

Iwona Niewiadomska, Agnieszka Palacz-Chrisidis

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Zmiany kryteriów w diagnozowaniu zaburzeń związanych z hazardem oraz uzależnień chemicznych i czynnościowych

Abstrakt: Autorki poruszają kwestię zmian w kryteriach diagnostycznych dotyczących zaburzeń związanych z hazardem oraz uzależnień chemicznych i czynnościowych w literaturze przedmiotu. Prezentują też krótki przegląd kolejnych edycji podręczników międzynarodowych klasyfikacji, zarówno *Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM, jak i *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* – ICD. W artykule przedstawiona jest również dyskusja badaczy na temat umiejscowienia zaburzeń związanych z hazardem w klasyfikacjach diagnostycznych. DSM-V umiejscawia zaburzenie hazardowe w kategorii „zaburzenia używania substancji i nałogów” (ang. *Substance-Related and Addictive Disorders*, DSM-V), w podkategorii „zaburzenia niezwiązane z substancjami” (ang. *Non-Substance Related Disorders*, DSM-V). Natomiast według nadal obowiązującego ICD-10, zaburzenie hazardowe pozostaje w obszarze zaburzeń kontroli i impulsów, pod nazwą „hazard patologiczny”.

Słowa kluczowe: kryteria diagnostyczne, hazard patologiczny, ICD, DSM.

Wprowadzenie do dyskusji na temat diagnozowania uzależnień czynnościowych w tym zaburzeń związanych z hazardem

Definiowanie hazardu jako zaburzenia od kilkudziesięciu lat skutkuje dyskusją nad różnymi stanowiskami wśród badaczy tego zjawiska (Detrovics, Griffiths 2012;

Benguigui 2009; Davidson 2008; Valleur, Velea 2002; Goodman 1990; Peele, Brodsky 1977). W jej wyniku, w obowiązujących klasyfikacjach światowych (*The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* – ICD, *Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM), wprowadzano kolejne zmiany dotyczące kryteriów diagnozowania zaburzeń związanych z graniem hazardowym. Aktualnie, w V edycji podręcznika *Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V 2013), patologiczne granie hazardowe zostało włączone w obszar uzależnień, co jest przełomową zmianą w podejściu do jego diagnozowania. Natomiast w nadal obowiązującej 10. edycji podręcznika *Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów ICD-10* (*The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), hazard patologiczny pozostaje w obszarze zaburzeń kontroli i impulsów (ICD-10 1992). Wymienione rozbieżności w podejściu do grania hazardowego jako zaburzenia powodują, że dyskusja nad kryteriami diagnostycznymi oraz definiowaniem hazardu jest nadal otwarta.

Słownik języka polskiego definiuje słowo hazard jako „grę na pieniądze” lub jako „ryzyko” oraz rozróżnia hazard miękki (ogół gier, w których stawką są stosunkowo niewielkie pieniądze, i w których o wygranej przede wszystkim decyduje przypadek) i hazard twardy (ogół gier, w których stawką są duże pieniądze, i w których o wygranej przede wszystkim decyduje przypadek) (Żmigrodzki 2007). Hazardem są więc określane gry, w których o zwycięstwie decyduje losowość, a wygraną mogą być pieniądze, ale też inne dobra materialne, np. wycieczki, gadżety, samochody. Ustawa o grach hazardowych z 2009 r., definiuje z kolei gry hazardowe jako gry losowe, zakłady wzajemne i gry na automatach (Dz.U. 2009 Nr 201, poz. 1540). O hazardzie można mówić również w kontekście miejsca, w którym się on odbywa. Przykładowo, gry cylindryczne, gry w karty, gry w kości i gry na automatach odbywają się w kasynach, natomiast zakłady przyjmowane są w salonach gry, w punktach zakładów wzajemnych, totalizatorach lub salonach bukmacherskich (Pierszała 2010).

Od początku dociekań dotyczących tej problematyki badacze nie są zgodni co do natury tego zjawiska. Pierwsze koncepcje ujmujące hazard patologiczny jako uzależnienie behawioralne, mają swoje źródło w badaniach dotyczących szkodliwego używania substancji, w tym głównie alkoholu i opiatów (Lelonek-Kuleta 2012). Część autorów przyjmowała stanowisko, że koncepcje wypracowane na gruncie uzależnień chemicznych, mogą także znaleźć zastosowanie w wyjaśnianiu innych form zaburzonego postępowania, niezwiązanego z przyjmowaniem substancji, w tym również zachowań hazardowych (Demetrovics, Griffiths 2012; Benguigui 2009; Davidson 2008; Valleur, Velea 2002; Goodman 1990; Peele, Brodsky 1977). W latach 70. XX w., w związku z odnoszeniem modeli uzależnień psychoaktywnych do uzależnień od czynności, o osobach przejawiających problemowe granie hazardowe zaczęto mówić jak o osobach uzależnionych (Woronowicz 2011; Peele, Brodsky 1977). Szczególnym aspektem, na który zaczęto zwracać

uwagę – podobnie jak w przypadku uzależnienia od substancji – była zmiana zachowań osoby, która uprawiała hazard w sposób problemowy. Istotnym faktem w ujmowaniu problemowego hazardu, było to, że osoba doświadcza utraty kontroli nad swoim zachowaniem, co staje się bardzo ważne w aspekcie zrozumienia, diagnozy i leczenia tego typu czynności (Lelonek-Kuleta 2012; Demetrovics, Griffiths 2012; Benguigui 2009; Davidson 2008; Valleur, Velea 2002; Goodman 1990; Peele, Brodsky 1977).

Próby określenia kryteriów uzależnienia czynnościowego poza klasyfikacjami diagnostycznymi zaburzeń psychicznych DSM i ICD

Pojęcie uzależnienia czynnościowego lub „toksykomanii bez substancji” po raz pierwszy wprowadził Otto Fenichel (1945) w publikacji *The psychoanalytic theory of neurosis* (Teorie psychoanalityczne neuroz) – psychoanalityk uważany za prekursora w zakresie opracowania kategorii „zaburzenia kontroli impulsów” w amerykańskiej klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM. Psychoterapeuta Stanon Peele w 1977 r. wykazał analogię pomiędzy mechanizmami charakterystycznymi dla uzależnienia chemicznego a niektórymi zaburzeniami postępowania, co po raz kolejny dało podstawy do określania problemowych zachowań mianem uzależnienia. Analizował on uzależnienie w ujęciu warunkowania instrumentalnego, twierdząc, że poczucie braku kompetencji życiowych popycha do poszukiwania szybkiej i przewidywalnej gratyfikacji, którą można osiągnąć poprzez zażycie określonej substancji psychoaktywnej lub wykonanie konkretnej czynności, np. zagranie w grę hazardową. Regularne osiąganie takiej zapłaty bardzo szybko przeradza się w uzależnienie, jeszcze bardziej nasilające poczucie braku kompetencji życiowych (Peele, Brodsky 1977). Zaprezentowanemu powyżej mechanizmowi powstawania uzależnienia czynnościowego nie towarzyszyło jednak podanie jasnych kryteriów jego diagnozowania, dzięki którym można byłoby określić ten rodzaj uzależnienia.

Pierwsze kryteria uzależnień czynnościowych zostały zaprezentowane w 1978 r. przez Jima Orforda, według którego wyrażają się one w: 1) kontynuowaniu zachowania, pomimo jego negatywnych konsekwencji, 2) obsesji jego wykonywania, 3) doświadczania poczucia winy po wykonaniu czynności nałogowej oraz 4) objawach abstynencyjnych w sytuacji jej nagłego zaprzestania (Orford 2001).

Bardziej precyzyjne wskaźniki uzależnienia czynnościowego, odwołujące się do ogólnej koncepcji uzależnień, sformułował Aviel Goodman (1990). Opracował je, chcąc opisać nałogowe zachowania seksualne. Opracowane kryteria znajdują jednak zastosowanie w przypadku innych uzależnień czynnościowych. Według Goodmana uzależnienie charakteryzuje się tym, że osoba podejmuje zachowanie, przynoszące przyjemność lub redukujące przykrość (powoduje ulgę) oraz kontynuuje to zachowanie w taki sposób, że prowokuje ono występowanie określonych

sympptomów (Goodman 1990). Jako kluczowe objawy uzależnienia czynnościowego zostały wskazane: niezdolność oparcia się impulsom popychającym do określonego zachowania, poczucie narastającego napięcia pojawiające się tuż przed rozpoczęciem zachowania, odczuwanie przyjemności i/lub ulgi podczas wykonywania zachowania, poczucie utraty kontroli nad wykonywaną czynnością. Nałóg czynnościowy lokuje się pomiędzy impulsją, która zakłada szybką przyjemność, a kompulsją mającą na celu redukcję napięcia (Goodman 1990).

Istotny jest również czas, w którym występują określone objawy świadczące o uzależnieniu czynnościowym. Konieczne jest stwierdzenie ich trwania dłużej niż miesiąc lub ich powtarzania przez dłuższy czas. W tym okresie ważne jest zaobserwowanie występowania przynajmniej pięciu spośród następujących kryteriów (Goodman 1990):

- częste zaabsorbowanie określonym zachowaniem lub przygotowywaniem tej czynności;
- intensywność i trwanie epizodów zachowania przewyższające znacząco poziom pierwotnie pożądaný;
- powtarzające się bezskuteczne próby ograniczenia, kontrolowania lub zaprzestania zachowania;
- poświęcanie dużej ilości czasu na przygotowywanie zachowania, jego podejmowanie lub powrót do niego;
- częste zaniebywanie obowiązków zawodowych, szkolnych, akademickich, rodzinnych, społecznych;
- poświęcanie aktywności społecznej, zawodowej lub rekreacyjnej na rzecz nałogowego zachowania;
- kontynuowanie zachowania pomimo świadomości doświadczania lub nasilania się trwałych bądź nawracających problemów o charakterze społecznym, finansowym, psychologicznym, fizycznym;
- potrzeba zwiększania intensywności lub częstotliwości zachowania, aby osiągnąć pożądaný efekt lub też zmniejszenie nasilenia doznań wywołanych przez zachowania o tej samej intensywności co wcześniej;
- niepokój lub zdenerwowanie w sytuacji niemożliwości podjęcia zachowania.

Podsumowując katalog możliwych objawów uzależnienia czynnościowego opracowany przez Goodmana, należy podkreślić, że jest on powszechnie akceptowany przez naukowców i często wykorzystywany do opisywania zarówno uzależnień czynnościowych, jak i chemicznych (Lelonek-Kuleta 2012; Demetrovics, Griffiths 2012; Woronowicz 2011; Benguigui 2009; Davidson 2008; Valleur, Velea 2002).

Inny badacz zjawiska, Marc Griffiths, w 1997 r. przedstawił sześć kryteriów definiujących uzależnienie czynnościowe. Wśród nich należy wymienić (Griffiths 1997):

- dominację danego zachowania w życiu osoby – jej myśleniu, emocjach i zachowaniu;

- zmianę nastroju w związku z podejmowaniem określonego zachowania oraz stosowanie emocjonalnych strategii radzenia sobie, gdy ono występuje;
- wzrost tolerancji w związku z występowaniem tego zachowania;
- objawy odstawienia zarówno psychiczne, jak i fizyczne po zaprzestaniu czynności;
- konflikty interpersonalne i intrapsychiczne;
- nawrót wykonywania zachowania po okresie zaprzestania go lub próby jego kontrolowania.

Odwołując się do polskiego badacza, Andrzeja Woronowicza (2001), uzależnienie behawioralne rozpatrywać można jako nieprawidłowy sposób wykonywania danej czynności, prowadzący do istotnego zakłócenia funkcji psychicznych i zaburzenia zachowania.

Inny polski badacz zjawiska, Andrzej Augustynek (2006), wskazuje, że objawy uzależnienia od czynności są zwykle podobne do siebie, a proces uzależnienia przebiega w kilku fazach (Augustynek 2006):

- poznawania i racjonalnego oraz efektywnego wykorzystywania czynności, czyli zainteresowania danym zachowaniem lub jego występowaniem w życiu codziennym;
- uzależnienia, czyli potrzeby stałego wykonywania czynności, utraty innych zainteresowań, obniżonego nastroju oraz powracających myśli i snów na temat czynności;
- destrukcji, czyli całkowitego pochłonięcia danym zachowaniem, zaniedbaniami w pełnieniu ról społecznych, kontynuowaniem zachowania pomimo widocznych szkód społecznych, fizycznych i psychicznych.

Badacze zjawiska zwracają także uwagę na analogie między uzależnieniami czynnościowymi i chemicznymi. Zauważają, że w obydwu typach uzależnień występuje podobna charakterystyka zachowań, a na poziomie biologicznym w obu wymienionych rodzajach zaburzeń zaangażowane są te same neuroprzekązniki, zatem obydwa typy mają podobne podłoże neurobiopsychospołeczne (Davidson 2008; Valleur, Velea 2002).

Jednocześnie z dyskusjami toczącymi się wśród naukowców badających naturę uzależnień behawioralnych, trwały i nadal trwają próby sprecyzowania kryteriów grania hazardowego w klasyfikacjach diagnostycznych zaburzeń psychicznych. W diagnostyce zaburzeń psychicznych stosuje się dwie podstawowe klasyfikacje:

- Międzynarodową Klasyfikację Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów (ICD), której kolejne edycje są opracowywane przez Światową Organizację Zdrowia i obowiązują na całym świecie;
- Klasyfikację Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM), używaną przede wszystkim w Stanach Zjednoczonych. W wielu krajach, w tym także w Polsce, korzysta się z kryteriów psychopatologii wyodrębnionych w kolejnych edycjach DSM, mających charakter pomocniczy w stosunku do informacji zawartych w klasyfikacji ICD.

Zamiany w kryteriach diagnozowania patologicznego hazardu i uzależnień chemicznych w kolejnych edycjach klasyfikacji ICD

Pomimo silnego zainteresowania klinicystów graniem hazardowym, a także licznymi próbami określenia go w kategoriach zaburzenia, nie było ono w żaden sposób ujmowane w pierwszych podręcznikach klasyfikacyjnych ICD. Dopiero ostatnie dwie dekady XX w. przyniosły zmiany w tym zakresie.

W obowiązującej klasyfikacji ICD-10 z roku 1992 wprowadzono do kryteriów diagnozujących psychopatologię zaburzenia związane z graniem hazardowym. Ujęto je w kategorii „zaburzenia nawyków i popędów, w tym – patologiczny hazard, patologiczne kradzieże czy patologiczne podpalanie” (ICD-10, 1992).

Patologiczny hazard według ICD-10 definiowany jest 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” (ICD-10, 1992). Opierając się na kryteriach diagnostycznych zaproponowanych przez ICD-10 można przyjąć, że patologiczny hazard można rozpoznać wówczas, kiedy (ICD-10 1992; Niewiadomska i in. 2005):

- wystąpiły dwa lub więcej epizodów grania w okresie co najmniej roku;
- epizody te nie przynoszą zysku, lecz są kontynuowane pomimo odczuwanego złego samopoczucia oraz zakłóceń w codziennym funkcjonowaniu jednostki;
- osoba opisuje intensywny, trudny do opanowania popęd do gier i wskazuje na niezdolność do zaprzestania gry wysiłkiem woli;
- osoba jest pochłonięta myśleniem i wyobrażaniem sobie czynności grania lub towarzyszących jej okoliczności.

Należy również zwrócić uwagę, że do klasyfikacji ICD późno wprowadzono kryteria diagnozowania uzależnień chemicznych. Dopiero w ósmej edycji podręcznika Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów z 1967 r. po raz pierwszy uwzględniono problemy związane z używaniem substancji psychoaktywnych (ICD-8 1967). W wydaniu tym zaburzenie określone jako alkoholizm zaliczono do zaburzeń osobowości i nerwic. W ICD-8 alkoholizm wyróżniono jako odrębną kategorię, obejmującą epizodyczne nadmierne picie, nawykowe nadmierne picie oraz nałóg alkoholowy, charakteryzujący się przymusem picia i objawami abstynencyjnymi po jego zaprzestaniu (Augustynek 2006; ICD-8 1967).

W aktualnej klasyfikacji ICD-10 uzależnienie od substancji psychoaktywnych mieści się w kategorii „zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem środków (substancji) psychoaktywnych” (ICD-10 1992). Rozpoznanie uzależnienia od środków chemicznych opiera się na stwierdzeniu ścisłego powiązania objawów psychicznych (głód substancji) z objawami fizjologicznymi (tolerancją

i symptomami abstynencyjnymi) oraz z charakterystycznymi zachowaniami (sięganiem po substancję dla uwolnienia się od objawów abstynencyjnych).

W ICD-10 uzależnienie chemiczne określa się jako zespół występowania różnych zjawisk na poziomie biochemicznym, fizjologicznym, psychicznym (zwłaszcza procesy emocjonalne i poznawcze) i behawioralnym (zachowania związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych). Głównym objawem uzależnienia jest przemożne pragnienie przyjęcia określonego środka psychoaktywnego (ICD-10 1992; Woronowicz 2011). W dziesiątej edycji podręcznika wprowadzono również pojęcie „używanie szkodliwe”, które ujmuje problemy zdrowotne, spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych.

Diagnozę uzależnienia od substancji psychoaktywnej stawia lekarz psychiatra w oparciu o kryteria ICD-10, gdy dla danej substancji spełnione są 3 z 6 poniżej wymienionych kryteriów (ICD-10, 1992):

- silna, natrętna potrzeba zażywania substancji;
- upośledzona zdolność kontrolowania zażywania substancji;
- występowanie objawów abstynencyjnych po odstawieniu substancji lub zażywanie substancji w celu uniknięcia lub złagodzenia zespołu odstawienia z subiektywnym poczuciem skuteczności takiego działania; zmiana tolerancji na zażywaną substancję;
- wystąpienie tolerancji, polegającej na potrzebie spożycia większych dawek do wywołania efektu powodowanego poprzednio mniejszymi dawkami;
- postępujące zaniedbywanie alternatywnych do zażywania przyjemności, zachowań, zainteresowań; koncentracja życia wokół zażywania lub zdobywania substancji i zawężenie repertuaru zachowań do 1–2 wzorców;
- zażywanie substancji pomimo wiedzy o szkodliwości dla zdrowia.

Światowa Organizacja Zdrowia planuje wprowadzenie nowej edycji klasyfikacji zaburzeń zdrowotnych: ICD-11. Na podstawie doniesień z kongresu zorganizowanego w 2011 roku przez *The World Psychiatric Association* oraz Światową Organizację Zdrowia, można jednoznacznie stwierdzić, że kryteria zaburzeń związanych z uprawianiem hazardu pozostaną nadal w kategorii „zaburzenia nawyków i popędów, w tym – patologiczny hazard, patologiczne kradzieże czy patologiczne podpalanie”. Nie zostaną także wprowadzone zmiany w kategorii „zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem środków (substancji) psychoaktywnych” (Keeley i in. 2016; Heitzman i in. 2011).

Zmiany w kryteriach diagnozowania hazardu oraz uzależnień chemicznych i czynnościowych w kolejnych edycjach DSM

Pierwsze sformułowania kryteriów rozpoznawania uzależnienia w ramach klasyfikacji DSM dotyczyły alkoholizmu i znalazły się w klasyfikacjach DSM-I z 1952 r.

oraz DSM-II z roku 1968. W obu edycjach alkoholizm traktowany był jako podkategoria zaburzeń osobowości lub nerwic. Uzależnienie cechowało się regularnym (np. sobotnio-niedzielnym lub wręcz codziennym) spożywaniem dużych ilości alkoholu. Zatem kryteria diagnostyczne zawarte w DSM-I i II pozwalały jedynie stwierdzić nałóg lub jego brak, nie pozwalały natomiast na wprowadzenie jakiegokolwiek gradacji jego nasilenia (Augustynek 2006). W 1980 r. opublikowano DSM-III, w którym po raz pierwszy zrezygnowano ze stosowania terminu „alkoholizm” na rzecz dwóch odrębnych kategorii: „nadużywanie alkoholu” i „uzależnienie od alkoholu”. Po raz pierwszy stworzono wówczas kategorię zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, a nie jak w poprzednich wydaniach – zaburzeń osobowości (DSM-III 1980; Sanders 2010). W trzeciej edycji podręcznika diagnostycznego DSM wprowadzono też kryteria dotyczące zachowań hazardowych w postaci „hazardu patologicznego” jako jednostki chorobowej umieszczonej w kategorii „zaburzenia impulsów”. W czwartej edycji DSM z 1994 r. nie zmieniono kryteriów diagnozowania hazardu patologicznego (DSM-IV 1994; Tartakovsky 2011), wprowadzono natomiast korekty w odniesieniu do stwierdzania uzależnień chemicznych. Zastosowano uszczegółowienia odnośnie do podtypów uzależnienia. „Uzależnienie fizyczne” należało stwierdzić w przypadku obecności objawów tolerancji i zespołu abstynencyjnego, a „brak uzależnienia fizycznego” – wówczas, gdy objawy tolerancji i zespołu abstynencyjnego nie występowały. W podręczniku DSM-IV nadal istniało rozróżnienie na nadużywanie i uzależnienie. Według Babo-
ra (1995) taka konceptualizacja pozwala klasyfikować ważne aspekty zachowań pacjenta, pomimo że nie są one wyraźnie związane z uzależnieniem. Do kryteriów rozpoznawania nadużywania dodano spożywanie substancji pomimo powtarzających się problemów społecznych, interpersonalnych czy konfliktów z prawem. DSM-IV podaje następujące kryteria diagnostyczne nadużywania (DSM-IV 1994):

- niezaprzestanie używania substancji pomimo wiedzy na temat trwałych i powtarzających się społecznych, psychologicznych lub fizycznych problemów spowodowanych lub zaostrzonych przez używanie substancji (np. codzienne palenie papierosów pomimo znanej diagnozy rozedmy lub przewlekłego bronchitu, używanie kokainy mimo depresji spowodowanej jej spożywaniem lub niezaprzestanie picia w sytuacji nasilenia się owrzodzenia spowodowanego konsumpcją alkoholu);
- powtarzające się używanie substancji powodujące niezdolność do wypełniania obowiązków związanych z pełnieniem ról w pracy, szkole, domu (np. powtarzające się absencje w pracy lub słaba wydajność spowodowane używaniem substancji, nieobecności na lekcjach i zajęciach spowodowane używaniem substancji, wyrzucenie ze szkoły, zawieszenia w prawach ucznia, zaniedbywanie dzieci lub codziennych obowiązków domowych);
- powtarzające się używanie substancji w sytuacjach, w których jest to fizycznie niebezpieczne (np. jazda samochodem lub obsługiwanie maszyny w stanie zaburzenia spowodowanego używaniem substancji);

- porzucenie lub obniżenie efektywności wykonywania istotnych społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych czynności z powodu używania substancji;
- powtarzające się problemy prawne lub interpersonalne wynikające ze spożywania substancji (np. spowodowane spożywaniem substancji zatrzymania w areszcie lub wypadki komunikacyjne, fizyczne bóle spowodowane używaniem substancji).

W DSM-IV podkreślono również, że objawy zaburzeń psychicznych w postaci lęku lub depresji mogą być efektem używania substancji psychoaktywnych (DSM-IV 1994; Augustynek 2006).

Według DSM-IV uzależnienie od substancji psychoaktywnych występuje wtedy, gdy przynajmniej 3 spośród 6 wymienionych poniżej objawów pojawiało się przez większość dni, przez okres co najmniej miesiąca, lub było obserwowanych jako powtarzające się przez dłuższy czas w ciągu ostatnich 12 miesięcy (DSM-IV 1994):

- tolerancja, określona przez jeden z następujących objawów:
 - potrzeba spożycia wyraźnie wzrastających ilości substancji, aby osiągnąć stan zatrucia lub pożądaný skutek;
 - wyraźnie słabszy „efekt halucynogeny” przy kontynuowanym spożyciu takiej samej ilości substancji;
 - na pozór właściwe funkcjonowanie organizmu przy dawkach lub poziomach substancji we krwi, które spowodowałyby poważne zaburzenie u przypadkowego, innego konsumenta;
- występowanie cech charakterystycznych dla zespołu abstynencyjnego;
- częste spożywanie tej samej substancji, by złagodzić lub wyeliminować objawy zespołu abstynencyjnego;
- częste spożywanie substancji w większych ilościach lub przez dłuższy czas niż zamierzano, planowano;
- nieudane próby lub niepomyślne wysiłki, by zaprzestać używania substancji lub kontrolować jej spożycie;
- poświęcanie dużej ilości czasu na czynności niezbędne do zdobycia substancji, spożycie substancji, lub wygaszenie wywieranych przez nią skutków;
- powtarzające się używanie substancji powodujące niezdolność do wypełniania obowiązków związanych z pełnieniem ról w pracy, szkole, domu;
- powtarzające się używanie substancji w sytuacjach, w których jest to fizycznie niebezpieczne;
- porzucenie lub obniżenie efektywności wykonywania istotnych społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych czynności z powodu używania substancji;
- powtarzające się problemy prawne lub interpersonalne wynikające ze spożywania substancji;
- niezaprzestanie spożywania substancji pomimo świadomości trwałych lub powtarzających się problemów spowodowanych lub zaostrzonych przez używanie substancji.

W DSM-IV wyróżniono następujące kryteria hazardu patologicznego (DSM-IV 1994; Woronowicz 2011):

- zaabsorbowanie hazardem, na przykład przypominanie sobie wcześniejszych doświadczeń związanych z graniem, odgrywaniem się lub planowaniem następnej gry, myśleniem, jak zdobyć pieniądze na hazard itp.;
- potrzeba podwyższania podczas gry stawek pieniędzy, niezbędnych do uzyskania odpowiedniego poziomu zadowolenia (satysfakcji, pożądania);
- powtarzające się podejmowanie bezskutecznych wysiłków mających na celu ograniczenie lub zaprzestanie hazardowego grania;
- podenerwowanie lub poirytowanie przy próbach ograniczenia lub zaprzestania grania;
- traktowanie gry jako sposobu ucieczki przed problemami lub na poprawę złego samopoczucia (np. uczucia bezradności, winy, lęku, depresji);
- podejmowanie prób „odegrania się” po wcześniejszej utracie pieniędzy w grze;
- okłamywanie członków rodziny, terapeuty lub innych osób w celu ukrycia prawdziwych rozmiarów swojego hazardowego grania;
- podejmowanie nielegalnych działań, takich jak: fałszerstwo, oszustwo, kradzież lub malwersacja w celu zdobycia pieniędzy na hazardowe granie;
- utrata lub narażenie na szwank z powodu zaangażowania w hazardowe granie ważnych związków emocjonalnych, możliwości edukacyjnych, zawodowych itp.;
- szukanie u innych osób pomocy finansowej w celu poprawienia złej sytuacji ekonomicznej spowodowanej hazardowym graniem.

W 2013 roku opublikowano najnowszą, obowiązującą wersję podręcznika DSM-V, w którym dokonano przełomu jeśli chodzi o diagnozowanie hazardu patologicznego. W dosłownym tłumaczeniu jest to „zaburzenie hazardowe”, które umiejscowione zostało w nowo powstałej kategorii „zaburzenia używania substancji i nałogów” (ang. *Substance-Related and Addictive Disorders*, DSM-V), w podkategorii „zaburzenia niezwiązane z substancjami” (ang. *Non-Substance Related Disorders*, DSM-V). Zgodnie z klasyfikacją DSM-V, uporczywe i nawracające nieadaptacyjne zachowania związane z uprawianiem hazardu obejmują co najmniej cztery z wymienionych w podręczniku objawów, które wystąpiły w ciągu ostatniego roku (DSM-V 2013; Rowicka 2015). Występuje tylko jedna różnica w zakresie kryteriów diagnostycznych hazardu patologicznego pomiędzy podręcznikami DSM-V i DSM-IV. W najnowszym usunięto z kryteriów zaburzeń hazardowych „podejmowanie nielegalnych działań, takich jak: fałszerstwo, oszustwo, kradzież lub malwersacja w celu zdobycia pieniędzy na hazardowe granie”, pozostałe kryteria są tożsame (DSM-V 2013). Ponadto w DSM-V, kryteria nadużywania substancji psychoaktywnych zostały włączone do kryteriów uzależnienia chemicznego, co jest ważną zmianą w stosunku do poprzednich dwóch edycji podręcznika (DSM-V 2013). Jej wprowadzenie nawiązuje do założenia o podobieństwie etiopatologicznym nadużywania i uzależnienia od substancji psychoaktywnej oraz uznania ich za jedno zaburzenie (Samochowicz i in. 2015).

Wnioski końcowe

Wniosek 1. Dyskusja nad umiejscowieniem hazardu w typologiach zaburzeń i klasyfikacjach psychopatologii była prowadzona od początku dociekań na temat zachowań hazardowych. Jedni autorzy uważają, że jest to uzależnienie behawioralne i należy je traktować odrębnie od uzależnienia psychoaktywnego, inni, że jest wiele aspektów łączących wymienione rodzaje zaburzeń. Elementem budzącym spór jest między innymi wystąpienie objawów odstawienia oraz tolerancji. Specjaliści zwracają uwagę na to, że podstawowym czynnikiem odróżniającym uzależnienia czynnościowe od chemicznych jest brak – w ścisłym sensie – fizycznych objawów zespołu odstawienia od niepożądanych zachowań, ponieważ nie występuje tu substancja chemiczna, która wchodziłaby w kontakt z neuroprzekaznikami mózgowymi (Denis i in. 2012; Woronowicz 2011; Shaffer i in. 2009; Petry 2006). Ze względu na fakt, że zagadnienia dotyczące uzależnień czynnościowych, a wśród nich uzależnienia od hazardu, są nadal obszarem badanym i niedostatecznie poznanym, należy spodziewać się, że debaty na tym polu nie ustaną.

Wniosek 2. Najnowszy podręcznik DSM-V opublikowany w 2013 r. klasyfikuje zaburzenia związane z graniem hazardowym w kategorii zaburzeń nałogowych (*addictive disorder*) jako odrębną podkategorię „zaburzenia uprawiania hazardu” (*gambling use disorder*). W tej samej kategorii zaburzeń nałogowych wymienia również zaburzenia wynikające z używania substancji psychoaktywnych. Jako uzasadnienie ich umieszczenia w jednej kategorii, w DSM-V wskazano na wyniki badań potwierdzających, że:

- zachowania hazardowe aktywują w mózgu system nagrody, podobnie jak dzieje się to w przypadku używania substancji chemicznych;
- zaangażowanie w hazard doprowadza do powstania zachowań podobnych do tych, które występują w przypadku uzależnienia psychoaktywnego (DSM-V 2013).

Adès i Lejoyeux zwracają uwagę na następujące objawy łączące oba typy uzależnień: złe samopoczucie psychiczne i fizyczne, lęk i drażliwość oraz powracające pragnienie ponownego podjęcia sekwencji nałogowego zachowania w sytuacji jego braku (Lejoyeux i in. 1999). Zarówno w przypadku uzależnień chemicznych, jak i czynnościowych można zaobserwować objawy wzrastającej tolerancji, przejawiające się zwiększaniem przez osobę częstotliwości lub intensywności zachowania w celu doświadczenia przyjemności lub złagodzenia przykrości w takim stopniu, w jakim miało to miejsce w początkowym okresie podejmowania zachowania nałogowego (Zaworska-Nikoniuk 2005).

Wniosek 3. Zgodnie z informacjami z literatury światowej (Keeley i in. 2016; Heitzman i in. 2011), kryteria diagnostyczne hazardu patologicznego w jedenaściej edycji podręcznika Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn

Zgonów ICD-11 pozostaną bez zmian zarówno jeśli chodzi o ich brzmienie, jak i miejsce w klasyfikacji – jako zaburzenia nawyków i popędów, w tym patologiczny hazard, patologiczne kradzieże czy patologiczne podpalanie. Natomiast zmiany wprowadzone do piątej edycji podręcznika *Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders* DSM-V polegają na włączeniu zaburzeń związanych z graniem hazardowym do kategorii zachowań uzależniających. Zatem rozbieżności w zakresie diagnozowania tego zjawiska w ICD i DSM wymagają rozstrzygnięcia i ujednolicenia. Warto zatem podejmować badania nad specyfiką problemów wynikających z uprawiania hazardu, aby poznać jego dokładne uwarunkowania i mechanizmy, co w konsekwencji powinno doprowadzić do ujednolicenia kryteriów diagnostycznych zaburzeń związanych z uprawianiem hazardu.

Abstract: Changes of Diagnosis Criteria for Gambling Related Disorders and Psychoactive and Behavioral Addictions

The article presents the issue of diagnostic criteria of gambling related disorders and psychoactive and behavioral addictions. It is also a review of next edits of international classification manuals, DSM (Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders), and also ICD (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Article presents the discussion about the place of gambling disorder at the classifications, which is taken by scientists who study on gambling. The latest, fifth of edition of *Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders* DSM-V concerns gambling in the category of substance-related and addictive disorders, the subcategory of non-substance related disorders. However, according to The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10, gambling disorder remains in the category of impulse control disorders, as a pathological gambling.

Key words: diagnostic criteria, pathological gambling, ICD, DSM.

Bibliografia

- [1] Babor T.F., 1995, The Road to DSM-IV: Confessions of an Erstwhile Nosologist, Commentary No. 2: Drug and Alcohol Dependence, 38.
- [2] Benguigui J., 2009, *La cyberdependance: Données de la littérature et résultats d'une étude sur 48 cas*, These pour la doktorat en medecine, Université Paris 7 – Denis Diderot.
- [3] Davidson C., 2008, *Cyberdépendance – les multifacettes du jeu*, Forum drogues et autres dependes.
- [4] Demetrovics Z., Griffiths M.D., 2012, *Behavioral Addictions: Past, Present and Future*, „Journal of Behavioral Addictions”, 1(1).
- [5] Denis C., Fatseas M., Auriacombe M., 2012, *Analyses Related to the Development of DSM-5 Criteria for Substance Use Related Disorders: 3. An Assessment of Pathological Gambling Criteria*, „Drug and Alcohol Dependence”, 122.
- [6] *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.), 1980, American Psychiatric Association, Washington.

- [7] *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.), 1994, American Psychiatric Association, Washington.
- [8] *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.), 2013, American Psychiatric Association, Washington.
- [9] Fenichel O., 1945, *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*, Norton and Company, New York.
- [10] Goodman A., 1990, *Addiction: Definition and Implications*, „British Journal of Addiction”, 85.
- [11] Griffiths M., 1997, Does Internet and Computer Addiction Exist? Some Case Study Evidence, dokument zaprezentowany podczas spotkania z okazji 105. rocznicy Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego w Chicago.
- [12] Heitzman J., Łoza B., Kosmowski W., 2011, *Classification of mental disorders – a conceptual framework for the ICD-11*, „Psychiatria Polska”, 45(6).
- [13] Keeley J.W., Reed G.M., Roberts M.C., Evans S.C., Medina-Mora M.E., Robles R., Rebello T., Sharan P., Gureje O., First M.B., Andrews H.F., Ayuso-Mateos J.L., Gaebel W., Zielasek J., Saxena S., 2016, *Developing a Science of Clinical Utility in Diagnostic Classification Systems Field Study Strategies for ICD-11 Mental and Behavioral Disorders*, „American Psychologist”, 71(1).
- [14] Lejoyeux M., Haberman N., Solomon J., Ades J., 1999, *Comparison of Buying Behaviour in Depressed Patients Presenting with or without Compulsive Buying*, „Comprehensive Psychiatry”, 40, 1.
- [15] Lelonek-Kuleta B., 2012, *Uzależnienie od czynności – zdefiniowanie pojęcia, specyfika problemu oraz kierunki diagnoz*, „Serwis informacyjny NARKOMANIA”, 1(57).
- [16] Niewiadomska I., Brzezińska M., Lelonek B., 2005, *Hazard, seria: Uzależnienia: fakty i mity*, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu w Lublinie, Wydawnictwo „Gaudium”, Lublin.
- [17] Orford J., 2001, *Conceptualizing Addiction. Addiction as Excessive Appetite*, „Addiction”, 96.
- [18] Peele S., Brodsky A., 1975, *Love and Addiction*, Taplinger, New York.
- [19] Petry N.M., 2006, *Should the Scope of Addictive Behaviors be Broadened to Include Pathological Gambling?*, „Addiction”, 101(1).
- [20] Pierszała J., 2010, *Prawdziwe oblicze hazardu*, „Świat Problemów”, 4.
- [21] Rowicka M., 2015, *Uzależnienia behawioralne*, KBPN, Fundacja Praesterno, Warszawa.
- [22] Samochowiec A., Chęć M., Kołodziej Ł., Samochowiec J., 2015, *Alcohol use Disorders: do new Diagnostic Criteria Imply Change of Therapeutic Strategies?*, „Alcoholism and Drug Addiction”, 28(1).
- [23] Sanders J.L., 2010, *A Distinct Language and a Historic Pendulum: the Evolution of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, „Archives of Psychiatric Nursing”, 25(6).
- [24] Shaffer H.J., LaPlante D.A., LaBrie R.A., Kidman R.C., Donato A.N., Stanton M.V., 2009, *Toward a Syndrome Model of Addiction: Multiple Expressions, Common Etiology*, „Harvard Review of Psychiatry”, 12.
- [25] *The International Classification of Diseases and Related Health Problems* (8th Revision), 1967, World Health Organization, Geneva.
- [26] *The International Classification of Diseases and Related Health Problems* (10th Revision), 1992, World Health Organization, Geneva.
- [27] Ustawa z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych Dz.U. 2009 Nr 201, poz. 1540.

- [28] Valleur M., Velea D., 2002, *Les addictions sans drogue(s)*, „Revue Toxibase”, 6.
- [29] Woronowicz B.T., 2001, *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*, IpiN, Warszawa.
- [30] Woronowicz B.T., 2011, *Hazard – wyzwaniem dla profilaktyki*, „Remedium”, 11.
- [31] Zaworska-Nikoniuk D., 2005, *Uzależnienie niechemiczne jako nowe zagrożenie w rozwoju człowieka*, „Wychowanie na Co Dzień”, 10–11.
- [32] Żmigrodzki P., 2007, *Wielki słownik języka polskiego PAN*, Instytut Języka Polskiego PAN, Kraków.

Źródła internetowe

- [33] Augustynek A., 2006, *Kryteria rozpoznawania uzależnień*, www.psychologia.net.pl [dostęp: 17.02.2016].
- [34] Tartakovsky M., 2011, *How the DSM Developed: What You Might Not Know*, <http://psychcentral.com/blog/archives/2011/07/02/how-the-dsm-developed-what-you-might-not-know/> [dostęp: 17.02.2016].