaktyka. Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Fundacja Pracesterno, Warszawa 2015.
- Światła JS, Dolińska-Zygmunt G: Body self and the risks of shopaholism. *Alcohol Drug Addict* 2019; 32: 175–196.
- Valence G, d’Astous A, Fortier L: Compulsive buying: concept and measurement. *J Consum Policy (Dordr)* 1988; 11: 419–433.
- Woronowicz BT: *Uzależnienia. Geneza, terapia i powrót do zdrowia*. Media Rodzina, Poznań 2009.
- Woronowicz BT: Uzależnienia behawioralne, ze szczególnym uwzględnieniem uzależnienia od komputera i sieci, od pracy oraz od zakupów. Diagnostowanie i leczenie. In: Skrzypulec-Plinta V, Woronowicz BT, Wojewódzka B et al. (eds.): *Wolni od uzależnień behawioralnych*. Raport pokonferencyjny. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, Opole 2012: 8–19.
- Zadka Ł, Olajossy M: Compulsive buying in outline. *Psychiatr Pol* 2016; 50: 153–164.
- Zarate D, Fullwood L, Prokofieva M et al.: Problematic shopping behavior: an item response theory examination of the seven-item Bergen Shopping Addiction Scale. *Int J Ment Health Addict* 2023; 21: 4108–4126.