

Michał Bujalski
Justyna Klingemann

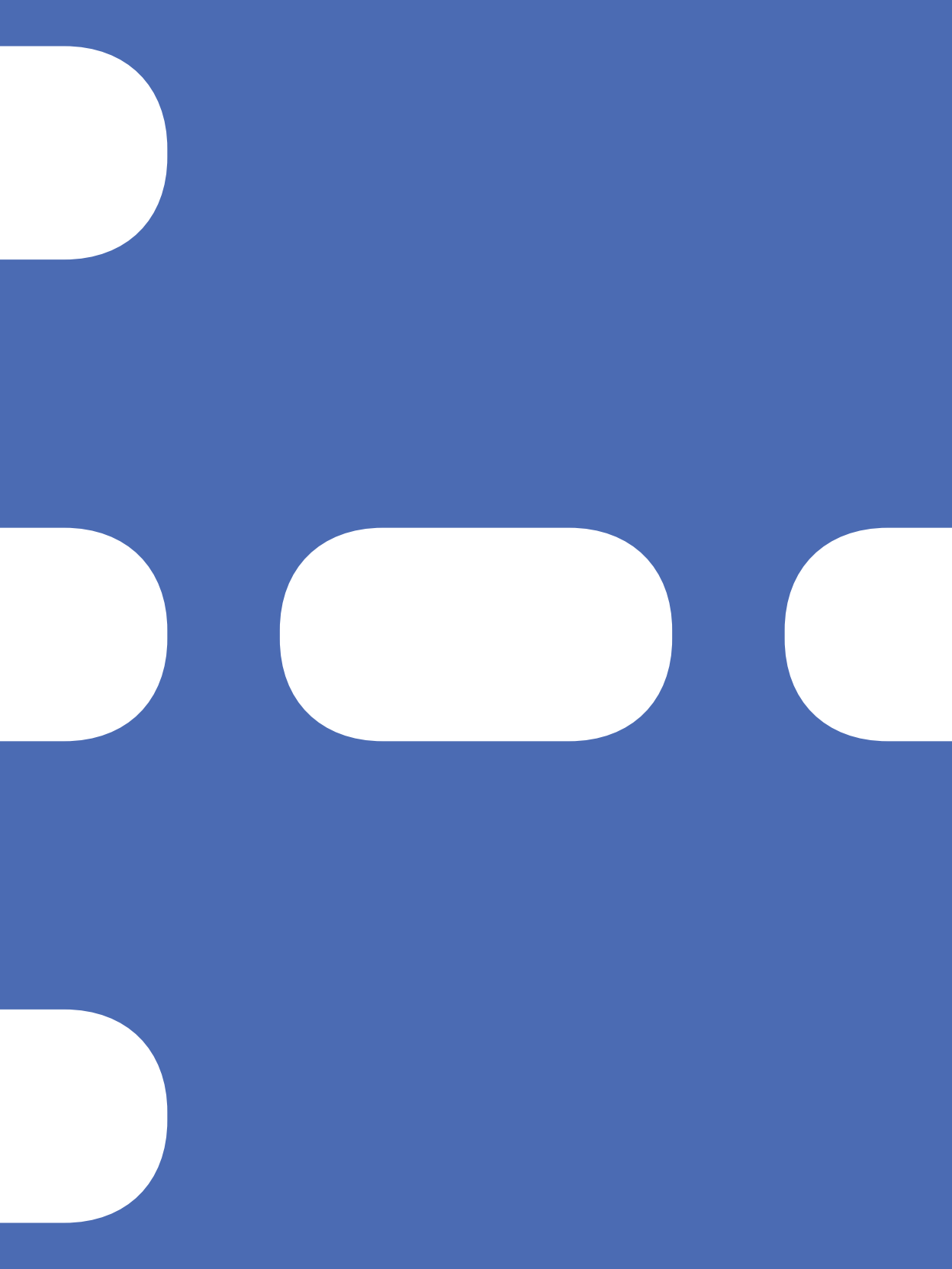


Jak mówić o uzależnieniach

Przewodnik po języku
niedyskryminującym

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Jak mówić o uzależnieniach:
przewodnik po języku
niedyskryminującym



Jak mówić o uzależnieniach: przewodnik po języku niedyskryminującym

Michał Bujalski
Justyna Klingemann

Instytut Psychiatrii i Neurologii
Warszawa 2025

Copyright © Minister Zdrowia, Warszawa 2025

Copyright © Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, Warszawa 2025

Recenzje naukowe:

prof. dr hab. n. med. Marcin Wojnar

dr n. med. i n. o zdr. Anna Przenzak

Redakcja i korekta:

Małgorzata Choszcz

Projekt okładki, opracowanie graficzne, projekt typograficzny i skład:

Monika Wasilewska

Druk i oprawa:

Moś i Łuczak

ISBN 978-83-61705-60-4

Wydanie pierwsze, Warszawa 2025

Wydawca:

Instytut Psychiatrii i Neurologii

ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa

wydawnictwo@ipin.edu.pl

Zadanie współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów
Hazardowych na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.



Ministerstwo
Zdrowia



Spis treści

Podziękowania	7
Wstęp	9
Tworzenie wiedzy o uzależnieniach	10
Językowa pułapka uzależnień	12
Stygmatyzacja	15
Język uzależnień a praktyka kliniczna i terapeutyczna	18
Uzależnienia behawioralne	21
Idea przewodnika po języku	24
 Jak mówić o zjawisku	27
Używanie substancji psychoaktywnych	30
Używanie alkoholu	36
Używanie opioidów/kannabiodów/ środków stymulujących etc.	46
Zachowania uzależniające	53
Hazard lub granie hazardowe	57
Problemowe używanie technologii	63
Inne zachowania uzależniające	69
Kompulsywne zachowania seksualne	70
Problemowe zaangażowanie w pracę	75
Problemowe kupowanie	80
Zaburzenia odżywiania	83

Jak mówić o osobie	87
Osoba z uzależnieniem	90
Osoba używająca substancji psychoaktywnych	93
Osoba z uzależnieniem od alkoholu	98
Osoba z uzależnieniem od hazardu	102
Osoba problemowo używająca technologii	105
Osoby z innymi zachowaniami uzależniającymi	108
Osoba z kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi	109
Osoba z problemowym zaangażowaniem w pracę	111
Osoba z problemem zakupów kompulsywnych	113
Osoba z zaburzeniami odżywiania	115
Wsparcie i psychoterapia bliskich osób z uzależnieniem	117
Osoby korzystające ze wsparcia grup samopomocowych	124
Osoby z doświadczeniem przemocy	127
Osoba doświadczająca przemocy	132
Osoba stosująca przemoc	134
Osoby w trakcie leczenia uzależnienia	136
Zakończenie	145
Bibliografia	147
Notka o autorach	157

Idea przewodnika po języku niedyskryminującym zrodziła się w trakcie realizacji projektu badawczego JUST2021¹ (Język pomocy w uzależnieniach. Słownik terminologiczny). W ramach tego projektu przeanalizowaliśmy terminologię wykorzystywaną w polskiej literaturze naukowej, tekstach prawnych oraz publikacjach skierowanych do praktyków, a także przeprowadziliśmy dwie serie wywiadów z szerokim gronem ekspertów, by podjąć dyskusję o spójnej, adekwatnej i niestygmatyzującej terminologii dla zjawisk mieszczących się w obszarze używania substancji i zachowań uzależniających. Pragniemy podziękować wszystkim osobom, których wiedza i doświadczenie współtworzą tę publikację: Jerzemu Afanasjewowi, Annie Bakule, Magdalenie Bartnik, Bogusławie Bukowskiej, Jackowi Charmastowi, Janowi Chodkiewiczowi, Czesławowi Czabale, Katarzynie Dąbrowskiej, Antoninie Doroszewskiej, Mateuszowi Goli, Piotrowi Jabłońskiemu, Ireneuszowi Kaczmarczykowi, Natalii Kosteneckiej, Bernadecie Lelonek-Kulecie, Piotrowi Kładocznemu, Jolancie Łazudek-Koczurowskiej, Katarzynie Łukowskiej, Katarzynie Okulicz-Kozaryn, Agnieszce Pałaszewskiej, Krzysztofowi Pielechowskiemu, Mateuszowi Romanowskiemu, Justynie Struzik, Januszowi Strzeleckiemu, Marzenie Joannie Wawerskiej-Kus, Grzegorzowi Wodowskiemu. Dziękujemy

1 M. Bujalski i J. Klingemann, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Finansowanie: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (obecnie Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom) ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych (umowa 283/HT/20).

również pozostałym rozmówcom, którzy woleli pozostać anonimowi. Publikacja ta powstała dzięki refleksjom i krytycznym uwagom, którymi się Państwo z nami podzielili. Chcielibyśmy również ogromnie podziękować ekspertom przez doświadczenie – anonimowej grupie pacjentów stacjonarnych placówek leczenia uzależnień – za podzielenie się z nami swoim unikatowym doświadczeniem: bez Państwa uwag i pełnej pasji dyskusji publikacja ta nie byłaby tak wartościowa.

Zjawisko uzależnień – podobnie jak i inne aspekty życia w świecie ciągłej zmiany – ulega licznym transformacjom na skutek rozwoju wiedzy w obszarze dyscyplin naukowych i praktyki terapeutycznej. Nie jest też postrzegane jako zjawisko jednolite. Czym innym okaże się uzależnienie dla specjalisty psychoterapii uzależnień, czym innym dla osoby doświadczającej tego rodzaju problemów, czym innym dla socjologa, psychologa, neurobiologa, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, diagnosty, pracownika socjalnego, polityka, dziennikarza. Każdy z tych społecznych światów tworzy inny zestaw praktyk w odniesieniu do zjawiska uzależnień. Każdy z nich wytwarza też specyficzny obraz uzależnienia za pomocą swojego języka, metod działania i sposobów rozumienia problemu.

W Polsce w odniesieniu do zjawiska uzależnienia panuje chaos pojęciowy, szczególnie widoczny w przypadku uzależnień behawioralnych. W rezultacie mamy do czynienia z wielością podejść, zarówno z podejściem nozologicznym, w którym jasno definiuje się kryteria choroby: *uzależnienia* czy *zaburzenia związanego z...*, jak i z nazewnictwem dystansującym się od tak jednoznacznego ujęcia zjawisk z obszaru uzależnień – poprzez odwołanie do pojęć takich jak *używanie problemowe*, *nadużywanie* czy *nałóg*. Znaczna część języka opisującego relatywnie nowe zjawiska w praktyce terapeutycznej, np. uzależnienia od czynności, pochodzi wprost ze słownika „tradycyjnych” uzależnień od substancji psychoaktywnych i to właśnie ten język jest wykorzystywany do opisu problemów natury biologicznej, psychologicznej lub społecznej, które wynikają z grania w gry hazardowe, używania technologii, uprawiania

seksu, wykonywania pracy czy robienia zakupów. Problemem opisu zjawiska uzależnień jest również brak odpowiednich terminów w języku polskim. Funkcjonujące zarówno w języku specjalistycznym, jak i niespecialistycznym terminy *uzależnienie*, *nałóg*, *zachowania uzależniające* – nie oddają w pełni znaczenia angielskich terminów *dependence*, *addiction* ani *addictive behaviours*.

Kwestia języka ma w przypadku uzależnień szczególne znaczenie. Jest czymś więcej niż środkiem komunikacji. Język wpływa na nasz sposób myślenia, jest narzędziem kształtującym rzeczywistość. Sposób, w jaki mówimy i postrzegamy świat, nie tylko opisuje, ale też współtworzy zjawiska, które są przedmiotem naszej refleksji. Co więcej, język jest także narzędziem kształtowania tożsamości i dystynkcji społecznej. Język może naznaczać i dzielić. Może przenosić i utrwałać uprzedzenia i szkodliwe stereotypy, dlatego w narracji o uzależnieniu niezwykle istotne jest używanie języka wolnego od stygmatyzacji.

Wziąwszy pod uwagę wyżej nakreślone kwestie, uznaliśmy, że istnieje potrzeba zbadania sposobu, w jaki mówimy o uzależnieniach i w jaki je rozumiemy. Stąd wzięła się idea stworzenia przewodnika po języku, który stanowiłby zachętę do zmiany sposobu, w jaki wypowiadamy się i myślimy o uzależnieniach. Mamy nadzieję, że nasz przewodnik sprawi, że w praktyce społecznej przyjmą się bardziej adekwatne sposoby nazywania i określania zjawiska i że do języka wejdą niestygmatyzujące określenia, których możemy używać zarówno, gdy mówimy o uzależnieniu, jaki i o *osobach z uzależnieniem*.

Tworzenie wiedzy o uzależnieniach

Istnieje rozległa literatura naukowa z obszaru zdrowia, socjologii, psychologii i antropologii kulturowej opisująca doświadczenia osób zmagających się z uzależnieniami. Obejmuje ona zagadnienie znaczenia terminu *uzależnienie*, próby zrozumienia zjawiska, zmierzenia go, oceny, jak również – przeciwdziałania mu i kontroli nad nim. Jest to zazwyczaj wiedza ograniczająca się do uzależnień od substancji psychoaktywnych, jednak w ostatnich latach coraz częściej przedmiotem zarówno debaty publicznej, jak i refleksji naukowej stają się uzależnienia od czynności.

Już na początku lat 90. badacze wskazywali na ekspansywność tego pojęcia – zjawisko *atrybucji uzależnienia* (Sedgwick, 1993). Pojęcie uzależnienia obejmowało kolejne kategorie zachowań, a wraz z nim poszerzał się i aktualizował katalog szkód psychologicznych, społecznych i biologicznych. Jednocześnie zachodził proces rezygnacji z kryteriów uznawanych dotąd za charakterystyczne cechy tego zjawiska, takich jak objawy odstawienia czy wzrost tolerancji.

Współczesne społeczeństwo liberalne, opierające się na wartościach autonomii i samokontroli, konstruuje swoją tożsamość w opozycji do zjawiska uzależnienia (Derrida, 1993; Keane, 2002). Jednocześnie znaczenie terminu *uzależnienie* zmienia się i poszerza wraz z przemianami społecznymi i kulturowymi. W dyskursie publicznym coraz częściej określa się tym pojęciem różnorodne zachowania – związane z zakupami, seksem, opalaniem, zdrowym jedzeniem, smartfonami, mediami społecznościowymi czy grami. Można uznać, że uzależnienie ulega ciągłemu odtwarzaniu poprzez proces „uzależniania” – które obejmuje swym zasięgiem coraz to nowe praktyki, przedmioty i wydarzenia (Fraser, Moore i Keane, 2014).

We współczesnych socjologicznych analizach uzależnień coraz częściej podkreśla się ich potencjał transformacyjny oraz znaczenie wzajemnych powiązań między tworzącymi je elementami uzależnienia (Fraser i Moore, 2011; Fraser, Moore i Keane, 2014; Dilkes-Frayne, 2014). W myśl tego podejścia różnice w rozumieniu uzależnień nie są zatem jedynie kwestią epistemologii, lecz specyficznych ontologii (zawsze w liczbie mnogiej) przedmiotów i zjawisk. Praktyka terapeutyczna i doświadczenia pacjentów, wiedza z zakresu nauk społecznych, biologicznych i medycznych, programy polityki społecznej i zdrowotnej, dyskurs medialny i ekspercki – każdy z tych sposobów porządkowania zawłościami świata społecznego wytwarza inny zestaw praktyk i relacji z przedmiotem uzależnienia, wzmacniany przez swoje narzędzia obserwowania, definiowania i opisywania tego zjawiska: opinie i doświadczenia osobiste, badania społeczne i epidemiologiczne, stosowanie kryteriów diagnostycznych, testów psychometrycznych i przesiewowych, analizy laboratoryjne i zaawansowane badania z zakresu neuronauki (zob. Mol, 1999; Law, 2011). Można powiedzieć, że zjawisko uzależnienia pozostaje w ścisłym związku z relacjami, w których jest osadzone, zarówno na poziomie

diagnozy i analizy naukowej, jak i profilaktyki, mediów oraz polityki wobec uzależnień.

Z jednej strony dochodzi więc do względnej stabilizacji zjawiska uzależnienia na poziomie racjonalnej i systematycznej refleksji naukowej, głównie w obszarze nauk biomedycznych. Z drugiej strony to, czy uznamy określony zestaw symptomów za uzależnienie, wiąże się z pojawieniem się napięć, kontrowersji i konfliktów związanych z danym zachowaniem, które zyskuje nowe znaczenie poprzez uznanie go za *zachowanie problemowe* – czego najlepszym przykładem są problemy związane z używaniem tzw. nowych technologii. Ponieważ uzależnienie oznacza to, co zagrażające, niepożądane, zniewalające i jednoznacznie złe, zasadnicza cecha uzależnienia – ów „potencjał uzależniający” – nie powinna być rozumiana wyłącznie jako cecha rozmaitych przedmiotów i zachowań, jak choćby substancji psychoaktywnych czy grania hazardowego, lecz jako efekt łączący społeczną percepcję zagrożeń oraz szereg czynników historycznych, społecznych i kulturowych. Przyjmując tę perspektywę, obiektywne, kliniczne i naukowe ujęcia uzależnienia, które biorą sobie za cel zdemaskowanie jego prawdziwej natury i określenie efektywnych metod terapii osób z uzależnieniem, mogą zostać uznane tylko za jeden ze sposobów definiowania i ustanawiania porządku wiedzy, a zawdzięczają swój wyjątkowy status dominującej pozycji medycyny jako źródła prawdy o uzależnieniach. Należy tu podkreślić, że praktyka medyczna, która jest silnie zinstytucjonalizowana i zhierarchizowana, sama znajduje się w przestrzeni kulturowych norm i zakazów, a tym samym może adaptować i wykorzystywać popularne deterministyczne i esencjalistyczne definicje uzależnień.

Językowa pułapka uzależnień

Począwszy od lat 40. ubiegłego wieku, przez wiele dekad uzależnienie było postrzegane jako jedna strona binarnej opozycji uzależniony–nieuzależniony. Stało się to za sprawą ogromnego sukcesu koncepcji alkoholizmu Elvina Mortona Jellinka. Koncepcja alkoholizmu jako choroby, na którą składało się przede wszystkim tzw. uzależnienie fizyczne, polegające na zmianie reakcji fizjologicznych, a więc pojawieniu się indywidualnego stanu choroby. Kluczowe w procesie diagnozy było również występowanie

„głodu” alkoholu (ang. *craving*), opisywane jako silne pragnienie picia lub jako intensywne myślenie o alkoholu. Odróżnienie *alkoholizmu* od innych wysoce stygmatyzowanych uzależnień od substancji psychoaktywnych miało również konsekwencje dla społecznej percepcji zjawiska, ponieważ utożsamiało najbardziej szkodliwe skutki spożywania alkoholu z niewielką, problemową, grupą pijących, co z kolei odpowiadało oczekiwaniom „normalnej” większości pijącej alkohol w sposób umiarkowany. Tymczasem w odniesieniu do alkoholu obserwuje się paradoks prewencyjny, związany z faktem, że większość negatywnych konsekwencji używania alkoholu (problemów zdrowotnych, urazów, wypadków, aktów przemocy) dotyka nieuzależnione osoby pijące alkohol – największą liczebnie populację (Skog, 1999; Rossow i Romelsjö, 2006; Bętkowska-Korpała i Klingemann, 2022).

Dystynkcja uzależnienia, wyłonienie go jako specyficznej, odrębnej i jasno zdefiniowanej kategorii przyczyniło się do dominacji ujęć esencjalistycznych, wyznaczających wyraźną granicę między osobami *uzależnionymi* a osobami *nieuzależnionymi*. *Uzależnienie* (zarówno *dependence*, jak i *addiction*) – jest definicyjną cechą osoby, a nie jej zachowania. Uzależnienie formatuje człowieka i zamyka go w jednym wymiarze – wymiarze choroby, zniewolenia – i unieważnia niejako jego cechy i przymioty indywidualne.

Zarówno w dyskursie publicznym, specjalistycznym, jak i potocznym określenia odnoszące się wprost do osoby, takie jak *uzależniony*, *alkoholik*, *narkoman* czy *hazardzista*, sugerujące względnie stałą, niezmienną tożsamość (Goodyear i wsp., 2018), prowadzą do etykietowania i stygmatyzacji i tym samym wpływają na postawy społeczne wobec osób z uzależnieniami i na ich indywidualne doświadczenia i biografie. Takie ujęcia problemu mogą tworzyć również narrację bezradności, która podważa zdolność jednostek do postrzegania siebie jako zdolnych do zmiany. Tymczasem z badań wynika, że osoby z uzależnieniem zdolne są do podejmowania racjonalnych decyzji i odzyskania kontroli nad własnym życiem poprzez skorzystanie z różnych strategii zdrowienia i proaktywne poszukiwanie źródeł wsparcia. Przewyciężenie uzależnienia jest również możliwe bez udziału leczenia czy innej profesjonalnej interwencji – zjawisko to nazywamy samowyleczeniem (Klingemann, 2010; Klingemann i Klingemann, 2013, 2024).

Co więcej, ujęcie esencjalistyczne nie tylko wyznacza wyraźną dystynkcję i określa tożsamość, lecz przyczynia się również do postrzegania uzależnienia jako porażki moralnej, a nie jako problemu zdrowotnego. Określenia takie jak *uzależniony*, *narkoman* czy *alkoholik* nie tylko wywołują negatywne skojarzenia, ale także przyczyniają się do wytworzenia i utrwalenia w percepcji społecznej obrazu osoby moralnie gorszej lub odpowiedzialnej za swój stan (Pivovarova i Stein, 2019; DeJong i wsp., 2021). Z podobną sytuacją mamy do czynienia również w przypadku prób ominięcia pejoratywnych terminów, poprzez użycie określeń odwołujących się do przekraczania norm, np. *nadużywanie alkoholu* i *nadużywanie narkotyków*, które sugerują, że pacjenci są winni swojej chorobie, ponieważ nie byli wystarczająco rozważni i odpowiedzialni (Botticelli i Koch, 2016). Takie postrzeganie wpisuje się w model choroby stworzony przez Eliota Freidsona, uznający ją zarówno za stan biologiczno-fizyczny, jak i stan społeczny oraz warunkujący reakcję społeczną na nią w zależności od stopnia odpowiedzialności jednostki za stan, w jakim się znajduje, uleczalności oraz stopnia napiętnowania choroby (Freidson, 1975). W tym kontekście Freidson (1970) opisał *nieprawomocną rolę chorego*, odnoszącą się do osób cierpiących na chorobę napiętnowaną społecznie. W takich przypadkach dochodzi do głosu społeczne przekonanie, że chory ponosi odpowiedzialność za swój stan, a w efekcie często wyciągane są wobec niego różne konsekwencje, na przykład w postaci odebrania przysługujących mu praw czy przywilejów.

Ujmowanie uzależnienia przez pryzmat oceny moralnej nie tylko silnie kształtuje społeczną percepcję zjawiska, lecz także wpływa na politykę (Richter i Foster, 2013). Oceny moralne przekładają się w dalszej kolejności na społeczne poparcie dla stosowania restrykcyjnej polityki i środków karnych wobec osób uzależnionych (Kennedy-Hendricks i wsp., 2017). Z podobną sytuacją mamy do czynienia w przypadku używania terminów związanych z przestępczością, takich jak np. *narkoman*, co skutkuje utrwalaniem negatywnych stereotypów i może prowadzić do społecznego przyzwolenia na stosowanie środków karnych zamiast interwencji nastawionych na leczenie i wspierających proces zdrowienia (Earnshaw i wsp., 2012; Martin i wsp., 2022). Co więcej, dekady toczony na całym świecie „wojny z narkotykami” historycznie wzmocniły stygmatyzujące narracje, przedstawiając osoby używające substancji psychoaktywnych,

takich jak kannabinoidy, opioidy czy środki sytmulujące, jako przestępców, a nie osoby potrzebujące pomocy, co dodatkowo utrzymywało stygmatyzację w obszarze polityki publicznej (Earnshaw i wsp., 2012; Burns i wsp., 2021). W przeciwieństwie do tych ujęć, narracje przedstawiające uzależnienie jako stan poddający się leczeniu mogą przyczynić się do ograniczenia stygmatyzacji i zwiększenia poparcia dla polityk zorientowanych na cele zdrowia publicznego (Kennedy-Hendricks i wsp., 2016).

Paradoksalnie, ujmowanie uzależnienia jako odrębnej kategorii diagnostycznej i stosowanie medycznej definicji uzależnienia może pogłębić stygmatyzację. W świetle współczesnej wiedzy uzależnienie od alkoholu jawi się jako proces, przyjmujący formę kontinuum związanego z nasileniem objawów oraz negatywnych konsekwencji picia, i tym samym wykraczający poza stereotypowy obraz osoby uzależnionej (Bętkowska-Korpała i Klingemann, 2022). Badania naukowe w tym obszarze doprowadziły do zakwestionowania dychotomicznego, zero-jedynkowego, sposobu definiowania uzależnienia. W efekcie zmianie uległy kryteria rozpoznawania zaburzeń używania substancji w klasyfikacjach medycznych – nowa amerykańska klasyfikacja *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) zaleca ocenę nie tylko faktu wystąpienia zaburzeń używania, ale też – na podstawie liczby spełnionych kryteriów diagnostycznych – ich nasilenia. Wyjątkowa pozycja uzależnienia jako specyficznej i odrębnej kategorii została utracona na rzecz diagnozy zaburzenia związanego z daną substancją psychoaktywną i tym samym stała się kolejnym typem zaburzeń zdrowia psychicznego.

Stygmatyzacja

Język wpływa na nasz sposób myślenia, jest narzędziem aktywnie kształtującym rzeczywistość społeczną, lecz może również przenosić i utrzymywać szkodliwe i stygmatyzujące schematy myślenia, wpływając na doświadczenia osób z problemem uzależnienia, praktykę kliniczną oraz politykę publiczną. Sposób, w jaki mówimy o uzależnieniach, może albo wzmacniać stygmatyzację i wykluczenie, albo wspierać proces zdrowienia i integracji społecznej (Barry i wsp., 2014; Richter i Foster, 2013), dlatego gdy opisujemy zjawisko uzależnienia istotne jest używanie języka

adekwatnego merytorycznie, a jednocześnie eliminującego dotychczasowe stereotypy i uprzedzenia. Badania nad zjawiskiem stygmatyzacji pokazują, że osoby z uzależnieniem mierzą się ze szczególnie silnym piętnem społecznym – częściej wywołują negatywne reakcje emocjonalne i/lub odrzucenie, rzadziej uważa się ich problem za chorobę, częściej przypisuje się im odpowiedzialność za stan, w jakim się znalazły (Morris i Schomerus, 2022; Schomerus i wsp., 2011; Yang i wsp., 2017). Konsekwencje stygmatyzacji obserwujemy we wszystkich obszarach życia osoby z uzależnieniem – wpływa zarówno na jej sytuację zawodową i mieszkaniową, jak i relacje społeczne. W rezultacie prowadzi do pogorszenia stanu psychofizycznego tej osoby, przy jednoczesnym opóźnieniu decyzji o szukaniu pomocy terapeutycznej i medycznej.

Obecny stan wiedzy wskazuje na złożoną naturę językowej stygmatyzacji uzależnień. Z jednej strony mamy więc do czynienia z popularnym ujęciem esencjalistycznym, w którym traktuje się uzależnienie jako stałą, definicyjną cechę danej osoby, a nie jedynie stan przejściowy, który można leczyć lub kontrolować. Z drugiej strony, rozwija się nurt podkreślający znaczenie języka stawiającego na pierwszym miejscu osobę (ang. *person-first language*), a nie jej stan (np. *osoba z uzależnieniem* zamiast *uzależniony*) (Hassett-Walker, 2023; Jensen i wsp., 2013; Robinson, 2017). Zmiana ta ma na celu przeciwdziałanie stygmatyzacji i sprawienie, że dyskurs o uzależnieniach stanie się bardziej zorientowany na człowieka i przeżywane przez niego problemy. Przykładem takich starań może być próba rezygnacji z używania wspomnianych wyżej określeń, takich jak *hazardzista*, *narkoman* czy *alkoholik*, i zastąpienie ich bardziej złożonymi wyrażeniami, stawiającymi osobę na pierwszym miejscu, jak np. *pacjent/osoba z diagnozą zaburzeń związanych z...*

Szczególnie istotne wydaje się zrozumienie, w jaki sposób różne wymiary stygmatyzacji językowej – medyczny, społeczny, polityczny i indywidualny – wzajemnie się przenikają i wzmacniają. Badania pokazują, że stygmatyzujący język w jednym obszarze, np. w mediach, może prowadzić do zwiększonej stygmatyzacji w innych obszarach, np. w kontekście klinicznym.

Język używany w narracjach medialnych często przedstawia osoby z uzależnieniem jako moralnie wadliwe lub jako obciążenie dla społeczeństwa, co może wzmacniać negatywne stereotypy i stygmatyzację.

Szczególnie szkodliwe jest powielanie stereotypów łączących uzależnienie z przestępczością czy przemocą (McGinty i wsp., 2019). Kryminalizacja stała się jednym z podstawowych sposobów przedstawiania uzależnień w mediach i przyczynia się do moralnej paniki i demonizacji osób używających substancji psychoaktywnych (Boyd, 2014). Takie narracje tworzą społeczne tło, w którym uzależnienie jest postrzegane przez pryzmat moralnego upadku, egoizmu i nieodpowiedzialności, a nie jako wynik złożonych interakcji czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych i kulturowych.

Społeczno-kulturowy wymiar stygmatyzacji osób z uzależnieniem ujawnia się szczególnie wyraźnie w kontekście nakładających się na siebie nierówności społecznych. Doświadczenie uzależnienia jest bowiem kształtowane przez przecinające się osie wyznaczone przez pozycję klasową, płeć, wiek czy pochodzenie etniczne, które mogą wzajemnie wzmacniać procesy wykluczenia i marginalizacji. Przykładem może być sytuacja kobiet, które często doświadczają złożonych form stygmatyzacji ze względu na społeczne oczekiwania dotyczące ról płciowych i uzależnienia (Sanders, 2012), co może z kolei wpływać zarówno na ich społeczną percepcję, jak i na ograniczenie możliwości skutecznego leczenia (Goodyear i wsp., 2018).

Nakładanie się różnych wymiarów wykluczenia społecznego w doświadczeniu uzależnienia pokazuje, w jaki sposób język aktywnie uczestniczy w tworzeniu i utrwalaniu postaw społecznych wobec osób uzależnionych. Proces stygmatyzacji przybiera różne formy i natężenie w zależności od kontekstu społeczno-kulturowego czy rodzaju używanych substancji psychoaktywnych. Owa wielowymiarowość zjawiska uzależnienia wymaga redefinicji podejścia do polityki zdrowia psychicznego – zarówno w wymiarze językowym, gdzie kluczowe jest stosowanie terminologii podkreślającej podmiotowość osób uzależnionych, jak i w wymiarze praktycznym, poprzez tworzenie kampanii społecznych skupionych na procesie zdrowienia i możliwościach podjęcia terapii, zamiast na wzbudzaniu lęku oraz stygmatyzacji i kryminalizacji uzależnienia (Richter i Foster, 2013).

Język uzależnień stanowi ważny obszar badań, między innymi dlatego, że znacząco wpływa zarówno na dyskurs terapeutyczny, jak i na doświadczenia oraz samoidentyfikację pacjentów. Terminologia stosowana w medycznym i terapeutycznym dyskursie uzależnień odgrywa znaczącą rolę w stygmatyzacji osób z zaburzeniami używania substancji – może ją utrzymywać lub ograniczać. Może ona bowiem albo wzmacniać negatywne stereotypy, albo podsuwać bardziej empatyczne sposoby rozumienia uzależnienia – jako złożonego problemu zdrowotnego i społecznego. W przestrzeni społecznej funkcjonuje wiele sposobów definiowania uzależnienia. Mogą one stanowić istotną barierę w decyzji o poszukiwaniu specjalistycznej pomocy, podlegają jednak procesowi negocjacji w trakcie procesu terapeutycznego. Badania wykazały, że pacjenci leczenia uzależnień w procesie terapii przejmują ideologię instytucji, w których są leczeni (Klingemann, 2011; Koski-Jännes, 2004).

Stosowaniu bardziej inkluzywnego i niestygmatyzującego języka w praktyce klinicznej i terapeutycznej nie sprzyja utrwalony sposób postrzegania zaburzeń związanych z używaniem substancji w kategoriach ocen moralnych i dewiacji społecznej. Badania wskazują na obecność negatywnych postaw wobec osób z uzależnieniami nawet wśród pracowników opieki zdrowotnej, co przekładać się może na niższy poziom zaangażowania w kontaktach z nimi oraz ograniczoną ofertę świadczeń opartych na dowodach naukowych (Gilchrist i wsp., 2011; Klingemann, 2017; Mendiola i wsp., 2018; Hoffmann i wsp., 2020; van Boekel i wsp., 2013). Tego rodzaju nastawienie pociąga za sobą niższy prestiż specjalistów psychoterapii uzależnień, co jest czynnikiem przyczyniającym się do zwiększonej rotacji personelu w placówkach leczenia uzależnień (Duraisingam i wsp., 2006; Eaton i wsp., 2014; Lovi i Bar, 2009; Roche i wsp., 2004). Przejawom dyskryminacji, niechęci i stygmatyzacji mogą sprzyjać również uwarunkowania strukturalne i instytucjonalne – leczenie zaburzeń związanych z używaniem substancji pozostaje często odizolowane od głównego nurtu opieki psychiatrycznej (DeJong i wsp., 2022). W Polsce, z powodu historycznych uwarunkowań, system opieki psychiatrycznej oraz system leczenia uzależnień różnią się od siebie pod względem ich umocowania prawnego, stosowanych paradygmatów oraz tradycji

terapeutycznych. W obydwu systemach mamy inne dominujące grupy zawodowe, inną rolę organizacji pozarządowych i grup samopomocy oraz różne zakresy oferowanych usług. Dualizm ten ma nie tylko charakter organizacyjny, ale jest także głęboko zakorzeniony w warunkach społeczno-kulturowych i historii rozwoju tych systemów i wpływa na zakres i treść usług dostępnych pacjentom. System polskiej opieki psychiatrycznej jest silnie zmedykalizowany, z kolei na system leczenia uzależnień znacząco wpłynął paradygmat psychospołeczny, a uznanie heterogeniczności tych zjawisk doprowadziło do wprowadzenia programów niskoprogowych oraz nieabstynencyjnych, w tym leczenia substytucyjnego, programów ograniczania picia i interwencji z obszaru redukcji szkód. Ponadto postuluje się dalszy rozwój systemów w tym kierunku, wskazując na szereg korzyści wynikających z tego dualizmu (Klingemann i wsp., 2024).

Specjaliści w dziedzinie leczenia uzależnień są coraz częściej zachęcani do używania języka stawiającego na pierwszym miejscu osobę (ang. *person-first language*), który wskazuje, że to człowiek jest w centrum naszej uwagi, a nie stan, w jakim się znajduje – przy jednoczesnym uznaniu wieloaspektowej i złożonej natury uzależnienia (Pivovarova i Stein, 2019; Richter i Foster, 2013). Badania dowodzą, że stosowanie takiego języka może znacząco wpływać na proces terapeutyczny, wspierać współpracę i wzmacniać poczucie godności i szacunku u osób poszukujących pomocy (Jensen i wsp., 2013; Robinson, 2017).

Jak wspomnieliśmy wyżej, dyskurs uzależnień oscyluje między postrzeganiem ich przez pryzmat indywidualnego wyboru i odpowiedzialności a uznaniem za efekt złożonej interakcji czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych (Fredrickson i wsp., 2019; Karasaki i wsp., 2012; Barnett i wsp., 2018). Ta niejednoznaczność może prowadzić do niespójnych podejść w leczeniu i komplikować proces zdrowienia pacjentów.

Wpływ języka jest widoczny w obszarze terapii i leczenia – stosowaną przez specjalistów terminologię przyswajają pacjenci, co może odbijać się na ich zaangażowaniu w proces leczenia. Badania wykazały, że gdy profesjonaliści używają stygmatyzującego języka, może to zniechęcać do poszukiwania pomocy oraz prowadzić do licznych konsekwencji zdrowotnych, w tym obniżonej samooceny i angażowania się w zachowania

wysokiego ryzyka. (Zwick i wsp., 2020; Perry i wsp., 2020; DeJong i wsp., 2021). Takie narracje mogą tworzyć bariery w dostępie do opieki zdrowotnej i wsparcia psychoterapeutycznego, ponieważ osoby w kryzysie mogą obawiać się bycia osądzanymi i dyskryminowanymi z powodu uzyskania diagnozy medycznej (Broyles i wsp., 2014; Perry i wsp., 2020). Unikanie etykiety uzależnionego i oceny moralnej jest jedną ze strategii radzenia sobie ze stygmatyzacją oraz jedną z częściej identyfikowanych barier w podejmowaniu leczenia (Klingemann 2010; Meyer i wsp. 2024).

Przyjęcie bardziej empatycznej, inkluzywnej i precyzyjnej terminologii może pomóc w zniwelowaniu różnic między dyskursem publicznym a praktyką kliniczną, ostatecznie prowadząc do większego zaangażowania w leczenie i lepszych jego efektów (Richter i Foster, 2013), czego dowodzą choćby wyniki badań prowadzonych wśród dożylnych użytkowników substancji psychoaktywnych (Carpenter i wsp., 2023). Z drugiej strony, normalizacja stygmatyzującej terminologii może nieświadomie wzmacniać negatywne stereotypy i utrudniać efektywną komunikację między ekspertami, pracownikami ochrony zdrowia a pacjentami (Kuusisto i wsp., 2021). Innymi słowy, poprzez proces krytycznego i inkluzywnego rozwijania terminologii używanej w dyskursie o uzależnieniach, zarówno profesjonaliści w obszarze terapii i leczenia, jak i pacjenci mogą przyczynić się do stworzenia bardziej wspierającego i efektywnego środowiska leczenia.

Narracje o uzależnieniu mogą również znacząco wpływać na to, jak pacjenci postrzegają siebie i swoją drogę do zdrowienia. Historie osobiste często odzwierciedlają dominujące dyskursy społeczne, które mogą albo wzmacniać jednostki w procesie zmiany, albo utrzymywać negatywne stereotypy i przyczyniać się do wykształcenia tożsamości *uzależnionego* (Pienaar i Dilkes-Frayne, 2017; Pienaar i wsp., 2016). Pacjenci często zmagają się ze stygmatyzacją, negocjując swoją tożsamość w odniesieniu do wzorów społecznej percepcji uzależnienia. Wiele osób w procesie zdrowienia wyraża poczucie dyskomfortu i odczuwa potrzebę zdystansowania się od stygmatyzującej etykiety *uzależnionego*, *narkomana*, *alkoholika*, *hazardzisty*, gdyż czuje, że nie reprezentują one ani ich tożsamości, ani doświadczeń (Hassett-Walker, 2023; Klingemann, 2011; Pienaar i Dilkes-Frayne, 2017; Sibley i wsp., 2020). Należy jednak zaznaczyć, że nie jest to opinia powszechna i nie dla wszystkich pacjentów jest ona jednoznaczna.

Stosunek pacjentów i osób w terapii do języka uzależnień charakteryzuje się wyraźną sprzecznością. Z jednej strony odzwierciedla przekonanie, że użycie terminów takich jak *narkoman* czy *alkoholik* stygmatyzuje, wzmacnia negatywne stereotypy i przyczynia się do marginalizacji osób dotkniętych uzależnieniem. Z tego powodu wśród pacjentów pojawiają głosy za używaniem języka stawiającego na pierwszym miejscu osobę. Jednak pojawia się również tendencja przeciwna, w ramach której widoczne jest niejako dążenie do nieuznawania stygmatyzującego znaczenia tych określeń lub uznawania wagi piętna, przy jednoczesnym braku jego internalizacji. Badania pokazują, że wśród pacjentów i osób w terapii uzależnień zaznacza się wyraźna tendencja do podkreślania tożsamości, poczucia dumy i autoidentyfikacji właśnie jako *alkoholika* czy *uzależnionego*. Język stawiający na pierwszym miejscu osobę jest przez nich postrzegany jako część szerszych i nieuzasadnionych działań reformatorskich mających na celu „złagodzenie wszystkiego”, tworzących zbędną fasadę językową, która zakrywa fundamentalną kwestię zmiany stanu uzależnienia. Tendencja ta spotykana jest m.in. wśród uczestników programu 12 kroków, w którym ogólnie przyjętą konwencją jest autoidentyfikacja przy użyciu terminów *alkoholik* i/lub *uzależniony* (Hassett-Walker, 2023).

Pomimo pewnych różnic w mówieniu o uzależnieniach stosowanie niestygmatyzującej terminologii stawiającej na pierwszym miejscu osobę jest kluczowe w tworzeniu wspierającego środowiska, które zachęca pacjenta do zaangażowania i ułatwia proces zdrowienia. Podkreślenie wagi języka używanego w leczeniu uzależnień jest ważnym krokiem w zwalczaniu stygmatyzacji i dążeniu do poprawy ogólnej skuteczności opieki i relacji lekarz–pacjent.

Uzależnienia behawioralne

Do tej pory skupialiśmy się na opisie zjawiska uzależnień od substancji psychoaktywnych, jednak implikacje stygmatyzującego języka rozciągają się na różne formy uzależnienia, w tym uzależnienie od grania hazardowego i technologii. Język uzależnień behawioralnych odzwierciedla sposoby przedstawiania problemu znane z obszaru zaburzeń

związanych z używaniem substancji, włącznie z analogicznymi wzorami stygmatyzacji. Ponadto nieadekwatne używanie terminologii związanej z uzależnieniami behawioralnymi może umniejszać wagę uzależnienia u osób, które rzeczywiście się z nim zmagają, jednocześnie przesadnie podkreślając ryzyko jego wystąpienia u osób, których zachowania cechują się brakiem kontroli i nadmiernym zaangażowaniem, lecz nie występują w katalogu diagnoz medycznych (Aagaard, 2020).

O ile uzależnienia od substancji są przedmiotem wieloletniej refleksji naukowej i praktyki terapeutycznej, o tyle uzależnienia od czynności są, z wyjątkiem hazardu, zagadnieniem relatywnie nowym i towarzyszą mu dynamiczne zmiany językowe. W Polsce w odniesieniu do tego typu uzależnień panuje znaczny chaos pojęciowy i w rezultacie mamy do czynienia zarówno z podejściem nozologicznym (w którym wykorzystuje się terminy takie jak *zaburzenie używania* bądź *uzależnienie*), jak i z nazewnictwem dystansującym się od tak jednoznacznego i obciążonego negatywnymi konotacjami ujęcia zjawiska, poprzez odwołanie do terminów takich jak np. *używanie problemowe* (Habrat, 2016). Znaczna część kategorii uzależnień behawioralnych została wprost zaadaptowana ze słownika uzależnień od substancji psychoaktywnych.

Pomimo iż systemy klasyfikacji chorób odznaczają się bardzo konserwatywnym podejściem do włączania do katalogu diagnoz innych zachowań uchodzących za uzależniające, postępuje stopniowa medykalizacja niektórych z nich. W perspektywie klinicznej dominują koncepcje addyktywne, przesądzające o „uzależnieniowej” naturze problemu. Ta tendencja może z kolei wpływać na interpretacje i rozumienie niektórych zjawisk jako uzależnień – zachowań, które pozbawione są patologii w sensie medycznym. Ważną rolę odgrywa też czynnik nowości i obaw wywołanych nowymi zjawiskami, np. technologiami.

Dr Bogusław Habrat, znakomity psychiatra i ekspert w dziedzinie uzależnień, autor pierwszego w Polsce kompleksowego opracowania na temat uzależnień behawioralnych, proponuje używanie terminu *nałogi behawioralne*. Termin ten pozwala połączyć różne perspektywy: naukową, kliniczną i potoczną, nie narzucając jednocześnie sztywnej kategoryzacji tych zjawisk jako uzależnień (Habrat, 2016). Propozycja ta budzi jednak wątpliwości ze względu na użycie terminu *nałóg*, który może być odbierany jako stygmatyzujący. Co więcej, opis tego zjawiska w języku

polskim napotyka istotne trudności językowe. Jak wspomnieliśmy wyżej, używane określenia, takie jak *uzależnienie*, *nałóg* czy *zachowania uzależniające*, nie oddają w pełni znaczenia angielskich terminów *dependence*, *addiction* i *addictive behaviours*. Środowiska naukowe podchodzą do zagadnienia nowych zachowań uzależniających z dystansem. W klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-5 ze wszystkich zjawisk uchodzących za instancje uzależnienia behawioralnego jedynie w przypadku zaburzeń związanych z hazardem (F63.0) uzyskano pełny konsensus naukowy co do uznania ich za kategorię diagnostyczną. Co więcej, w DSM-5 *uzależnienie od substancji* zostało zastąpione terminem znacznie rozszerzającym jego zakres – *zaburzenie używania substancji* (ang. *substance use disorder*), przy czym, w przeciwieństwie do poprzednich edycji podręcznika DSM, pojawiła się możliwość wskazania stopnia nasilenia objawów – od łagodnego przez umiarkowany do ciężkiego. Pozostałe przypadki, składające się na szeroki katalog heterogenicznych zachowań, m.in.: seks, praca, zdrowe odżywianie czy ćwiczenia fizyczne, nie zostały dotychczas uznane w klasyfikacji DSM za zaburzenia spełniające kryteria zachowań o charakterze uzależnienia. Obserwując ewolucję kategorii diagnostycznych, należy jednak pamiętać, że w DSM-5 dokonano translacji *uzależnienia* na kolejne kategorie *zaburzeń psychicznych*, a nie ekspansji kategorii *uzależnienia* na inne zachowania. Z tego powodu niektóre zachowania, jak choćby te związane z odżywianiem, pojawiają się w DSM-5 jako kategoria *zaburzeń odżywiania* (F50.01–F50.9), która nie ma bezpośrednich konotacji definicyjnych i diagnostycznych z kategorią *zaburzenia używania substancji* (F10.01–F19.99).

Większość osób używających substancji albo angażujących się w zachowania o potencjale uzależniającym postrzega swe zachowania w kategoriach dobrowolności, a nie przymusu (Weinberg, 2011). Co więcej, istotną rolę odgrywa tu subiektywność doświadczeń jednostki, a nie destrukcyjna siła uzależnienia – ludzie są w stanie aktywnie „zarządzać” przedmiotem swojego uzależnienia pomimo doświadczania fizjologicznych objawów uzależnienia (Gomart, 2002; 2004). Co więcej, mogą przezwyciężać te problemy pomimo braku wsparcia terapeutycznego (Klingemann 2010; 2011; Klingemann i Klingemann, 2013; 2024).

Uzależnienia od czynności muszą mierzyć się z podobnym problemem w sytuacji braku oznak uzależnienia fizjologicznego (ang. *dependence*).

Aktorzy społeczni, posługując się pojęciem i koncepcją uzależnienia od czynności, korzystają z gotowych, choć niepozbawionych kontrowersji zasobów wiedzy i przenoszą rzeczywistość uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych na grunt innych zaburzeń, posiłkując się przy tym najnowszymi odkryciami z zakresu neurobiologii. W ten sposób stajemy się świadkami wspomnianego wyżej *tworzenia i stabilizacji* zjawiska uzależnienia od czynności jako obiektywnie weryfikowalnej kategorii zaburzeń, w której wykorzystuje się medyczne i nierzadko stygmatyzujące terminy, takie jak *symptom*, *upośledzenie kontroli*, *nawroty*, *patologia*, które służą wzmocnieniu medycznego znaczenia i podkreśleniu klinicznej natury tych doświadczeń (Fraser, Moore, Keane, 2014). Z kolei upośledzenie kontroli (ang. *impairment of control*) nad zachowaniem łączy uzależnienia od czynności z uzależnieniami od substancji, a także – przede wszystkim – z utratą kontroli nad własnym życiem, w myśl założenia, że osoba z uzależnieniem ma trudności w pełnieniu normatywnie przypisanych i oczekiwanych ról i funkcji społecznych (Room, 1985).

Idea przewodnika po języku

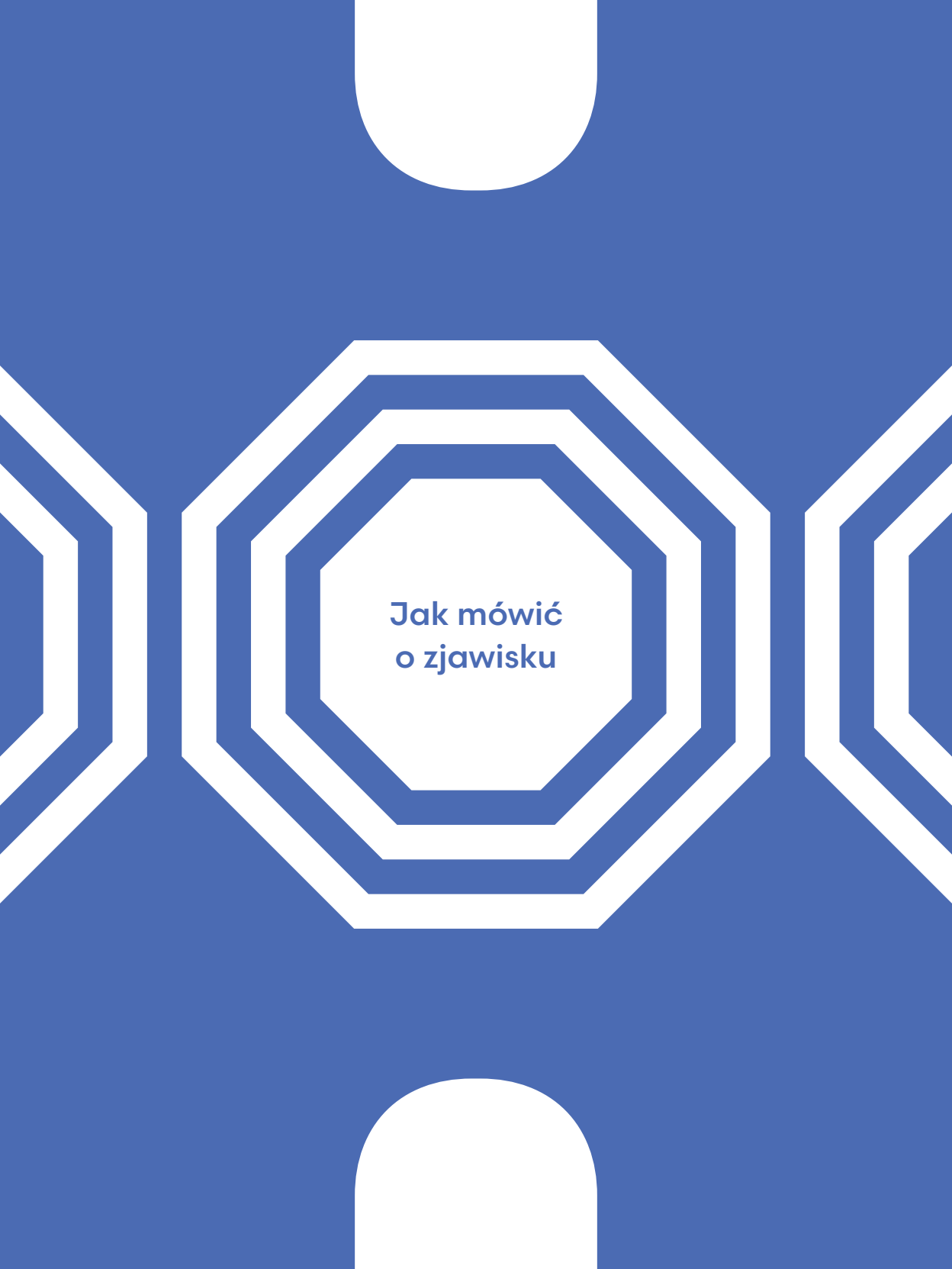
Wziąwszy pod uwagę wyżej zaznaczone kwestie, uważamy, że istnieje potrzeba stworzenia nowej matrycy myślenia o uzależnieniach, wykorzystującej nowe narzędzia, pojęcia i perspektywy, które pomogą lepiej zrozumieć to zjawisko – zarówno uzależnień od substancji, jak i innych zachowań uzależniających. Lepsze zrozumienie przyczyni się do bardziej adekwatnych i efektywnych interwencji terapeutycznych.

Tworzenie przewodnika po języku niedyskryminującym jest zadaniem niełatwym i wymagającym. W obliczu złożonych uwarunkowań historycznych, społecznych i kulturowych kwestia języka sprowadza się ostatecznie do tego, czym jest konkretny przypadek *uzależnienia* w określonej praktyce społecznej – medycznej, terapeutycznej, dziennikarskiej czy badawczej. To z kolei wymaga podjęcia trudnej decyzji o wyborze sposobu, w jaki uzależnienie będzie definiowane. Biorąc pod uwagę rosnące potrzeby zapewnienia opieki osobom, które używają substancji psychoaktywnych w sposób ryzykowny i szkodliwy oraz angażując się w zachowania problemowe o charakterze uzależnienia, zdecydowaliśmy

się na przedstawienie uzależnienia w perspektywie terapeutycznej i porządku diagnostycznym. Nasz wybór był podyktowany docelową grupą odbiorców przewodnika – osób pracujących w szeroko rozumianym sektorze ochrony zdrowia, komunikacji zdrowotnej oraz profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego.

Przewodnik ten powstawał zgodnie z ideą metodyki współtworzenia – do dyskusji o języku zaprosiliśmy naukowców pracujących w obszarze uzależnień i profilaktyki, lekarzy psychiatrów, specjalistów psychoterapii uzależnień, ekspertów zdrowia publicznego i komunikacji zdrowotnej oraz *ekspertów przez doświadczenie* – pacjentów stacjonarnych placówek leczenia uzależnień. W efekcie, do powstania niniejszego przewodnika przyczyniło się blisko pięćdziesięciu ekspertów – ich wypowiedzi istotnie wzbogacają tę publikację². Obrazują logiczny wywód prowadzący do podjęcia takich lub innych decyzji dotyczących poszczególnych pojęć, pokazują uzasadnienia odwołujące się do praktyki klinicznej, refleksji naukowej lub własnego doświadczenia ekspertów, a także niektóre kontrowersyjne obszary praktyki językowej, wzbudzające najwięcej emocji.

2 Bezpośredni zapis żywej mowy ekspertów został – na potrzeby tej publikacji i dla czytelności wypowiedzi – przeredagowany pod względem gramatycznym i stylistycznym (przyp. red.).



Jak mówić
o zjawisku

W tej części *Przewodnika po języku niedyskryminującym* znajdują się propozycje terminów i określeń, które w sposób adekwatny i niestygmatyzujący opisują zjawisko uzależnień. Przewodnik prezentuje też określenia, których – zdaniem ekspertów – powinniśmy unikać, gdy mówimy o kwestiach związanych z używaniem i uzależnieniem od substancji psychoaktywnych czy też z innymi zachowaniami uzależniającymi.

Psychoterapeuta (5): Doceniam sekcje „zastępuje określenie”. Właśnie o to chodzi, byśmy my i nasi koledzy i koleżanki również nie posługiwali się tymi niekompetentnymi, nieprofesjonalnymi, stygmatyzującymi określeniami. Wskazanie, jakich określeń powinniśmy unikać, wydaje mi się równie ważne jak wskazanie, jakiego języka powinniśmy używać.

Ekspertka (1): Rozumiem, że chodzi o to, iż w literaturze (i nie tylko w literaturze, także w języku, którym posługują się specjaliści) dowolnie i zamiennie stosuje się różne pojęcia dotyczące uzależnień. Popieram ideę, żeby rekomendować określony standard, żebyśmy posługiwali się podobnym językiem, który nie tylko ułatwi komunikację, ale będzie też kreował rzeczywistość nienaznaczoną stygmatyzacją. Chcemy zastąpić pewne stygmatyzujące pojęcia innymi, bardziej neutralnymi, między innymi dlatego, żeby w naszym języku promować pojęcia, które nie mają efektu stygmatyzującego.

Termin *używanie* nawiązuje do medycznej koncepcji diagnozy *zaburzeń spowodowanych używaniem substancji* (ICD-11, blok L2-6C4). Tym samym staje się propozycją uspoźnienia i ujednolicenia terminologii dla kategorii diagnostycznych zaburzeń związanych z alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi.

Uzasadnienie wyboru

Eksperci skłaniają się ku temu, by mówić o *używaniu substancji psychoaktywnych* w kontekście szeregu substancji, takich jak nikotyna, alkohol, opioidy, substancje psychostymulujące, kannabinoidy, środki halucynogenne, i traktować je podobnie w przekazach medialnych, profilaktyce, leczeniu czy też polityce zdrowotnej. Zdaniem ekspertów substancje psychoaktywne, bez względu na ich status prawny, powinny być traktowane w ten sam sposób, zwłaszcza że potencjalna toksyczność poszczególnych z nich nie odzwierciedla ich legalności. Innym argumentem jest też to, że w obecnej rzeczywistości społeczno-prawnej status wielu substancji ulega zmianie i jest zróżnicowany w różnych krajach.

Ekspertka (3): „Używanie substancji psychoaktywnych” zaczęłam kojarzyć szerzej. Wiem, że mówi się tak tylko w odniesieniu do narkotyków, jednak i alkohol powoli sytuuję w tym określeniu. (...) Można by zatem mówić o uzależnieniach od substancji

psychoaktywnych, zarówno gdy mamy na myśli substancje legalne, jak i nielegalne. (...)

Psychoterapeuta (5): Nie widzę uzasadnienia dla tworzenia opozycji alkohol–substancje psychoaktywne. Tak uczyłem, tak mnie uczono i tak rozumiem istotę tych substancji: alkohol i tak zwane narkotyki należą do grupy substancji psychoaktywnych, ponieważ wszystkie one, upraszczając, działają psychoaktywnie, to znaczy aktywnie na ośrodkowy układ nerwowy, i prowadzą do zmian w sferze emocjonalnej, intelektualnej i tak dalej. Pamiętam starsze podręczniki, w których używano sformułowania „substancje psychoaktywne inne niż alkohol” i zupełnie nie rozumiem, skąd wzięła się ta tak wyraźna opozycja. Mam takie spostrzeżenie, że chętniej tym terminem posługują się osoby na co dzień zajmujące się problemami alkoholowymi, chyba po to, żeby jakoś przeciwstawić alkohol narkotekom. Sam byłbym raczej skłonny mówić o substancjach psychoaktywnych, w tym alkoholu, kannabinoidach, opioidach, substancjach psychostymulujących czy też amfetaminie i jej pochodnych. Zupełnie nie potrafię zaakceptować opozycji alkohol–substancje psychoaktywne.

Ekspertka (8): W pełni się zgadzam, że taka opozycja – rozdzielenie w słowniku zjawiska uzależnienia od alkoholu i uzależnienia od substancji psychoaktywnych – sprawia, że trochę jakby dzielimy substancje na lepsze i gorsze, na te mniej stygmatyzujące i bardziej stygmatyzujące. Więc i ja jestem za tym, żeby przede wszystkim mówić o uzależnieniu od substancji psychoaktywnych, w obrębie którego możemy wyszczególnić uzależnienie od alkoholu, od psychostymulantów i tak dalej.

(fragment wywiadu grupowego nr 1)

W dyskusjach ekspertów pojawia się również wątek często pomijany z powodu skoncentrowania uwagi na dychotomii legalny alkohol – nielegalne narkotyki. Chodzi mianowicie o uznanie za substancje psychoaktywne

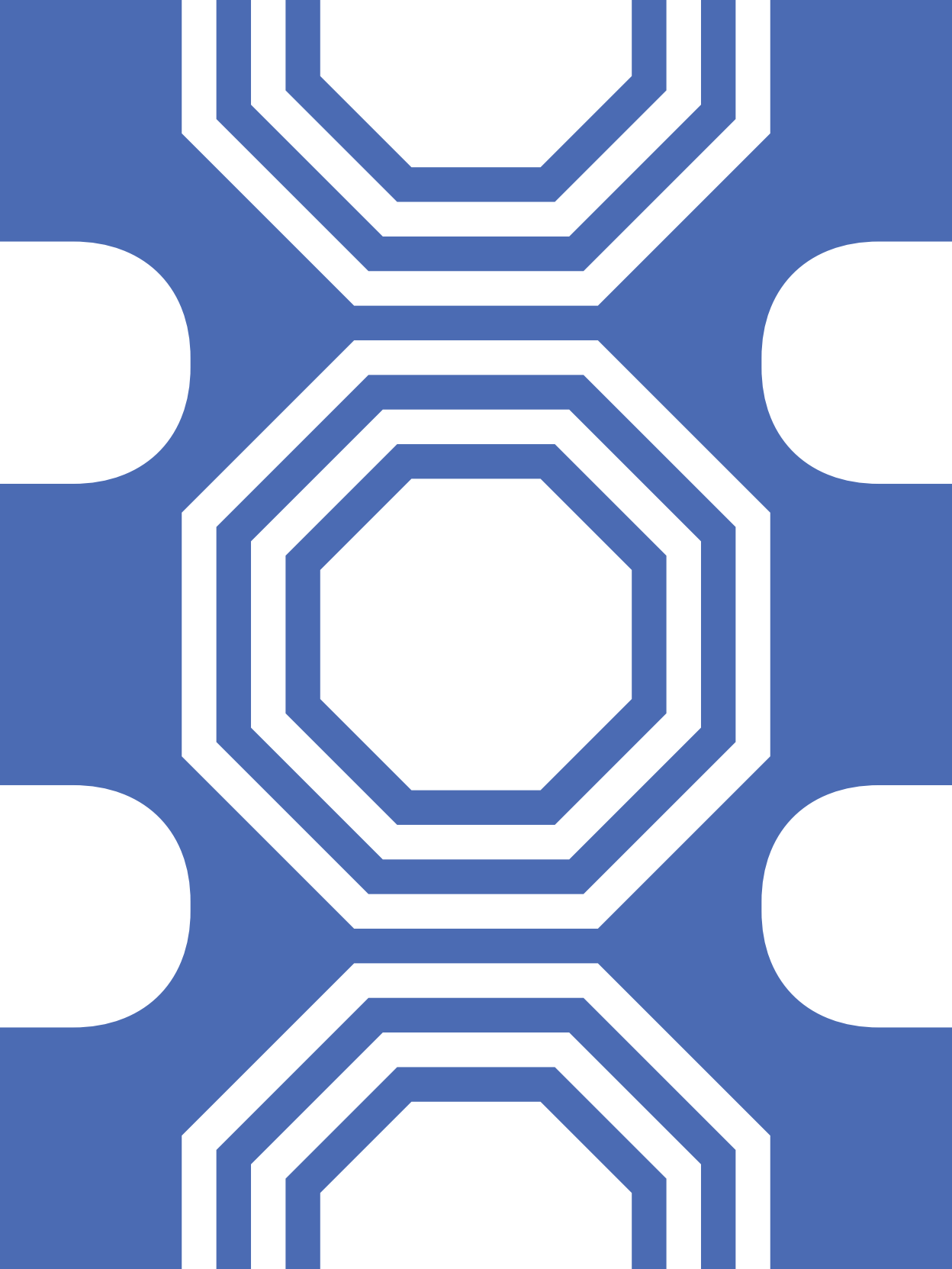
(i włączenie ich w spektrum oddziaływań, jakie tego rodzaju substancjom przynależą) *nikotyny i leków psychoaktywnych używanych w celach niemedycznych*. Nieracjonalne stosowanie leków dostępnych na receptę staje się coraz większym problemem społecznym na całym świecie, a zaburzenia spowodowane używaniem substancji można przypisać także stosowaniu środków, które mogą, lecz nie muszą być przepisane ze wskazań medycznych. Zgodnie z klasyfikacją ICD-11 w ramach tej grupy wyróżniamy m.in. zaburzenia spowodowane stosowaniem leków uspokajających, nasennych lub anksjolitycznych (6C44), zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem innych określonych substancji psychoaktywnych, w tym leków (6C4E), jak i wielu określonych substancji psychoaktywnych, w tym leków (6C4F), a nawet zaburzenia spowodowane używaniem substancji niepsychoaktywnych (6C4H).

Naukowczyni (1): *Pracuję w szpitalu i wiem, jak ogromnym problemem jest nadużywanie leków psychoaktywnych, tymczasem w naszej dyskusji ta kwestia się nie pojawiła. (...) Pomija się w ten sposób poważny problem uzależnienia od benzodiazepin. Jeśli zatem mówimy o uzależnieniach, to należy zwrócić uwagę na osoby uzależnione od leków, gdyż ta grupa pozostaje w pewien sposób niewidoczna. Z narkotykami sprawa jest jasna – są prawnie zabronione, ale leki już nie są. (...) Należałoby w Polsce stworzyć miejsca, w których osoby uzależnione od leków mogłyby otrzymać właściwą pomoc. Na razie zajmują się tym psychiatrzy, choć jest to dla nich trudne, bo w wypadku uzależnień związanych z nadużywaniem substancji po prostu potrzebny jest cały zespół terapeutyczny.*

Nauowiec (2): *Przyjawszy szerokie rozumienie substancji psychoaktywnych (wśród których mieści się również alkohol), należy zadać sobie pytanie, czy uzależnienie od benzodiazepin jest również uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Przecież wielu pacjentów jest uzależnionych od benzodiazepin, w tym część z winy lekarzy, którzy przepisują dawki, których podawać nie wolno (Xanaxu na przykład). (...) Trzeba jednak wprowadzić rozgraniczenie – bo krótkotrwałe używanie zgodnie z zaleceniem*

lekarza nie jest ani ryzykowne, ani szkodliwe, nie jest też uzależnieniem, tylko normatywnym zachowaniem, zgodnym z wytycznymi lekarza.

W następnej sekcji prezentujemy uwagi ekspertów dotyczące szeregu aspektów związanych z używaniem alkoholu, a w kolejnej sekcji – fragmenty dyskusji dotyczących pozostałych substancji psychoaktywnych. Struktura rozdziału wynika z potrzeby wskazania szeregu różnych terminów odnoszących się do poszczególnych substancji, które mają charakter stygmatyzujący i nieadekwatny. Eksperci w debatach – często burzliwych – przywołali szereg argumentów za wyeliminowaniem z języka niektórych pojęć i jednocześnie wskazali alternatywne propozycje.





*Znaczenie terminu uzależnienie
zmienia się i poszerza
wraz z przemianami
społecznymi i kulturowymi.*

Termin *używanie* wynika z nowej terminologii związanej z *używaniem substancji psychoaktywnych* – alkohol jest jedną z nich. Termin ten nawiązuje do terminologii wykorzystanej w najnowszych klasyfikacjach medycznych DSM-5 i ICD-11. *Używanie* odnosi się do zażywania konkretnej substancji (używki) w celu uzyskania konkretnych doznań. Jednocześnie dopuszczalne jest stosowanie synonimów tego terminu, takich jak *spożywanie*, *konsumpcja* oraz *picie alkoholu*, o bardziej neutralnej wymowie. Jest częstą prawidłowością, że osoby używające alkoholu wielokrotnie w ciągu swojego życia zmieniają *wzór używania* – przemieszczają się na kontinuum od abstynencji poprzez *picie o niskim poziomie ryzyka*, *ryzykowne używanie alkoholu* do spożywania go w sposób *szkodliwy*, a w niektórych przypadkach prowadzący do *uzależnienia*. Warto nadmienić, że zgodnie ze współczesną wiedzą nawet nieduże ilości alkoholu nie są obojętne dla zdrowia. Przykładowo, używanie nawet niewielkich ilości alkoholu zwiększa ryzyko kilku rodzajów nowotworów, w tym raka piersi lub raka jelita grubego.

Ryzykowne używanie alkoholu

ew. Ryzykowne picie alkoholu

Zastępuje określenia: *nadmierne picie, picie ekscesywne*

Ryzykowne używanie alkoholu odnosi się do podwyższonego ryzyka pojawienia się negatywnych konsekwencji zdrowotnych i/lub społecznych. Chodzi tu o sytuacje, kiedy spożywa się duże ilości alkoholu (łącznie, przy jednej okazji, w określonym czasie), które jednak nie pociągają za sobą widocznych negatywnych konsekwencji zdrowotnych lub społecznych, przy czym można oczekiwać, że konsekwencje te pojawią się, o ile częstotliwość takich okazji lub ilość spożywanego alkoholu będzie wzrastać. Przykładowo, wypijanie trzech lub więcej porcji alkoholu przy jednej okazji zwiększa ryzyko urazu oraz stania się sprawcą lub ofiarą przemocy. Przy siedmiu lub więcej porcjach alkoholu tygodniowo dodatkowo rośnie ryzyko chorób kardiologicznych i udaru.

Szkodliwe używanie alkoholu

ew. Szkodliwe picie alkoholu

Zastępuje określenie: *nadużywanie alkoholu*

Szkodliwe używanie alkoholu to taki wzór picia, który powoduje negatywne konsekwencje w różnych obszarach życia człowieka: zdrowotne (fizyczne bądź psychiczne) i społeczne. Alkohol jest jednym z głównych czynników przyczyniających się do umieralności w Polsce, obok palenia tytoniu, zagrożeń związanych z nieprawidłową dietą i zanieczyszczenia powietrza. Co istotne, większość negatywnych konsekwencji używania alkoholu – wypadków, urazów, aktów przemocy, problemów zdrowotnych – dotyka nieuzależnione osoby pijące alkohol.

Uzależnienie od alkoholu

Zastępuje określenia: *alkoholizm, choroba alkoholowa, patologiczne używanie alkoholu*

Terminem tym określamy kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których używanie alkoholu dominuje nad innymi aktywnościami w życiu człowieka. Uzależnienie jest zwykle efektem długotrwałego i szkodliwego picia alkoholu, w wyniku którego objawy związane z tym zaburzeniem wpisują się w całościowe, biopsychospołeczne, funkcjonowanie osoby, a jego negatywne konsekwencje odczuwalne są nie tylko dla samej jednostki, ale często również dla jej najbliższego otoczenia. Wiąże się ono z upośledzeniem kontroli, poczuciem przymusu i kontynuowaniem używania pomimo jego szkodliwych następstw oraz z cechami fizjologicznymi przejawiającymi się zwiększoną tolerancją oraz objawami odstawiennymi. W świetle współczesnej wiedzy uzależnienie od alkoholu jest procesem, który ma swoje kontinuum związane z nasileniem jego objawów oraz negatywnych konsekwencji używania, które znacznie wykracza poza stereotypowy obraz osoby uzależnionej. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że około 4% dorosłych na całym świecie – czyli ponad 200 milionów ludzi – jest uzależnionych od alkoholu. Termin pojawia się w najnowszej Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Światowej Organizacji Zdrowia (ICD-11), gdzie ma kod 6C40.2, stąd nasza decyzja, aby wskazać go w przewodniku jako termin preferowany, mający pierwszeństwo przed terminem *zaburzenia używania alkoholu*.

To pojęcie szersze – odnoszące się do amerykańskiej klasyfikacji *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) – tym samym uwzględniające zarówno nadużywanie alkoholu, jak i uzależnienie od alkoholu. W klasyfikacji DSM-5 ocenia się już nie tylko sam fakt wystąpienia zaburzeń używania alkoholu, ale też – na podstawie liczby spełnionych kryteriów diagnostycznych – ich nasilenie. Jest to istotna dla klasyfikacji medycznych zmiana kryteriów rozpoznawania zaburzenia używania alkoholu – w przeszłości rozpoznawanie miało charakter dychotomiczny – koncentrowało się przede wszystkim na fakcie wystąpienia (lub nie) uzależnienia.

Warto nadmienić, że termin *zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu* (ang. *disorders due to use of alcohol*) pojawia się też w ICD-11, ma jednak niezwykle szerokie znaczenie i odnosi się do szeregu problemów z grupy 6C40 (6C40.0–6; 6C40.70–71; 6C40.Y; 6C40.Z).

Uzasadnienie wyboru

Zdecydowana większość ekspertów proponuje terminy zawarte w najnowszych klasyfikacjach ICD-11 i ich właśnie używa: *uzależnienie od alkoholu*, *szkodliwe używanie alkoholu* oraz *ryzykowne używanie alkoholu*. Jednocześnie wielu specjalistom bliższa jest klasyfikacja DSM-5 Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, gdzie wprowadzono termin *zaburzenia używania alkoholu*, zakresem obejmujący pojęcia uzależnienia od alkoholu oraz nadużywania alkoholu (bliskie zakresem *szkodliwemu używaniu alkoholu* opisanemu w przewodniku). Specjaliści podkreślają, że termin *zaburzenia używania alkoholu* silniej akcentuje spektrum

3 Gałęcki, P., Pilecki, M., Rymaszewska, J., Szulc, A., Sidorowicz, S., Wciórka, J. (red). (2018). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych*. Wydanie piąte. DSM-5. Edra Urban & Partner, Wrocław. Oraz o ICD-11: Samocho-wiec, A., Chęć, M., Kołodziej, Ł., Samochowiec, J. (2015). *Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych?* *Alkoholizm i Narkomania*, 28: 55–63.

nasilenia różnych objawów – kontinuum, na którym rozwijają się problemy zdrowotne i towarzyszące im szkody społeczne.

Psychoterapeutka (1): W ICD-11 znajdziemy „szkodliwe używanie”, w ICD-10 „picie szkodliwe” – te terminy pochodzą z klasyfikacji i są w porządku. Podobnie „uzależnienie od alkoholu” i „zaburzenia używania alkoholu”. (...) Określenie „ryzykowne” podaje WHO, zatem i ono jest dobre. Zawiera ponadto ważną informację dla pacjenta – że pije on ryzykownie; potrafimy też określić, na czym to ryzyko polega: na tym mianowicie, że picie może przynieść straty i pociągać za sobą ryzykowne zachowania, na przykład seksualne. Podobnie „szkodliwe picie” – potrafimy określić, w czym przejawia się szkodliwe picie, zatem i ten termin jest wartościowy.

Ekspertka (1): „Uzależnienie” akceptuję; sama się tym określeniem posługuję najczęściej, choć bliższe mi jest „zaburzenia związane ze szkodliwym piciem alkoholu”. (...) Podoba mi się klasyfikacja DSM-5 ze względu na proponowane tam kontinuum. (...) Zaburzenia mogą być słabsze, płytsze, mniej nasilone, ale mogą też powodować trwałe dysfunkcje w życiu człowieka. Takie spojrzenie jest chyba najcelniejsze: zaburzenia wynikające ze szkodliwego używania alkoholu o różnym stopniu nasilenia.

Część dyskusji w odniesieniu do alkoholu dotyczyła kwestii, czy powinniśmy mówić o używaniu czy też o piciu. Pojawiały się argumenty przemawiające za każdym z tych określeń, jednak – z szeregu powodów wymienionych wyżej – wydaje się, że określenie używanie powinno zostać potraktowane nadrzędnie, a picie jako jego synonim i alternatywna propozycja.

Naukowczyni (5): (...) „picie” kojarzy mi się z pijakiem; „picie szkodliwe” – picie czego? Jest to raczej potoczne określenie (sięgamy po nie, na przykład gdy rozmawiamy o tym, że pije sąsiad czy mąż), a nie pojęcie, które miałoby być używane oficjalnie,

formalnie. Przyglądam się temu „picie” i uraża mnie ono trochę jako w pewien sposób oceniające.

Psychoterapeutka (4): (...) także i mi nie podoba się ani „picie ryzykowne”, ani „picie szkodliwe”, ani „nadużywanie”. Zostałabym przy tych zaproponowanych ostatecznie: „ryzykowne używanie alkoholu”, „szkodliwe używanie alkoholu”, „uzależnienie od alkoholu”.

Moderator: Nasze intuicje również poszły w tę stronę, choć część ekspertów jest przywiązana do określenia „picie”. Także ze względu na sztuczność określenia „używanie alkoholu” eksperci kwestionują je w jakiś sposób. Stąd kompromis, który wypracowaliśmy, że jeśli celowe jest podkreślenie sposobu używania alkoholu, to niech to będzie „picie”.

Psychoterapeutka (4): No tak, żeby nie „używać alkoholu do czyszczenia mebli”.

Naukowczyni (5): Jako argument podajesz przywiązanie do „picia”, tylko czy przywiązanie rzeczywiście ma stanowić kryterium dla pozostawiania terminu? (...) funkcjonowała też „choroba alkoholowa”, „tożsamość alkoholowa”, do której też wyrosło mocne przywiązanie (część osób pewnie nadal je ma). Tylko czy to rzeczywiście jest argument, żeby je pozostawić w języku?

Moderator: Nie jest. Istnieje jednak argument za, wynikający z faktu, że w języku polskim alkohol się pije, alkoholu się nie używa. A argument przeciwko jest taki, że alkohol stanowi jedną z substancji psychoaktywnych, których używa się w konkretnym celu.

Psychoterapeutka (6): Ja także, przedstawiając swoje dylematy, mówiłam, że nowe określenia brzmią trochę sztucznie, natomiast jestem zdecydowanie za określeniami „ryzykowne używanie alkoholu”, „szkodliwe używanie alkoholu”, „uzależnienie od alkoholu”,

ponieważ stosowanie ich sprawia, że powoli przyzwyczajamy się do tego, co na początku może się wydawać sztuczne.

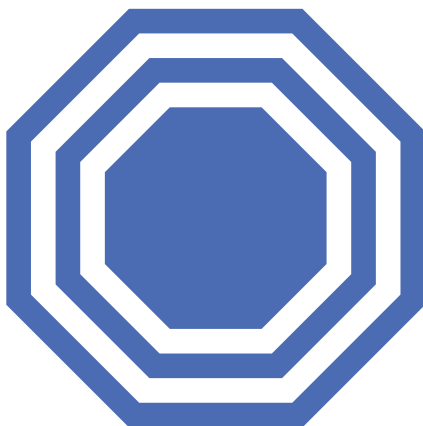
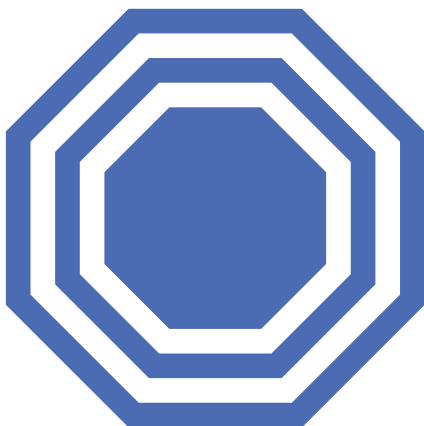
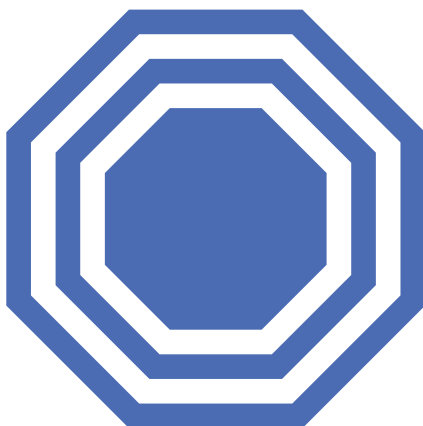
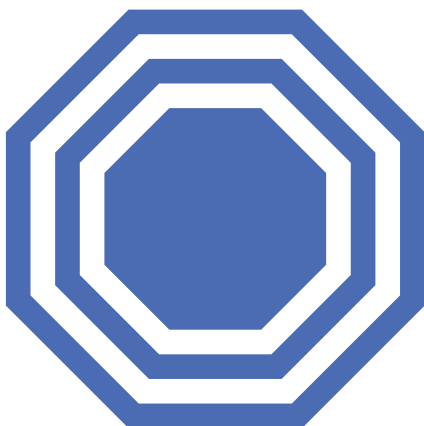
(fragment wywiadu grupowego nr 4)

W kontekście alkoholu eksperci wskazali na szereg pojęć, z których powinniśmy zrezygnować. Podkreślali nieadekwatność i stygmatyzujący charakter wielu takich terminów, jak: *alkoholizm*, *choroba alkoholowa* czy *patologiczne używanie alkoholu*. Wskazywali też, że terminy odnoszące się do norm ilościowych – *nadmierne picie*, *nadużywanie* – są mniej adekwatne od terminów odnoszących się do szkód zdrowotnych i społecznych (czy też ryzyka ich wystąpienia).

Ekspertka (8): Terminy „alkoholizm” i „alkoholik” są w społecznej percepcji nacechowane pejoratywnie i silnie stygmatyzują. „Choroba alkoholowa” jest dla mnie o tyle nieadekwatna, że nie zwraca uwagi na uzależnienie, tylko od niego odchodzi. Ja bym generalnie powiedziała „uzależnienie od alkoholu” albo „zaburzenia używania alkoholu”. Natomiast „patologiczne używanie alkoholu” jest bardzo stygmatyzujące i bardzo nieadekwatne. (...) „Eksces” z kolei przywołuje skojarzenia z zachowaniami ekscesywnymi (zamówiłam sobie więcej jedzenia, więcej wypiłam) – mam wrażenie, że to bardziej rozrywkowy termin. Jeśli chodzi o „nadmierne” i „nadużywanie”, są to słowa synonimiczne; przy „nadmiernym” zwracamy uwagę na to, że istnieje jakaś akceptowalna miara, a gdy ją przekroczyliśmy, nie będzie to już właściwe społecznie.

Psychoterapeuta (10): „Szkodliwe używanie alkoholu” jest terminem medycznym, który ma swoje określone konotacje i znajduje się w ICD-10 oraz w ICD-11. Został ściśle definiowany i nie ma co kombinować. (...) „Alkoholizm” jest terminem, który kiedyś był stygmatyzujący, bo ludzie wyzywali się od „alkoholików”, obecnie jest terminem niejednoznacznym. Nie wiem, czy pan czytał dawniejsze klasyfikacje, w których odchodzono od

terminu „alkoholizm” ze względu na jego stygmatyzujące działanie. Psychiatrzy uważają, że to jest uzależnienie od alkoholu, Amerykanie sądzą, że to jest uzależnienie plus nadużywanie alkoholu. (...) „Choroba alkoholowa” cierpi na brak precyzji, bo jak np. mam uszkodzenie wątroby spowodowane alkoholem, to stanowi to element choroby alkoholowej, a jak mam polineuropatię alkoholową, to też jest przejaw choroby alkoholowej. Termin ten ma jednak swoje historyczne uzasadnienie – w Stanach Zjednoczonych, w których przez długi czas traktowano alkoholizm w kategoriach moralnych – podkreślano, że jest to choroba alkoholowa. W Polsce, jeśli chodzi o to, czy uzależnienie od alkoholu jest chorobą, nie ma większych kontrowersji, nie ma zatem potrzeby używania tego określenia – wszyscy idą po pomoc do lekarza czy innej placówki ochrony zdrowia. (...) „Nadużywanie alkoholu” jest terminem ściśle zdefiniowanym, ale w klasyfikacjach amerykańskich – i odpowiada „szkodliwemu używaniu alkoholu”. (...) Jeżeli kierujemy wypowiedź do polskiego lekarza, który posługuje się ICD-10 lub ICD-11, wówczas używamy określenia „szkodliwy”. (...) „Picie ekscesywne” to termin przydatny do opisanie pewnego zjawiska – takiej mianowicie sytuacji, kiedy osoby nie piją codziennie, systematycznie, tylko piją weekendowo, ale strasznie. Nie może zastąpić podstawowych określeń, ale pozwala trafnie opisać pewne zjawisko. (...) „Picie szkodliwe” to inaczej „szkodliwe używanie alkoholu”, tylko krócej. „Picie szkodliwe” może być używane.





*Język nie tylko opisuje,
ale też współtworzy zjawiska,
które stają się przedmiotem
naszej refleksji.*

Używanie opioidów/kannabinoidów/ środków stymulujących etc.

ew. Używanie substancji psychoaktywnych

(uogólnienie / adekwatne w odniesieniu do kilku grup substancji)

Zastępuje określenia: *używanie narkotyków, branie narkotyków, sięganie po narkotyki, zażywanie substancji psychoaktywnych*

Termin „używanie” nawiązuje do koncepcji medycznej diagnozy *zaburzeń spowodowanych używaniem substancji* (ang. *disorders due to substance use*), a tym samym – do ujednolicenia kategorii zaburzeń związanych z substancjami psychoaktywnymi, w tym substancjami nielegalnymi. Termin ten odwołuje się do stosunkowo powszechnego wzoru używania szeregu różnych substancji psychoaktywnych. Jest to również propozycja dostosowania języka specjalistycznego do sposobu, w jaki zjawisko to postrzegają sami użytkownicy *substancji psychoaktywnych*. Zastępuje nieadekwatne i nietrafne określenia, takie jak „sięganie”, „zażywanie” bądź źle brzmiące określenia przenoszone na polski grunt ze specjalistycznego języka angielskiego, np. „konsumpcja”. Drugi człon sformułowania *używanie substancji psychoaktywnych* zastępuje z kolei stygmatyzujący, etykietujący i jednocześnie niejednoznaczny termin „narkotyki”. Wszędzie tam, gdzie jest to wskazane, należy odwoływać się do poszczególnych grup substancji psychoaktywnych, np. *używanie kannabinoidów, środków stymulujących, substancji lotnych*. Jest częstym zjawiskiem, że osoby używające substancji psychoaktywnych wielokrotnie w ciągu swojego życia zmieniają wzór używania – przemieszczają się na kontinuum od abstynencji poprzez *używanie substancji psychoaktywnych*, *ryzykowne używanie* do *szkodliwego używania substancji psychoaktywnych*, które w niektórych przypadkach może prowadzić do uzależnienia.

Ryzykowne używanie opioidów/kannabinoidów etc.

- ew. **Ryzykowne używanie substancji psychoaktywnych**
(uogólnienie / adekwatne w odniesieniu do kilku grup substancji)

Zastępuje określenia: *nadużywanie narkotyków, nadużywanie substancji psychoaktywnych*

Używanie substancji psychoaktywnych wiąże się z podwyższonym ryzykiem pojawienia się negatywnych konsekwencji zdrowotnych i/lub społecznych. Pojęcie to odnosi się do sytuacji używania substancji psychoaktywnych, które nie pociągają za sobą widocznych negatywnych konsekwencji zdrowotnych lub społecznych, przy czym można oczekiwać, że konsekwencje te się pojawią, o ile zachowanie będzie kontynuowane, wzrastać będzie jego częstotliwość i ilość używanych substancji. Warto nadmienić, iż w przypadku substancji nielegalnych każde ich użycie, a nawet posiadanie jest *ex definitione* zachowaniem ryzykownym – ponieważ wiąże się z naruszeniem obowiązujących norm prawnych i ryzykiem poniesienia wynikających z tego konsekwencji.

Szkodliwe używanie opioidów/kannabinoidów etc.

- ew. **Szkodliwe używanie substancji psychoaktywnych**
(uogólnienie / adekwatne w odniesieniu do kilku grup substancji)

Zastępuje określenia: *problemowe używanie narkotyków, nałogowe używanie narkotyków*

Szkodliwe używanie substancji psychoaktywnych oznacza taki wzór używania (jednej bądź wielu substancji), który powoduje negatywne konsekwencje w różnych obszarach życia człowieka: zdrowotne, fizyczne bądź psychiczne, a także społeczne. ICD-11 wymienia 14 grup substancji – poza alkoholem są to leki uspokajające, leki hipnotyczne i anksjolityki (6C44), opioidy (6C43), substancje lotne (6C4B), nikotyna (6C4A), kokaina (6C45), środki stymulujące, w tym amfetamina i metamfetamina

(6C46), syntetyczne katynony (6C47), kofeina (6C48), konopie indyjskie (6C41), syntetyczne kannabinoidy (6C42), MDMA i pokrewne substancje (6C4C), środki halucynogenne (6C49) oraz leki dysocjacyjne (6C4D). Dodatkowo przewidziano diagnozowanie zaburzeń wynikających z używania substancji niepsychoaktywnych, takich jak na przykład sterydy anaboliczne (6C4H).

Uzależnienie od opioidów/kannabinoidów etc.

ew. **Uzależnienie od substancji psychoaktywnych**
(uogólnienie / adekwatne w odniesieniu do kilku grup substancji)

Zastępuje określenia: *narkomania, uzależnienie od narkotyków*

Kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których używanie substancji psychoaktywnych dominuje nad innymi aktywnościami w życiu człowieka. Wiąże się z (a) upośledzoną zdolnością kontroli nad używaniem, (b) narastającą dominacją substancji, która przejawia się kontynuowaniem używania pomimo jego szkodliwych następstw i negatywnych konsekwencji oraz (c) pojawieniem się cech fizjologicznych wskazujących na neuroadaptację do substancji – takich jak tolerancja i objawy odstawienne. Uzależnienie jest zwykle efektem trwającego w czasie szkodliwego używania substancji psychoaktywnych, w wyniku którego objawy związane z tym zaburzeniem wpisują się w całościowe funkcjonowanie osoby, a jego negatywne konsekwencje odczuwalne są nie tylko dla niej samej, ale często również dla jej najbliższego otoczenia. Z tych powodów, aby postawić diagnozę uzależnienia, należy stwierdzić obecność dwóch z trzech wymienionych wyżej objawów osiowych, które występują jednocześnie i wielokrotnie w roku poprzedzającym rozpoznanie.

ew. **Zaburzenie używania substancji psychoaktywnych**

Pojęcie szersze, wywodzące się z klasyfikacji DSM-5, tym samym uwzględniające zarówno nadużywanie substancji psychoaktywnych, jak i uzależnienie od nich. Zaburzenia używania substancji psychoaktywnych

mogą mieć różny stopień nasilenia, w zależności od liczby spełnianych kryteriów diagnostycznych.

Warto nadmienić, że termin *zaburzenia spowodowane używaniem kannabinoidów/opioidów/środków halucynogennych etc.* pojawia się też w ICD-11, ma jednak niezwykle szerokie znaczenie i odnosi się nie tylko do używania szkodliwego i uzależnienia, ale też do szeregu innych problemów zdrowotnych.

Uzasadnienie wyboru

Eksperci zaproponowali terminy *używanie substancji psychoaktywnych* oraz *uzależnienie od substancji psychoaktywnych* lub alternatywnie – w nawiązaniu do klasyfikacji DSM-5 – *zaburzenia używania substancji psychoaktywnych*. Posługiwanie się ogólną kategorią *substancje psychoaktywne* jest uznawane za zasadne w sytuacji, gdy mamy do czynienia z równoczesnym używaniem różnych substancji psychoaktywnych (co stanowi jeden z najczęstszych wzorów używania). Istotne jest tu również posługiwanie się porządkiem gradacyjnym, tak jak w przypadku alkoholu.

Naukowcy (7): Zdecydowanie „używanie substancji”, ze względu na definicję „używania” (...). A także „uzależnienie” jako spełnienie wszystkich kryteriów ICD-11.

Ekspert (2): Osobiście staram się nie używać określeń „narkomania” i „narkoman”, bo w odbiorze społecznym są stygmatyzujące. Raczej należałoby od nich odchodzić. „Uzależnienie od substancji psychoaktywnych” jest OK. Czasami uzasadnione bywa odniesienie do typologii – czy jest to uzależnienie od stymulantów, od opiatów, czy jest to politoksykomania. (...) Nie mamy wśród propozycji „zaburzeń używania substancji psychoaktywnych”, a w DSM-5 chyba takie określenie się pojawia, i wydaje mi się, że warto byłoby wprowadzić je w życie, bo ma ono pewien komponent – może jestem naiwny – zmieniania rzeczywistości, bo nie wynika ono z myślenia starego typu, sztywno kategoryzującego, tylko zmusza do refleksji.

Psychoterapeuta (9): Przyszła mi do głowy jeszcze jedna rzecz a propos tego, o czym teraz rozmawialiśmy: że w przypadku substancji istnieje pewna gradacja: ryzykowne, szkodliwe, uzależnienie (...) To jest uwaga z poziomu pracy z pacjentami: jestem bliski temu, by nie rozdzielać według substancji: psychoaktywne, alkohol; zdecydowana większość pacjentów miesza i łączy substancje, ma doświadczenie, zarówno jeżeli chodzi o spożywanie alkoholu, jak i innych substancji psychoaktywnych, a przynajmniej eksperymentowała z innymi środkami.

Eksperci zwracają uwagę na potrzebę precyzyjnego wskazania przedmiotu wypowiedzi. Określenia powinny wskazywać konkretną grupę substancji – co jest szczególnie istotne w przypadku substancji popularnie nazywanych narkotykami oraz nowych substancji psychoaktywnych. Jeśli wypowiedź nie dotyczy alkoholu, powinna zawierać wskazanie konkretnej grupy substancji, np. kannabinoidy czy opioidy.

Psychoterapeuta (10): „Używanie substancji psychoaktywnych” jest terminem medycznym, nie dostrzegam tu nieadekwatności ani stygmatyzacji. (...) Opiaty to wyłącznie produkty opioidowe z przetworów maku – należy mówić o „opiodach”, zarówno w odniesieniu do heroiny, czyli opiatu, jak i opioidów syntetycznych, tych wszystkich leków przeciwbólowych, które są plagą na Zachodzie. „Używanie stymulantów” – o to trzeba by zapytać językownawcę – razi mnie, bo to są „substancje psychostymulujące”, „stymulant” jest określeniem żargonowym. „Kannabinoidy” tak – są poprawne. (...) Reprezentuję środowisko medyczne i nie wypowiadam się w kwestiach pozamedycznych, czyli interesuje mnie to, co jest ryzykowne, szkodliwe dla zdrowia psychicznego, społecznego i ogólnie dla funkcjonowania, i w tym zakresie staram się być precyzyjny. (...) „Narkomania” jest terminem niemiedycznym – myślę, że jest stygmatyzująca i medycznie nieadekwatna.

Ekspertka (3): Warto różnicować nowe substancje psychoaktywne. (...) Wówczas można byłoby wyróżnić – tak jak się wyróżnia

opioidy czy kannabinoidy – nowe substancje, leki bez recepty czy alkohol. (...) Pewnie „substancje psychoaktywne” są dobrym określeniem, ale należałoby mówić precyzyjniej, odnosić się do określonych osób, zjawisk czy działań, bo określone substancje psychoaktywne pociągają za sobą różne problemy i wymagają odmiennych działań.

Postulowano rezygnację z terminów *narkotyki* oraz *narkomania* jako terminów niejednoznacznych, archaicznych, potencjalnie stygmatyzujących i przyczyniających się to chaosu terminologicznego. Dyskusje ekspertów dotyczyły również zakresu pojęciowego tego terminu – zastanawiano się, w jakim stopniu w społecznym odbiorze *narkomania* jest uznawana za chorobę oraz jakie substancje są traktowane jako *narkotyki*. Oznaczało to m.in. próbę znalezienia odpowiedzi na pytania: Czy alkohol to narkotyk? Czy dopalacze to narkotyki?

Ekspertka (8): *Niestety mam wrażenie, że termin „narkotyki” jest społecznie bardzo źle rozumiany i mimo że z definicji narkotyki to substancje psychoaktywne, a zatem przynależy tu również alkohol, to społecznie ten termin jest rozumiany jako nielegalne substancje psychoaktywne. Jeśli używa się w rozmowie argumentu, że alkohol też jest narkotykiem, to wiele osób zaprzecza, bo przecież jest on legalny. Mam też problem z terminem „narkotyki” z tego powodu, że stygmatyzuje społecznie. Przez kilkadziesiąt lat mieliśmy wojnę narkotykową, czyli wojnę z substancjami, które w polskim i międzynarodowym systemie prawnym są nielegalne, i wytworzył się społeczny obraz „ćpuna”, który „ćpa”. Termin „substancje psychoaktywne” obejmuje też nikotynę i alkohol, co pozwala zwrócić uwagę na to, że to również są substancje, które wpływają na OUN, zmieniają świadomość i prowadzą do zmian fizjologicznych, takich jak przyspieszone tętno itp.*

Ekspertka (3): *„Narkomania” kojarzy mi się z latami 90., z „kompotem”. Z dopalaczami mi się ten termin nie kojarzy. Ktoś, to używa dopalaczy, nie jest już narkomanem. Następne*

pokolenia pewnie będą miały inne skojarzenia. Nie wiem jednak, czy dzisiejszym dwudziestolatkom dopalacze kojarzą się z „narkomanią”.

Ekspert (7): Termin „narkotyki”, podobnie jak i szereg różnych innych pokrewnych („narkoman” itd.), ma w mojej opinii wpływ na to, jak myślimy o pomocy. Jest on bowiem powiązany z „niechorobowym” podejściem do narkomanii. Wybrzmiewa w nim takie podejście do narkomanii, jakby stał za nią jakiś wybór, unikanie problemów w życiu (...) i tych ludzi traktowało się jak przestępców, którzy chcą tylko fajnie żyć. To zupełna odwrotność późniejszego podejścia, w myśl którego narkomania jest raczej chorobą niż uzależnieniem. (...) Medyczne podejście owocuje ogromnym zróżnicowaniem placówek i form pomocy, takich jak programy redukcji szkód, programy reintegracji społecznej, placówki leczenia podwójnej diagnozy, gabinety psychiatryczne i różne inne formy niesienia pomocy.

Zachowania uzależniające

Zastępuje określenia: *nałogi behawioralne*,
nałogi niesubstancjalne

Ogólna kategoria odnosząca się do zachowań, ujęta w propozycji klasyfikacji ICD-11 (ang. *addictive behaviours*). Zachowania te mogą potencjalnie prowadzić do uzależnienia i pociągać za sobą powiązane z nimi negatywne konsekwencje zdrowotne i/lub społeczne, np. w przypadku hazardu bądź gier wideo. *Zachowania uzależniające* są kategorią opisową, nie diagnostyczną. Z kolei kategorię diagnostyczną stanowią zaburzenia wynikające z *zachowań uzależniających*.

Uzależnienia od czynności

ew. Uzależnienia behawioralne

Zastępuje określenie: *uzależnienia czynnościowe*

Kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, w którym określone zachowania (np. hazard, granie w gry komputerowe) – w przeciwieństwie do substancji psychoaktywnych – stają się dominującym elementem w życiu człowieka. Cechują się one postępującą utratą kontroli nad wykonywaniem tych czynności, występowaniem subiektywnego poczucia przymusu oraz kontynuowaniem zachowania pomimo jego wyraźnie szkodliwych następstw. Jest to długotrwały i destrukcyjny proces, w trakcie którego objawy związane z podejmowaniem określonych czynności stopniowo wpisują się w całościowe funkcjonowanie biopsychospołeczne jednostki. Charakterystyczna jest tu dezintegracja różnych

obszarów życia, której negatywne konsekwencje dotyczą nie tylko osobę uzależnioną, ale rozszerzają się także na jej środowisko rodzinne i społeczne. Należy podkreślić, że – choć w dyskursie publicznym często mówi się o różnych formach *uzależnień behawioralnych* (np. od zakupów czy mediów społecznościowych) – termin *uzależnienie* powinien być stosowany w odniesieniu do tych kategorii zachowań, które zostały formalnie uznane i opisane w międzynarodowych klasyfikacjach diagnostycznych.

Uzasadnienie wyboru

Uzależnienia behawioralne i zaburzenia behawioralne stają się widoczne zarówno w klasyfikacji DSM, jak i w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD. Klasyfikacje te odzwierciedlają postęp wiedzy w zakresie rozumienia, w jaki sposób niektóre zachowania mogą prowadzić do problemów zdrowia psychicznego – podobnie jak zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych. W ujęciu DSM-5 koncepcja uzależnienia poszerzyła swój zakres – prócz zaburzeń związanych z używaniem substancji objęła również uzależnienia behawioralne – jako *zaburzenia niezwiązane z substancjami*. Co istotne, zaburzenie hazardowe zostało sklasyfikowane w rozdziale „Zaburzenia związane z substancjami i uzależnienia”, co odzwierciedlało bezsprzeczne dowody naukowe, że hazard aktywuje układ nagrody w mózgu w podobny sposób jak substancje uzależniające (Piquet-Pessôa i wsp., 2014). Decyzja ta stanowiła znaczącą zmianę w sposobie konceptualizacji uzależnień behawioralnych – była wyrazem uznania, że zachowania takie jak hazard mogą prowadzić do kompulsywnego zangażowania i negatywnych konsekwencji indywidualnych (Grant i Chamberlain, 2016). Wokół innych zjawisk, które obecnie nie są formalnie uznawane za zaburzenia – jak choćby zachowania związane z seksem czy zakupami – wciąż toczą się dyskusje, w których podkreśla się występowanie charakterystycznych objawów uzależnienia, takich jak nadmierne zaabsorbowanie, zespół odstawienia i utrata kontroli (Grant i wsp., 2010; Petry i wsp., 2018).

W klasyfikacji ICD tradycyjnie przyjmowano bardziej konserwatywne podejście do zjawiska uzależnień behawioralnych. Jednak w najnowszym wydaniu, ICD-11, w rozdziale „Zaburzenia wynikające z używania substancji lub zachowań uzależniających” (blok L1-6C4 oraz blok L1-6C5)

obok zaburzeń związanych z hazardem wprowadzono nową kategorię diagnostyczną: *zaburzenia związane z grami* (6C51). W ramach tej kategorii wyodrębniono dwa specyfikatory: *zaburzenia związane z grami, głównie online* (6C51.0) oraz *zaburzenia związane z grami, głównie offline* (6C51.1). Rozróżnienie to pozwala na bardziej precyzyjną diagnozę, uwzględniającą specyfikę grania w środowisku sieciowym i poza nim.

Zachowania uzależniające stanowią relatywnie nowy obszar praktyki terapeutycznej w Polsce. Zagadnienie to, ze względu na różnorodność i wieloaspektowość zjawisk nazywanych na ogół „uzależnieniami behawioralnymi”, budzi szereg wątpliwości wśród profesjonalistów. Bierze się to z faktu, że wiele zjawisk w tym obszarze nie uzyskało do tej pory medycznego statusu uzależnienia.

Ze względu na dynamikę zjawisk w obszarze zachowań uzależniających i uzależnień behawioralnych, a także potrzebę aktualizacji narzędzi diagnostycznych, istotna jest zmiana terminologii. W opinii ekspertów niezbędne jest używanie terminologii zgodnej z aktualnym stanem wiedzy naukowej, a nie zwyczajem czy nawykiem językowym.

Psychoterapeuta (5): Prosta powtarzalność czynności i włącza się myślenie o uzależnieniu. Ale powtarzalność czynności nie jest nawet terminem diagnostycznym. Uważam, że powinniśmy dążyć do stworzenia pewnej matrycy i uporządkowania języka. Myślę też, że część naszej pracy będzie miała charakter wartości postulowanej. Uważam, że należy postulować – wracam do tych nieszczęsnych substancji psychoaktywnych – używanie terminologii zgodnej z nauką, a nie zwyczajem, bo jeśli będziemy się oglądali na zwyczaj, to zostawimy tych wszystkich „alkoholików”, bo ludzie tak mówią. Jak będziemy się oglądali na uzus językowy, to pozostaną z nami te uzależnienia od wszystkiego, od noszenia butów niedługo, bo ludzie tak mówią, i to ludzie, którzy uważają się za specjalistów.

(fragment wywiadu grupowego nr 1)

Zadaniem ekspertów pojęcie *uzależnienia* powinno pozostać zarezerwowane wyłącznie dla zjawisk, które zostały wyczerpująco opisane

diagnostycznie, m.in. uzależnienia od hazardu. Pojawia się jednak potrzeba adekwatnego i niestygmatyzującego określenia dla kategorii zjawisk z obszaru zachowań uzależniających. Jednocześnie określenie *zaburzenia behawioralne* jest uznawane za zbyt szerokie semantycznie, a przez to nieprecyzyjne, w związku z czym w jego obszar mogą być włączane zarówno *zaburzenia niezwiązane z substancją*, jak i przypadki zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, zaburzeń nawyków i popędów czy zaburzeń kontroli impulsów i zachowania. Dopóki kwestia diagnozy zachowań związanych z używaniem technologii czy wykonywaniem pracy pozostaje przedmiotem dyskusji i badań naukowych, przypadki tego typu powinny być uznawane za zachowania problemowe bądź za zachowania uzależniające, lecz nie za przypadki uzależnienia behawioralnego.

Psychoterapeutka (1): Tak naprawdę, jeżeli chodzi o uzależnienia od czynności i zachowania uzależniające, to w DSM-5 do kategorii uzależnień zostały przeniesione zaburzenia uprawiania hazardu, reszta nie. Podejmowane są próby, by kategorię rozszerzyć o pewne rzeczy: o internet, komputery, urządzenia elektroniczne, ale potrzeba w tym zakresie więcej badań (...). I tylko to, co jest uzależnieniem, możemy nazywać uzależnieniem. I jako takie zostało zaklasyfikowane jedynie „zaburzenie hazardowe” – tylko ono znalazło się w kategorii zaburzeń. Całej reszty: uzależnienia od książek, od drugiego człowieka, tych wszystkich seksoholizmów w ogóle tam nie ma. Zatem na razie znajdziemy je w Polsce pośród zaburzeń nawyków i popędów, o ile mają większe nasilenie. Rozpoznanie niezgodne z wiedzą są szkodliwe społecznie i stygmatyzujące. Nie możemy sobie poradzić z terapeutami, którzy się z nami spierają: dziś na naszej stronie przeczytałam, że jednak seksoholizm istnieje i ludzie odwołują się do literatury z 2012 roku. Tak, tak kiedyś myśleliśmy, taki był język. Teraz jednak mówiłabym o zaburzeniach, o „zaburzeniach o charakterze behawioralnym”, a inne rzeczy nazywałabym „problemowymi”... Jakoś tak – bardziej opisowo, żeby utrwaliło się w ludzkich głowach, że nie ma żadnego uzależnienia od seksu, pracy czy zakupów.

(fragment wywiadu grupowego nr 1)

Granie w gry hazardowe, które nie powoduje negatywnych konsekwencji zdrowotnych i/lub społecznych.

Hazard ryzykowny

Zastępuje określenie: *hazard problemowy**

Granie w gry hazardowe wiąże się z podwyższonym ryzykiem pojawienia się negatywnych konsekwencji zdrowotnych i/lub społecznych. Pojęcie to odnosi się do tego rodzaju grania, które nie pociąga za sobą widocznych negatywnych konsekwencji zdrowotnych lub społecznych, przy czym można oczekiwać, że konsekwencje te pojawią się, o ile częstotliwość podejmowania tego rodzaju aktywności będzie wzrastać.

*

Propozycja zastąpienia terminu *hazard problemowy* dwiema kategoriami: *hazard ryzykowny* i *hazard szkodliwy* stanowi próbę ujednolicenia nazewnictwa w obszarze zjawisk będących przedmiotem klasyfikacji diagnostycznych. Wybór tych określeń odpowiada więc logice podziału przyjętego w odniesieniu do substancji psychoaktywnych.

Hazard szkodliwy

Zastępuje określenie: *hazard problemowy*

Hazard szkodliwy oznacza taki wzór grania w gry hazardowe, który powoduje negatywne konsekwencje w różnych obszarach życia człowieka: konsekwencje zdrowotne, fizyczne bądź psychiczne, a także społeczne.

Uzależnienie od hazardu

Zastępuje określenie: *hazard patologiczny*

Kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, w którym uczestnictwo w grach hazardowych staje się dominującym elementem w życiu człowieka, wypierając inne ważne aktywności życiowe. Charakteryzuje się ono uporczywym i narastającym upośledzeniem kontroli nad zachowaniami związanymi z graniem hazardowym, któremu towarzyszy silne poczucie przymusu grania oraz kontynuowanie tego zachowania pomimo świadomości jego destrukcyjnych następstw. Jest to zaburzenie o charakterze progresywnym, rozwijające się w wyniku długotrwałego zaangażowania w hazard, którego objawy głęboko wpisują się w biopsychospołeczne funkcjonowanie jednostki. Negatywne konsekwencje tego zaburzenia manifestują się nie tylko w życiu osoby grającej, ale rozszerzają się także na jej środowisko rodzinne i społeczne i prowadzą zazwyczaj do poważnych strat finansowych, zawodowych i osobistych. Należy podkreślić, że w aktualnych klasyfikacjach diagnostycznych (DSM-5 i ICD-11) stosowane jest pojęcie *zaburzenie związane z hazardem (gambling disorder)* zamiast m.in. określenia *uzależnienie od hazardu*, co odzwierciedla zmianę w podejściu do konceptualizacji tego zjawiska.

Zastępuje określenie: *hazard patologiczny*

Pojęcie odnoszące się do klasyfikacji DSM-5, tym samym uwzględniające zarówno szkodliwe granie w gry hazardowe, jak i uzależnienie. Zaburzenia grania w gry hazardowe mogą mieć różny stopień nasilenia w zależności od liczby spełnianych kryteriów diagnostycznych. W przeciwieństwie do wcześniejszych edycji podręcznika DSM, DSM-5 wprowadziło pojęcie *zaburzenia związanego z hazardem* (ang. *gambling disorder*) w miejsce *hazardu patologicznego* (ang. *pathological gambling*). Było to spowodowane m.in. pejoratywnym i stygmatyzującym wydźwiękiem przymiotnika „patologiczny”. W polskim tłumaczeniu klasyfikacji DSM-5 nadal w odniesieniu do zaburzenia związanego z hazardem pojawia się określenie *hazard patologiczny* (F63.0).

Uzasadnienie wyboru

Hazard jest pierwszym z tzw. uzależnień behawioralnych przedstawionym w niniejszym opracowaniu. Jest to, w przeciwieństwie do pozostałych zjawisk w obszarze zaburzeń behawioralnych, dobrze opisana kategoria diagnostyczna, oparta na licznych dowodach naukowych. Diagnoza *hazardu patologicznego* (*pathological gambling*), zastąpiona w najnowszej, obowiązującej klasyfikacji DSM-5, przez *zaburzenie uprawiania hazardu* (*gambling disorder*), znalazła się w kategorii *zaburzeń związanych z substancjami i uzależnieniami* (*substance-related and addictive disorders*), w podkategorii „zaburzeń niezwiązanych z substancjami” (*non-substance related disorders*), co samo w sobie stanowi znaczącą zmianę w stosunku do poprzednich klasyfikacji DSM ujmujących zaburzenia hazardowe w kategorii *zaburzeń kontroli impulsów* (Piquet-Pessôa i wsp., 2014). Zmiana ta była podparta licznymi dowodami naukowymi wskazującymi na podobieństwa na poziomie neurobiologicznym i psychologicznym między zaburzeniem hazardowym a zaburzeniami związanymi z używaniem substancji – zwłaszcza w zakresie aktywacji układu nagrody w mózgu (Potenza, 2014). W DSM-5 określono specyficzne kryteria diagnostyczne dla zaburzenia

hazardowego: musi zostać spełniony warunek występowania co najmniej czterech z dziewięciu kryteriów w ciągu 12 miesięcy, aby zakwalifikować się do diagnozy. Kryteria te obejmują m.in. zaabsorbowanie hazardem, potrzebę gry o coraz wyższe stawki, nieudane próby kontroli nad hazardową aktywnością lub zaprzestania jej, granie hazardowe w sytuacjach stresowych, wyrównywanie rachunków – tzw. *odgrywanie się*, kontynuowanie hazardu pomimo występowania negatywnych konsekwencji, kłamanie w celu ukrycia zaangażowania w hazard, popadanie w zależność od osób oferujących pieniądze w celu poprawienia złej sytuacji finansowej spowodowanej graniem hazardowym. Za łagodny przypadek uznaje się występowanie 4–5 kryteriów diagnostycznych, za przypadek umiarkowany uznaje się występowanie 6–7 kryteriów, a za przypadek ciężki – występowanie 8–9 kryteriów diagnostycznych. Jednocześnie uwzględnienie stopnia nasilenia wskazanych objawów zaburzeń hazardowych umożliwia dobór właściwej strategii leczenia (Rennert i wsp., 2014).

Diagnoza *zaburzeń związanych z hazardem (gambling disorder)* (6C50) znalazła się również w międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-11, przy czym ICD dokonuje rozróżnienia na hazard online (6C50.1) i offline (6C50.0). Klasyfikacja ta odzwierciedla rosnące zrozumienie złożoności tego zaburzenia oraz jego podobieństw do zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. ICD-11 podkreśla poczucie przymusu jako nieodłączny element zaburzeń związanych z hazardem, a także ich skutki w postaci dotkliwych i przewlekłych problemów w różnych obszarach życia (Grant i wsp., 2014).

Problemy związane z hazardem powinny być ujęte zarówno w kategorii zaburzeń hazardowych, jak i uzależnień, przy czym należy – podobnie jak w przypadku substancji psychoaktywnych – określać je w systemie gradacyjnym, według stopnia nasilenia problemu: ryzykowne/szkodliwe/uzależnienie. Badania prowadzone w celu ustalenia właściwych kryteriów i progów diagnostycznych są nadal realizowane i wkrótce możemy spodziewać się zmiany w podejściu do leczenia.

Psychoterapeuta (5): „Uzależnienie od hazardu” – trzeba się spodziewać, że taki termin zostanie włączony do ICD-11. „Uzależnienie od hazardu” będzie terminem poprawnym, uzasadnionym w sensie diagnostycznym.

Psychoterapeutka (1): Tak, to jest poprawne. „Zaburzenia uprawiania hazardu” też są poprawne – już w DSM-5 zostały w ten sposób odnotowane. Uważam, że powinny funkcjonować te dwa określenia. Dokładnie się zgadzam z przedmówcą. (...) Zresztą, to byłoby o tyle dobre i wskazane, że nie wszyscy wiedzą, że w DSM-5 zaburzenia uprawiania hazardu zostały przeniesione do uzależnień. Dałoby to może ludziom trochę szerszą orientację i byłoby zgodne z tym, jak jest naprawdę.

Psychoterapeuta (9): Bliżej mi jakoś do określenia „uzależnienie od hazardu”, bo „zaburzenia uprawiania hazardu” niekoniecznie muszą wiązać się z uzależnieniem. Można uprawiać hazard w sposób zaburzony, ale niekoniecznie być od niego uzależnionym. Potrzeba tu gradacji, jak w przypadku substancji czy alkoholu.

Psychoterapeutka (1): Tutaj chyba chodzi trochę o coś innego: że w DSM-5 mamy (...) „zaburzenia uprawiania hazardu” o różnym nasileniu i to zostało wzięte z jednego worka uzależnień. Chyba tak musimy to rozumieć i to jest moim zdaniem merytorycznie poprawne. (...)

Naukowiec (4): OK, skoro mamy „ryzykowne używanie alkoholu”, „szkodliwe używanie alkoholu”, „uzależnienie od alkoholu”, to dlaczego nie możemy mieć „uzależnienia od hazardu”, „szkodliwego uprawiania” czy „szkodliwego korzystania z hazardu”, zamiast „ryzykownego korzystania z hazardu”? Dlaczego tego nie ujednolicić, skoro znalazło się w nowej kategorii w ICD-11. (...)

Psychoterapeutka (6): „Ryzykowne korzystanie z hazardu” – tak, „uprawianie” – już nie (...). „Ryzykowny hazard”, „szkodliwy hazard”, „uzależnienie od hazardu”.

Moderator: Czyli co stanowiłoby tutaj punkt odcięcia? Czy mamy określone kryteria ilościowe?

Naukowiec (4): *Cały czas czekamy na badania epidemiologiczne i populacyjne, by określić stopniowanie. Tak samo rzecz się ma z kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi w ICD-11 czy z grami lub hazardem. Istnieje w ICD-11 konsensus w sprawie kryteriów, mamy jednak świadomość, że w ciągu 2–3 lat musimy wypracować progi odcięcia – ile tych kryteriów ma być spełnionych, jedno, dwa, trzy? Tego jeszcze nie wiemy, trwają nad tym badania. Słownik możemy już jednak przygotować na nadchodzącą zmianę, która w pewnym momencie nastąpi.*

(fragment wywiadu grupowego nr 1)

ew. Problemowe używanie (nazwa technologii)

Zastępuje określenia: *natóg korzystania z / używania (...), nadmierne korzystanie z / używanie technologii (...) cyberchondria, e-uzależnienie, fonoholizm, siecioholizm, uzależnienie od (...), patologiczne korzystanie z / używanie (...), problematyczne korzystanie z / używanie (...)*

Ogólna kategoria odnosząca się do zachowań związanych z używaniem technologii. Zachowania te nie mają charakteru uzależnienia w sensie klinicznym, lecz mogą dominować nad innymi aktywnościami w życiu człowieka oraz wiązać się z upośledzeniem kontroli, poczuciem przymusu i kontynuowaniem zachowania pomimo jego szkodliwych następstw. Zazwyczaj powiązane są z wystąpieniem negatywnych konsekwencji zdrowotnych (somatycznych bądź emocjonalnych) oraz społecznych. Można uznać je w większości za przypadek *zachowań uzależniających*.

Uzasadnienie wyboru

Problemy związane z technologiami bądź „nowymi technologiami” są zjawiskiem względnie nowym w praktyce terapeutycznej i badaniach naukowych, a jednocześnie bardzo medialnym i budzą zainteresowanie opinii publicznej. Najczęściej spotykanym przykładem owego zjawiska jest – potocznie tak określane – „uzależnienie od internetu”. Nie jest to jednak kategoria diagnostyczna.

W podręczniku DSM i klasyfikacji ICD nie znajdziemy uzależnienia od internetu jako formalnej diagnozy. Fakt ten można przypisać kilku wzajemnie powiązanym czynnikom: niejednoznaczności definicyjnej, potrzebie dalszych badań empirycznych oraz złożoności uzależnień behawioralnych. Kluczowym wyzwaniem jest definicja samego uzależnienia od internetu, co do której nie ma konsensusu. Problemowe korzystanie

z internetu może przejawiać się odmiennie u różnych osób i w różnych kontekstach, co prowadzi do wątpliwości, czy uzależnienie dotyczy internetu jako medium, czy też konkretnych treści dostępnych za jego pośrednictwem. Osoby niepełnoletnie mogą używać internetu jako mechanizmu radzenia sobie z trudnościami emocjonalnymi, co sugerowałoby, iż kluczową rolę odgrywają tu problemy psychologiczne, a nie samo korzystanie z sieci (Morioka i wsp., 2017). Badania dowodzą, że osoby podejrzewane o zaburzenia związane z korzystaniem z internetu często wykazują wyższe wskaźniki współwystępujących takich stanów, jak lęk, depresja czy ADHD (Leménager i wsp., 2018; Christakis, 2010), co każe podejrzewać, że nie mamy do czynienia z samodzielnym i jednorodnym zaburzeniem, lecz raczej przejawem leżącej u jego podstaw psychopatologii. To dodatkowo komplikuje status diagnostyczny zjawiska, a próby zdefiniowania kryteriów diagnostycznych budzą obawy o rzetelność i trafność (Nasiri i wsp., 2016; Tao i wsp., 2010).

W klasyfikacji DSM-5 uznano wprowadzić *zaburzenie grania w internecie* za zjawisko wymagające dalszych badań, jednak powstrzymano się od kategoryzowania uzależnienia od internetu w szerszym rozumieniu. Decyzja ta odzwierciedla ostrożne podejście Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, podkreślającego potrzebę przeprowadzania bardziej rygorystycznych badań przed sformalizowaniem diagnozy (Bax, 2015) oraz lepszego zrozumienia mechanizmów neurobiologicznych i psychologicznych leżących u podstaw zachowań związanych z internetem, zbliżonych do zachowań uznawanych za uzależnienie behawioralne, takich jak zaburzenia hazardowe (Jo i wsp., 2019).

Z kolei w najnowszej rewizji klasyfikacji chorób ICD-11 problemy związane z nowymi technologiami zostały ujęte jedynie w odniesieniu do *zaburzeń związanych z grami* (*gaming disorder*) (6C51), w podziale na *zaburzenia związane z grami, głównie internetowymi, głównie online* (6C51.0) oraz *zaburzenia związane z grami, głównie offline* (6C51.1) (tłum. za: Gałęcki, 2022). Autorzy klasyfikacji ICD-11 wskazali jednocześnie, że wzór zachowań związanych z graniem może mieć charakter ciągły lub epizodyczny i nawracający (w okresie 12 miesięcy) i charakteryzować się nadawaniem priorytetu grom kosztem innych aktywności. Wśród kryteriów diagnostycznych pojawiły się m.in. upośledzenie kontroli nad zachowaniem, nadawanie coraz wyższego priorytetu

zachowaniom związanym z graniem czy kontynuacja grania pomimo negatywnych konsekwencji.

Niezależnie od wątpliwości, które pojawiają się na poziomie prób jednoznacznego zdefiniowania zaburzenia, w dyskursie terapeutycznym funkcjonuje wiele określeń dotyczących rozmaitych zjawisk, których wspólnym mianownikiem są tzw. nowe technologie. Ponieważ jest to zagadnienie względnie nowe, pojawiają się liczne określenia używane do jego opisu. W języku angielskim można znaleźć określenia *internet-related disorders*, *social media addiction*, *smartphone addiction*, z kolei w Polsce pojawiają się pojęcia takie jak *siecioholizm*, *uzależnienie cyfrowe*, *nadużywanie nowych technologii*, *uzależnienie od nowych technologii*, z którymi coraz częściej można się spotkać w dyskursie medialnym. Ze względu na intensywne tempo prac badawczych w tym obszarze w kolejnych latach możemy spodziewać się dalszej ewolucji konceptualizacji zjawiska problemowego używania technologii.

Odnoszenie się do zjawiska nowych technologii w perspektywie uzależnienia budzi liczne zastrzeżenia ekspertów. Wątpliwości pojawiają się już na etapie samego określenia *nowe technologie*, których ciągły rozwój sprawia, że niektóre z nich szybko się starzeją, więc nie mogą być uznawane za nowe. Ponadto bardzo istotną kwestią jest określenie istoty problemu – czy jest nim urządzenie podłączone do internetu, czy sam internet oferujący szerokie możliwości rozmaitych form aktywności, czy też konkretne serwisy, aplikacje, gry bądź treści online.

Psychoterapeutka (4): Rozumiem, że słowo „nowe” stanowiło jakiś wybór. Jednak określenie „nowe technologie” musiało by w jakiś sposób uwzględniać, co dla kogo jest nowe, od kiedy nowe, a kiedy już stare, co jest najnowsze, a co wchodzi na rynek. Może lepiej byłoby mówić o „różnorodnych technologiach” albo po prostu „technologiach”. Należałoby się chyba przede wszystkim zastanowić, co słowo „nowe” określa... Na przykład: Czy obecnie używany taki albo inny sposób komunikowania się, korzystania ze smartfonów itp. to jest nowa technologia, czy już stara? Czy bierzemy ją pod uwagę? Czy też uznajemy ją za starą technologię, od której można się uzależnić? Możliwe, że słowo

„nowe” stało się nieaktualne. Trzeba się zatem zastanowić, czy jest odpowiednie w tym kontekście.

Nadmierne skupianie uwagi na problemach związanych z technologiami może prowadzić do ich demonizowania, a tym samym stygmatyzacji zachowań z nimi związanych i etykietowania młodych ludzi, z którymi potocznie są kojarzone tego typu problemy. Dlatego w odniesieniu do technologii, a tym bardziej osób niepełnoletnich używających technologii, nie powinno się używać pojęcia uzależnienia.

Jeśli zatem rezygnujemy z kategorii uzależnienia, powstaje potrzeba ujednolicenia pojęć w formie jednej kategorii parasolowej, która odnosić się będzie do zachowań związanych z technologiami. Wyraźnie uwidaczniają się tu różnice w podejściu do omawianego zjawiska. Wobec braku jasnych kryteriów diagnostycznych niektórzy eksperci skłaniali się ku stosowaniu określenia *problemowe używanie technologii* – w ten sposób podkreśla się bowiem występowanie „problemu” związanego z używaniem technologii i jednocześnie unika nawiązywania do kategorii diagnozy medycznej. Inni z kolei widzieliby w tej roli bardziej adekwatne w ich opinii określenie *zaburzenia używania technologii*. Pomimo różnic eksperci wskazywali na możliwość wprowadzenia w przyszłości gradacji terminów dotyczących używania technologii, podobnie jak ma to miejsce w przypadku używania substancji psychoaktywnych.

Psychoterapeuta (5): *Z całą pewnością zgodziłbym się z określeniem „problemowe używanie technologii” i w myśl tego, o czym już mówiłem – wolałbym „problemowe używanie” czy „stosowanie” od „zaburzeń”. Dla mnie „zaburzenia” mają charakter medyczny: zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. Są to jednostki chorobowe, dające się zdiagnozować. Sądzę natomiast, że jeśli wrzucimy w obszar „chorobowy” zaburzenia, o których tu mówimy, zabrnijemy w sferę niekorzystnych konotacji – zmieszania tego, co nie jest chorobą, a raczej problemem, z czymś, co ewidentnie jest chorobą. Moim zdaniem jest niezwykle ważne, żebyśmy to oddzielali. Ważne nie tylko ze względów diagnostycznych i terapeutycznych. Przestańmy w końcu etykietować tych młodych ludzi! Wmawiać im, że są uzależnieni od czegoś, czym*

się w sposób naturalny posługują, nawet jeśli są osobami z jakimiś problemami, nierzadkimi w czasach covidowych.

Ekspertka (8): *Ja również się zgadzam z „problemowym” używaniem nowych technologii”. Zastanawiam się jednak, jak zostaną zróżnicowane „problemowe” i „ryzykowne” używanie. Co te terminy będą ze sobą niosły i na co będą zwracały uwagę? Czy np. problemowe używanie zachodzi wówczas, kiedy pojawiają się problemy w naszym życiu – problemy, jeśli chodzi o relacje, z wykonywaniem obowiązków itp.? Ryzykowne używanie rozumiem natomiast tak, że zwiększa ono ryzyko – tylko czego? Np. korzystamy z tych nowych technologii, przechodząc przez pasy, i to stwarza jakieś ryzyko... Zastanawiam się po prostu, co te dwa terminy, „problemowe” i „ryzykowne”, ze sobą niosą, na co zwracają uwagę.*

(fragment wywiadu grupowego nr 1)

Eksperci podkreślali potrzebę posługiwania się zarówno ogólnym terminem odnoszącym się do tej klasy zjawisk, jak i bardziej szczegółowymi terminami na określenie konkretnych przejawów zjawiska – nie wystarczy więc doszukiwać się problemu w używaniu smartfona czy internetu, lecz należy zwrócić uwagę na to, w jakim celu jest używany. Ludzie są związani z technologiami i wykorzystują je w życiu codziennym, dlatego konieczne jest wskazanie konkretnych problemów, które uznawane są za skutek używania technologii; to nie sama technologia jest problemem, a raczej to, do czego i w jaki sposób jest wykorzystywana.

Naukowiec (4): *Problem, którego dotykamy, to problem nowy. Czy uznajemy w ogóle możliwość uzależnienia się od jakiegoś medium, np. smartfona, komputera czy internetu? Ja używam takich terminów parasolowych na wszystko, co kryje się pod danym medium, bez wnikania w szczegóły. A może powinniśmy mówić o specyficznych uzależnieniach od konkretnych form zachowań, które można realizować za pomocą określonego medium?*

WHO i, wcześniej, American Psychiatric Association poszły jednak w tę stronę, by mówić o konkretnych zaburzeniach, dlatego posługujemy się terminami „gambling disorder” czy „zaburzenia grania w gry komputerowe”, a nie: „zaburzenie korzystania z internetu”. I ja również przychylam się do tego rodzaju ujęć, bo terminy nazbyt ogólne nie pomagają nam niczego zrozumieć. Jeśli ktoś korzysta z telefonu komórkowego dziesięć godzin dziennie, to przecież istotne jest, co tam robi – czy siedzi w mediach społecznościowych, czy ogląda porno, czy uprawia hazard, czy korzysta z jakichś zakładów, gier czy chwilowych opcji. Skłaniałbym się zatem ku mówieniu o specyficznych problemach.

W dalszej części przewodnika przedstawione zostały zagadnienia, które w przekazie medialnym i kulturze popularnej są często interpretowane jako zachowania o potencjale uzależniającym. Do tej grupy zazwyczaj zaliczane bywają wszelkie „holizmy”: seksoholizm, pracoholizm, zakupoholizm, a od niedawna również – uzależnienie od jedzenia.

Zastrzeżenia i wątpliwości co do statusu tych zachowań – roli innych zaburzeń psychicznych w ich powstawaniu i podtrzymywaniu, spełniania kryteriów diagnozy zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych bądź zaburzeń kontroli impulsów – składają się na argumenty przeciwko ujmowaniu ich w kategorii uzależnień.

Kompulsywne zachowania seksualne

ew. Kompulsywne zaburzenia zachowań seksualnych

Zastępuje określenia: *nałogowe zachowania seksualne*,
sekschizm

Jest to ogólna kategoria odnosząca się do zaburzeń zachowań seksualnych. Zachowania te mają charakter kompulsywny i powinny być zaliczane do kategorii zaburzeń kontroli impulsów (ICD-11; blok L1-6C7). Mimo że nie mają charakteru uzależnienia w sensie klinicznym, mogą wiązać się z upośledzeniem kontroli i kontynuowaniem zachowania pomimo jego szkodliwych następstw w różnych obszarach życia: zarówno zdrowotnych, jak i społecznych.

Uzasadnienie wyboru

Brak formalnej diagnozy uzależnienia od seksu w DSM-5 i ICD-11 można przypisać kilku czynnikom, w tym niespójnościom definicyjnym, potrzebie empirycznej walidacji oraz trudnościom w odróżnieniu kompulsywnych zachowań seksualnych od innych zaburzeń psychicznych.

Jedną z głównych przyczyn nieuwzględnienia uzależnienia od seksu jako diagnozy jest brak powszechnie akceptowanej definicji tego problemu. Chociaż zaproponowano już terminy takie jak *zaburzenie hiperseksualne* i *kompulsywne zaburzenie zachowań seksualnych*, wciąż trwają znaczące debaty dotyczące kryteriów i cech definiujących te zaburzenia (Kafka, 2009; Gola i wsp., 2022). Propozycje włączenia „zaburzeń hiperseksualnych” do klasyfikacji DSM spotkały się ze sceptycyzmem ze względu na niejednoznaczność definicyjną oraz brak wystarczających danych empirycznych potwierdzających odrębność tej kategorii jako jednostki

klinicznej (Kafka, 2009). Decyzja ta podkreśla potrzebę prowadzenia bardziej rygorystycznych badań w celu ustalenia neurobiologicznych i psychologicznych podstaw kompulsywnych zachowań seksualnych (Granero i wsp., 2016). Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-11 wprowadziła zaburzenie kompulsywnych zachowań seksualnych (6C72) do kategorii zaburzeń kontroli impulsów (blok L1-6C7), co z jednej strony podkreśla zmianę w postrzeganiu tego zjawiska, a z drugiej stanowi efekt trwających w środowisku naukowym debat dotyczących klasyfikacji tego typu zachowań (Lewczuk i wsp., 2022).

Ponadto jednoznaczną klasyfikację tego zjawiska komplikuje związek między kompulsywnym zachowaniem seksualnym a współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi. Badania wykazały, że osoby przejawiające kompulsywne zachowania seksualne charakteryzują się wysokimi wskaźnikami współwystępowania innych zaburzeń, takich jak zaburzenia nastroju, zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych oraz zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) (Fiandor-Montesino, 2023). Owo nakładanie się diagnoz może sugerować, że kompulsywne zachowania seksualne nie są odrębnym zaburzeniem, lecz przejawem leżącej u jego podstaw psychopatologii, podobnie jak w wypadku innych uzależnień behawioralnych (Farré i wsp., 2015). Trzeba jednak mieć na uwadze, że kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych podkreślają kluczową rolę zaburzeń codziennego funkcjonowania. Tymczasem wiele osób przejawiających wysoki popęd seksualny funkcjonuje prawidłowo w różnych sferach życia, nie doświadczając istotnych deficytów. Stanowi to jeden z głównych argumentów przeciwko klasyfikowaniu tego zjawiska w kategorii zaburzeń związanych z zachowaniami uzależniającymi.

Ekspertci odrzucają określenie *zaburzenia zachowań seksualnych* jako zbyt szerokie, mijające się z istotą kompulsywnych zachowań seksualnych. Podobnie odrzucona została propozycja *seksoholizmu* jako stygmatyzująca i nieadekwatna, a także *uzależnienia od seksu*, ze względu na szeroką i złożoną etiologię zjawiska. Ekspertci podkreślali, że tego typu zachowania nie spełniają kryteriów uzależnienia; zdecydowanie bliżej im do kategorii zaburzeń kontroli impulsów, dlatego za najbardziej adekwatne określenie tej kategorii zostały uznane *kompulsywne zaburzenia zachowań seksualnych*.

Naukowiec (4): Myślę, że mamy w tej kwestii międzynarodowy konsensus. Postanowiliśmy nazwać tego rodzaju problemy „kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi” i tak też ujmuję się rzecz w ICD-11. Nie wiem, jak to zostanie przetłumaczone na polski, po angielsku istnieje chyba w formie klinicznej „compulsive sexual behaviour disorder”. Ja sam tłumaczyłem to ostatnio jako „zaburzenie o charakterze kompulsywnych zachowań seksualnych”. Trochę długie, nie za wygodne. Używam więc terminu „kompulsywne zachowania seksualne”. „Zaburzenia hiperseksualne” to stary termin, rozważany na etapie prac nad DSM-5, nie zagościł tam jednak ze względu na brak badań w tamtym czasie, w 2013 roku. Kryteria, które zaproponowano dla „zaburzenia hiperseksualnego”, różnią się od kryteriów „kompulsywnego zachowania seksualnego”, zatem nie są to synonimy, to nie jest to samo. Dodatkowo, poza różnicami wynikającymi stricte z kryteriów, istnieją też różnice teoretyczne, wynikające z rozumienia terminów. Jeżeli chodzi o „kompulsywne zachowania seksualne”, to jest to termin, który coraz bardziej się przyjmuje, powszechnie funkcjonuje w literaturze i został wykorzystany w ICD-11. Co jest w nim ciekawe, to to, że znajduje się w kategorii zaburzeń kontroli impulsów, co pozwoliło odzwierciedlić powszechne przekonanie, że nie wiadomo, jak dokładnie rzecz zaklasyfikować, bo z jednej strony mamy tu element kompulsji, z drugiej – problemowe zachowanie, a co więcej, same kryteria bardzo przypominają kryteria z kategorii uzależnień, więc tak naprawdę mamy tu trzy rzeczy połączone razem. Nie wiem, jak potoczą się sprawy w przyszłości, czy nazwa zostanie zmieniona, czy zaburzenie zostanie przesunięte do innej kategorii w kolejnych wersjach klasyfikacji, na przykład do kategorii uzależnień, na razie jednak jest to całkiem niezłe.

Propozycja określenia zaburzenie hiperseksualne, które pojawiło się w dyskursie eksperckim do opisu omawianej kategorii zachowań, została z kolei odrzucona ze względu na argument, że termin hiperseksualność, mimo że często stosowany w medycynie, podkreśla ekscesywność, a ponadto stygmatyzuje. Eksperci podkreślali również, że przedrostek hiper,

oznaczający nadmiar, przesycenie, nie pojawiał się w odniesieniu do pozostałych przypadków zachowań uzależniających. „Kompulsywne zachowania seksualne” oraz „kompulsywne zaburzenia zachowań seksualnych” mają w opinii ekspertów bardziej neutralny wydźwięk.

Ekspertka (1): „Kompulsywne zachowania seksualne” są bardziej neutralne – wyobrażam sobie osobę, która cierpi na tego typu problemy, która ich doświadcza. Z kolei gdy słyszę, że ktoś cierpi na „zaburzenia hiperseksualne”, to nie do końca wiem, czym to jest i co za tym stoi. „Hiperseksualne” brzmi dla mnie nieadekwatnie, jakoś złowroźnie, mówi o tym, że coś jest hiper, czyli o wiele, wiele za bardzo.

(fragment wywiadu grupowego nr 2)

Naukowczyni (10): Jeśli spojrzymy na poprzednie terminy, to widać, że chodziło w nich o to, żeby zrezygnować z ekscesywności, nadmiaru itp. W propozycji „zaburzenia hiperseksualne” natomiast ładujemy do głównego słowa ów nadmiar i to mnie bardzo razi. Być może definicja ta może pozostać jako przydatna dla seksuologów, terapeutów, ale nie powinna się znaleźć w przewodniku, który przecież jest po to, by destygmatyzować.

Naukowczyni (8): Tak, i ja się z tym zgadzam, dlatego że jednak seksualność jest naturalnym zachowaniem człowieka i u każdego jest ona inna. Jedni mają ją bardziej rozbudzoną, inni mniej. Mówienie o „hiperseksualności” jest w jakiś sposób stygmatyzowaniem osób o bardziej rozbudzonej seksualności, chociaż (...) wielu specjalistów używa tego pojęcia w swoich opracowaniach. (...)

Naukowczyni (10): Chyba tak, chociaż ja mam wrażenie, że przymiotnik „kompulsywny” też jest nieciekawy. Tak sobie o tym myślę, kiedy używam określenia „kompulsywne zachowania”, choć zdają się lepsze niż „zachowania hiperseksualne”.

*Ten przedrostek „hiper” sugeruje jakąś maksymalizację, dla-
tego całkowicie ten termin odrzucam. Lepsze są „zachowania
kompulsywne”.*

(fragment wywiadu grupowego nr 3)

Zastępuje określenia: *pracoholizm*, *natóg pracy*,
nadmierne zaangażowanie w pracę

Ogólna kategoria odnosząca się do zachowań związanych z wykonywaniem pracy, nieujęta w międzynarodowych klasyfikacjach chorób ICD i DSM. Mimo że zachowania te nie mają charakteru uzależnienia w sensie klinicznym, mogą wiązać się z upośledzeniem kontroli i kontynuowaniem zachowania, choć niesie ono ze sobą szkodliwe następstwa w różnych obszarach życia człowieka: zarówno zdrowotnych, jak i społecznych.

Uzasadnienie wyboru

Podobnie jak w przypadku poprzedniej kategorii, brak *pracoholizmu* jako formalnej diagnozy w klasyfikacjach DSM i ICD można przypisać następującym czynnikom: wyzwaniom definicyjnym, potrzebie empirycznej walidacji oraz trudnej kwestii odróżnienia *uzależnienia od pracy* od innych zaburzeń psychicznych.

Jedną z głównych przyczyn nieuwzględnienia *pracoholizmu* jako diagnozy medycznej jest brak powszechnie akceptowanej definicji tego stanu. *Pracoholizm* jest często opisywany jako kompulsywna potrzeba nadmiernej pracy, lecz charakterystyka zjawiska może znacząco różnić się między badaniami i kontekstami społecznymi. Przykładowo, niektórzy badacze definiują *pracoholizm* ściśle jako uzależnienie od pracy, podczas gdy inni kładą nacisk na aspekty psychologiczne problemu, takie jak cechy obsesyjno-kompulsywne lub niskie zaangażowanie w pracę osoby doświadczającej problemów w tej sferze (Loscalzo i Giannini, 2017;

Kim, 2019). Taka niejednoznaczność definicyjna utrudnia ustalenie jasnych kryteriów diagnostycznych, które są niezbędne do uwzględnienia danego zaburzenia w klasyfikacji.

Literatura naukowa w tym obszarze podkreśla potencjalnie negatywny wpływ problemowego zaangażowania w pracę na jednostkę i jej otoczenie, co skutkuje zwiększonym poziomem stresu i licznymi napięciami między życiem zawodowym a życiem prywatnym (Bonebright i wsp., 2000). Jednak na związek ten często mają wpływ inne czynniki, takie jak poziom zaangażowania w pracę, motywacja oraz umiejętność oddzielenia się od obowiązków zawodowych. Co z kolei sugeruje, iż problemowe zaangażowanie w pracę może nie stanowić odrębnego zaburzenia, lecz być przejawem szerszych problemów psychologicznych, podobnie jak w wypadku innych uzależnień behawioralnych. Również i w obszarze omawianych tu problemów potrzebne są dalsze badania empiryczne, które pozwolą ustalić neurobiologiczne i psychologiczne mechanizmy leżące u podstaw zjawiska, a także określić jego odrębność od innych form „nadmiernej” pracy, np. wynikającej z presji zewnętrznej, ucieczki w pracę przed trudnościami w innych sferach życia czy z perfekcjonizmu zawodowego (Loscalzo i Giannini, 2017; Griffiths i Karanika-Murray, 2012).

Popularne określenie *pracoholizm*, które pojawia się zazwyczaj, gdy jest mowa o tego typu problemach, uznać należy nie tylko za nieuzasadnione w świetle badań naukowych, ale również głęboko stygmatyzujące. Stygmatyzacja związana z określaniem *pracoholizmu* jako zaburzenia psychicznego może zniechęcać osoby do poszukiwania pomocy i tym samym komplikować obraz kliniczny (Spagnoli i wsp., 2018). Postrzeganie bezwzględного zaangażowania w pracę jako cnoty w wielu kulturach i społecznym świecie instytucji dodatkowo utrudnia jego uznanie za zaburzenie psychiczne, ponieważ zjawisko to jest zazwyczaj utożsamiane z dyscypliną, zaangażowaniem i sukcesem, a nie kategorią kliniczną.

W przypadku zjawisk związanych z pracą eksperci są dalecy od jednomyślności. Zjawisko popularnie nazywane *pracoholizmem* cechuje przede wszystkim brak ustalonych kryteriów diagnostycznych, a sam termin *pracoholizm* wywodzi się ze słownika publicystyki. Problemy związane z pracą nie powinny być zatem ujmowane w kategorii uzależnienia, gdyż prawdopodobnie są przejawami innych zaburzeń psychicznych – i konieczna jest w takich wypadkach przede wszystkim uważna diagnoza.

Naukowiec (4): Nie ma dobrego zaplecza naukowego, które wskazywałoby na podobieństwo tych mechanizmów. Mamy w ogóle trudność w zdefiniowaniu, co jest rdzeniem uzależnienia. Taki najbardziej powszechny konsensus dotyczy mechanizmów apetytywnych, przynajmniej w pierwszych fazach rozwoju uzależnienia – które działają w ten sposób, że to coś, co uzależni, wiąże się z otrzymywaniem nieproporcjonalnie wysokiej nagrody w określonych ośrodkach mózgu (...). Ten aspekt apetytywny jest konieczny w rozwoju uzależnienia, przynajmniej na początku. Moc uzależniająca niektórych zachowań czy substancji, wynika z tego, że stosunek nakładu pracy do nagrody jest bardzo zaburzony i potem, na późniejszych etapach, podejmowane działania zaczynają mieć charakter kompulsywny, by poradzić z nieprzyjemnościami. To jest coś, co odróżnia uzależnienia behawioralne i uzależnienia od substancji od różnych innych kompulsji (przynajmniej na razie tak to rozumiemy). Nie występuje efekt odstawienny, tylko człowiek znajduje się w sytuacji, w której musi sobie radzić z jakąś nieprzyjemnością.

(fragment wywiadu grupowego nr 4)

Psychoterapeutka (1): Czym to w ogóle jest, jak to zmierzyć? Wszystkie klasyfikacje mówią nam, żeby diagnozy przykładać do środowiska, do kultury. Inaczej te sprawy wyglądają u nas, inaczej u Rosjan, inaczej u Japończyków. Mówienie o jakimś szkodliwym zaangażowaniu w pracę wydaje mi się chybione, raczej jakoś „problemowo” bym to zjawisko nazywała. Nie wiem też, co miałyby oznaczać „nadmierne”.

Psychoterapeuta (9): Odnoszące się do czasu pracy, do jakości?

Psychoterapeutka (1): Raczej „problemowe zaangażowanie” – gdy np. ktoś tak dużo pracuje, że widzi się z dziećmi przez pół godziny dziennie i ponosi z tego powodu jakieś straty. Uważam, że powinno pozostać „problemowe zaangażowanie w pracę”; żeby

tylko znowu nie było tak, jak z tym „sekschizmem” – że „nasi” z uzależnień będą uważali, że to jest coś do leczenia.

(fragment wywiadu grupowego nr 1)

Ze wszystkich określeń za najbardziej adekwatne, choć jednocześnie obciążone pewnymi wadami, uznano *problemowe zaangażowanie w pracę*. Określenie to powinno zastępować również niekiedy stosowane *nadmierne zaangażowanie w pracę*, które eksperci postrzegają jako niejednoznaczne i nieprecyzyjne, odnosi się bowiem do bliżej nieokreślonej *normy*, którą rzekomo przekraczają osoby szkodliwie zaangażowane w pracę. Owa szkodliwość jest zazwyczaj określana jako rozmaite problemy natury psychicznej oraz szerzej – jako szkody dla najbliższego otoczenia społecznego, w tym przede wszystkim rodziny.

Psychoterapeutka (4): W słowie „nadmierne” zawiera się jakaś miara i jakieś tej miary przekraczanie. Co natomiast jest normą i trzymaniem się granic, a co tej normy przekraczaniem, trudniej już wskazać. I to stawia nas przed dylematami: jak tę normę określić, w odniesieniu do jakiego rodzaju pracy i w jaki sposób ją mierzyć.

Naukowiec (4): (...) To jest trochę jak z seksem, trudno zdefiniować normę ilościową.

Psychoterapeutka (6): Może obsesyjność zaangażowania w pracę mogłaby być kryterium? Nie samo wykonywanie czynności, ale *permanentne myślowe zaangażowanie*.

Psychoterapeutka (4): Tylko że wciąż potrzebowalibyśmy określić jakąś miarę.

(fragment wywiadu grupowego nr 4)

Psychoterapeuta (5): Znów się zgadzam, jednak w tym kontekście zrezygnowałbym z „zaburzeń wykonywania pracy”. Proponowałbym mówić o „problemach związanych z pracą” albo „problemowym zaangażowaniu w pracę”.

Psychoterapeutka (1): Tak, termin „zaburzenia” sugeruje, że sprawa jest poważna, że w związku z tym należy leczyć, a my leczyć tego nie powinniśmy.

Psychoterapeuta (9): Moje skojarzenia biegną raczej ku jakiejś manifestacji zaburzeń lękowych, a nie ku uzależnieniu.

Ekspertka (8): W pełni się zgadzam, też postawiłam sobie znak zapytania przy słowie „szkodliwe”. Lepiej chyba: „problemowe zaangażowanie w pracę”. A jeśli chodzi o „nadmierne”, zrezygnowałabym z niego, bo sugeruje, że pracujemy zbyt dużą liczbę godzin – ponad jakąś normę, którą mamy do wypracowania. Zostałabym natomiast przy „problemowym zaangażowaniu w pracę”.

(fragment wywiadu grupowego nr 1)

Problemowe kupowanie

ew. Kompulsywne kupowanie

Zastępuje określenia: *oniomania, zakupomania, uzależnienie od zakupów, szopoholizm*

Ogólna kategoria odnosząca się do zachowań związanych z wykonywaniem zakupów, nieujęta w międzynarodowych klasyfikacjach chorób ICD i DSM. Mimo że zachowania te nie mają charakteru uzależnienia w sensie klinicznym, mogą wiązać się z upośledzeniem kontroli i kontynuowaniem zachowania, choć pociągają za sobą szkodliwe następstwa w różnych obszarach życia człowieka: zarówno zdrowotnych, jak i społecznych.

Uzasadnienie wyboru

Brak zaburzenia kompulsywnego kupowania, określanego zazwyczaj mianem *zakupoholizmu*, jako formalnej diagnozy zarówno w klasyfikacjach DSM, jaki i ICD można przypisać analogicznym czynnikom, z jakimi mamy do czynienia w przypadku kompulsywnych zachowań seksualnych czy problemowego zaangażowania w pracę: niejednoznaczności definicyjnej, niedostatecznym dowodom empirycznym oraz złożoności klasyfikacji uzależnień behawioralnych.

Kluczową przeszkodę stanowi brak powszechnie akceptowanej definicji. Istnieją znaczne różnice w konceptualizacji i pomiarze zachowań kompulsywnego kupowania – niektórzy badacze określają je jako zaburzenie kontroli impulsów, inni zaś dostrzegają podobieństwa do uzależnień behawioralnych. Taka niejednoznaczność utrudnia ustalenie precyzyjnych kryteriów diagnostycznych (Grant i wsp., 2005). Istotną wadę stanowi ponadto ograniczona liczba dowodów empirycznych

potwierdzających ważność i rzetelność potencjalnej diagnozy *kompulsywnego kupowania* jako odrębnej jednostki chorobowej, a proponowane kryteria nie mają solidnego umocowania w badaniach klinicznych (Black i wsp., 2010; Piquet-Pessôa i wsp., 2014).

Podobnie jak w przypadku problemowego zaangażowania w pracę, i tutaj istotną rolę odgrywa kulturowe postrzeganie dokonywania zakupów. W wielu społeczeństwach zakupy są postrzegane jako pewna norma, a nadmierne kupowanie może być lekceważone jako brak samokontroli, nie zaś problem zdrowia psychicznego.

Zjawisko popularnie nazywane *zakupoholizmem*, podobnie jak opisane wyżej problemy związane z wykonywaniem pracy, nie jest uznawane za przejaw uzależnienia, lecz za pewien rodzaj zaburzenia o charakterze kompulsywnym i obsesyjnym, wpisujący się w kategorię zaburzeń kontroli impulsów i nawyków. Podobnie jak w przypadku pracy, nie ma odpowiednich, precyzyjnych określeń tego zjawiska, dlatego wśród propozycji ekspertów znalazły się określenia nawiązujące do ogólnej kategorii problemów, takie jak *problemowe kupowanie* czy *problemy związane z kupowaniem*.

Psychoterapeutka (1): *To jest kategoria zaburzeń nawyków i popędów. To też jest nie dla nas...*

Psychoterapeuta (5): *Ja jestem za „problemowym kupowaniem”, mimo że to się wydaje trochę sztuczne. Można też mówić o „problemach związanych z kupowaniem”, ale nie zapominajmy, że język dąży do uproszczeń, że nie zawsze będziemy mogli się posługiwać długimi formułkami, bo po prostu przestaniemy się komunikować. „Problemowe kupowanie”, „problemy związane z kupowaniem” – tak, ale na pewno nie „zaburzenia” i na pewno nie „uzależnienie”, to już by było szaleństwem.*

(fragment wywiadu grupowego nr 1)

Psychoterapeutka (6): *Jeżeli ktoś to robi kompulsywnie czy obsesyjnie, czy kompulsywno-obsesyjnie, to jest to inna grupa uzależnień.*

Psychoterapeutka (4): *Zaburzeń tak, ale nie uzależnień.*

(fragment wywiadu grupowego nr 4)

Również i w tym przypadku eksperci nie byli zgodni. Część z nich podkreślała, że należy unikać odwoływania się do kategorii kompulsywności, ze względu na negatywne konotacje tego terminu.

Naukowczyni (10): *„Behawioralne zaburzenia kupowania” – nawet jak to powiedziałam na głos, brzmi dziwnie...*

Naukowczyni (7): *Generalnie, jeśli chodzi o kupowanie, mamy dwie ścieżki: jedna to zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, które ewidentnie wiążą się z lękiem, a druga to może uzależnieniowy charakter problemu...*

Moderator: *Czyli jaka propozycja wchodziłaby w grę?*

Naukowczyni (7): *„Zaburzenie kupowania”. „Zaburzenie robienia zakupów”.*

Naukowczyni (10): *„Zaburzenie kupowania” nasuwa myśl o awarii terminalu (...). Razi mnie też określenie „kompulsywne”. Byłabym za „behawioralnymi zaburzeniami kupowania” nawet jeżeli ktoś mówi, że to nie jest dobre. Według mnie to najlepiej oddaje sens, jest bardziej opisowe. Wiem, że ta „kompulsywność” jest uznawanym terminem, jednak niesie ze sobą niekorzystne społecznie konotacje.*

(fragment wywiadu grupowego nr 3)

ew. Zaburzenia związane z odżywianiem

Zastępuje określenia: *jedzenioholizm, uzależnienie od jedzenia*

Ogólna kategoria odnosząca się do zachowań związanych z odżywianiem się, ujęta w międzynarodowych klasyfikacjach chorób ICD i DSM. I choć zachowania te nie mają charakteru uzależnienia w sensie klinicznym, mogą wiązać się z upośledzeniem kontroli i kontynuowaniem zachowania pomimo jego szkodliwych następstw w różnych obszarach życia człowieka: zarówno zdrowotnych, jak i społecznych.

Uzasadnienie wyboru

Zaburzenia odżywiania, takie jak anoreksja, bulimia i zaburzenie z napadami objadania się, są klasyfikowane jako odrębne jednostki chorobowe w DSM i ICD, jednak nie są kategoryzowane jako zachowania lub zaburzenia z obszaru uzależnień. Wynika to z odmiennej natury tych zachowań, leżących u ich podstaw mechanizmów psychologicznych oraz kryteriów diagnostycznych. Kluczowa różnica tkwi w charakterze samych zachowań. Zaburzenia, o których mowa, cechują się nieprawidłowymi wzorami odżywiania i nadmiernym zaabsorbowaniem wagą oraz wyglądem ciała, często wynikającymi z czynników psychologicznych, takich jak lęk czy niska samoocena. Tymczasem zachowania o charakterze uzależnienia, np. nadużywanie substancji, wiążą się z utratą kontroli, napadami głodu oraz objawami odstawienia. Na płaszczyźnie psychologicznej również można dostrzec istotne różnice. Zaburzenia odżywiania mają związek z kwestią tożsamości, presją społeczną, wzorami kultury, wizerunkiem

ciała i regulacją emocji, podczas gdy zachowania uzależniające są napędzane przez neurobiologiczne zmiany w ścieżkach nagrody w mózgu.

Poszerzenie kategorii uzależnienia sprawia, że również problemy związane z jedzeniem są do niej zaliczane. Jednak, mimo że mogą występować tu pewne podobieństwa w zakresie objawów, motywów i konsekwencji, zaburzenia odżywiania znacząco różnią się od uzależnień. Zdaniem ekspertów zjawiska te powinny zostać usunięte poza nawias uzależnień, podobnie jak problemy związane z pracą, zakupami i seksem.

Eksperci wskazują na potrzebę rezygnacji z określeń takich jak *kompulsywne objadanie się* i *objadanie się*. Określenie *kompulsywne* powinno zostać odrzucone, ponieważ kompulsywność jako nieodzowny element zawiera się w zaburzeniach odżywiania. *Objadanie się* ma z kolei wydźwięk pejoratywny i jest uznawane za termin stygmatyzujący. *Zaburzenia odżywiania* to jednak określenie całej kategorii diagnoz ujętych w klasyfikacjach chorób, obejmującej m.in. bulimię czy anoreksję. Dodatkowo w dyskursie terapeutycznym pojawiają się kolejne kategorie zaburzeń związanych z odżywianiem się, np. nadmierne zwracanie uwagi na spożywane jedzenie, zwane popularnie *uzależnieniem od zdrowego jedzenia* lub *ortoreksją*, czy uzależnienie od cukru.

„Uzależnieniowy” charakter zaburzeń związanych z odżywianiem się może stanowić jednak potencjalny kierunek rozwoju diagnozy. W klasyfikacji DSM-5 oraz w najnowszej międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-11 pojawia się kategoria *binge eating disorder*, którą tłumaczy się jako *zaburzenie z napadami objadania się* (odpowiednio: F50.8 oraz 6B82), przy czym użycie terminu *binge* sugeruje zachowania pozbawione kontroli, ekstensywne, kompulsywne (np. *binge drinking* – jako pijaństwo). Wobec złożoności problemu związanego z odżywianiem się eksperci postulowali posługiwanie się określeniem *zaburzenia odżywiania* i bardziej poprawną językowo formą: *zaburzenia odżywiania się*.

Psychoterapeutka (6): Czuję duży opór przed wrzucaniem zaburzeń odżywiania do spektrum uzależnienia.

Naukowczyni (5): Rozumiem, że właśnie w tym kierunku podążamy. Rzeczywiście był moment, że mówiło się dosłownie: o uzależnieniu od jedzenia. Teraz jednak wracamy do koncepcji, wedle której mamy tu do czynienia z grupą innych zaburzeń.

Naukowiec (4): Rzeczywiście w ICD-11 problemy te są ujęte jako odrębna grupa, istnieją jednak liczne badania pokazujące, że w wypadku „binge eating” na przykład działają podobne mechanizmy jak w zaburzeniach używania substancji, w hazardzie, w grach czy w kompulsywnych zachowaniach seksualnych. Tego rodzaju badań jest coraz więcej, niewykluczone zatem, że kiedyś będziemy na tę sprawę patrzyli inaczej.

Psychoterapeutka (4): Gdyby przyjąć, że zaburzenia odżywiania stanowią szerszą kategorię, to pozostają – jak to pani mówiła – przywiązana do myśli, że jest to inna kategoria niż kategoria uzależnień. Jeśli przyjrzelibyśmy się jakiemuś szczególnemu przypadkowi uzależnienia od zdrowej żywności (kiedy poszukuje się zdrowej żywności, unika tego, co niezdrowe), to zobaczylibyśmy szereg różnych zachowań, które powodują, że jest to problem z rodzaju obsesyjno-kompulsywnych. Być może jeśli elementem tego zachowania byłaby jakaś czynność związana z jedzeniem, to wówczas mogłoby ono mieć charakter uzależnienia. Wydaje mi się, że lepiej jednak pozostać przy określeniu „zaburzenia odżywiania” – które jest dobrze opisane i którego wiele kryteriów pozostaje spełnionych. Zobaczmy, co wniesie nowa klasyfikacja chorób, podejrzewam jednak, że nic nowego się nie zdarzy póki co... Zostałabym przy „zaburzeniach odżywiania”, bez mówienia o uzależnieniach.

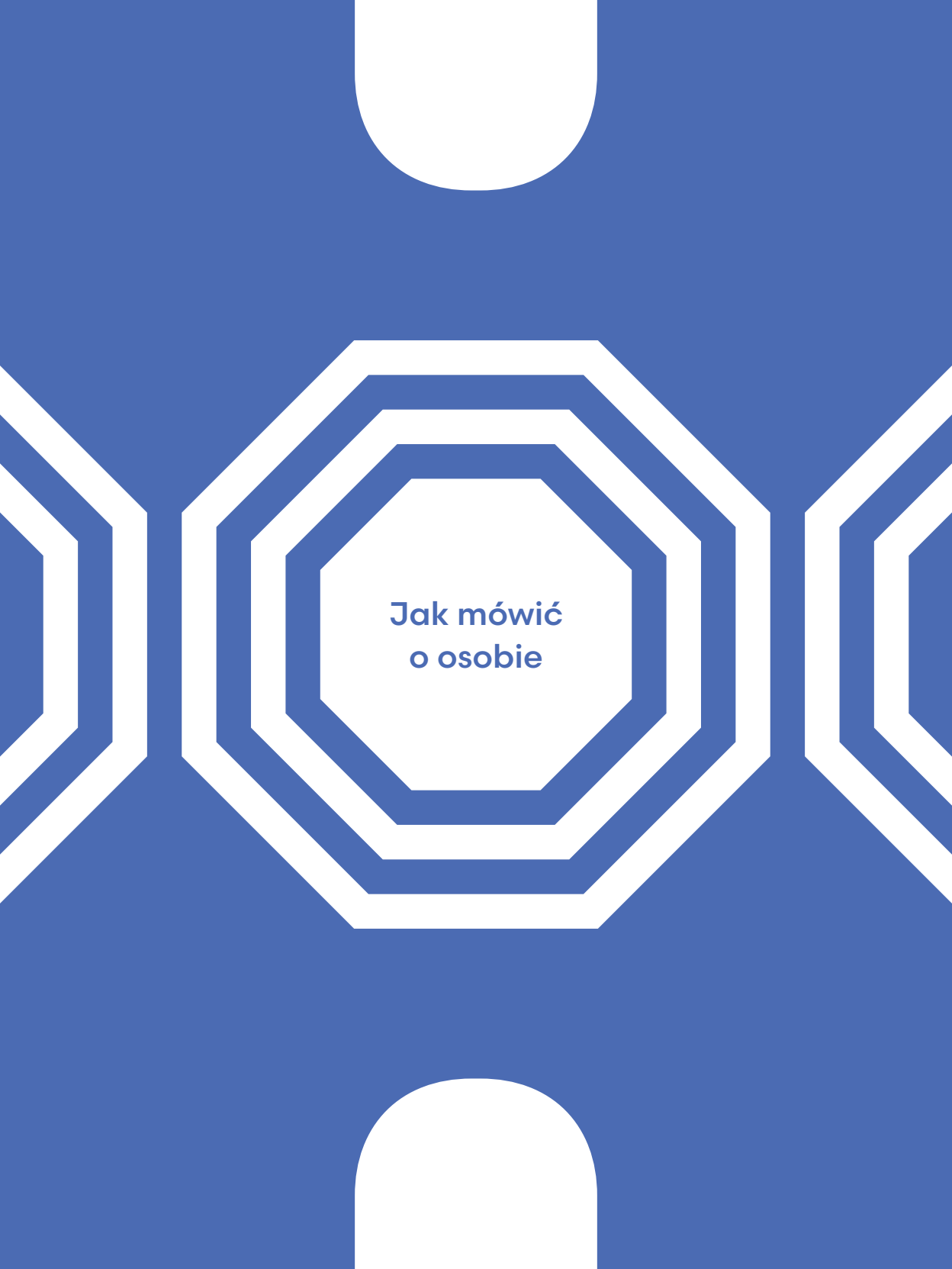
Naukowiec (5): Ja też.

Moderator: W liczbie mnogiej: „zaburzenia”?

Psychoterapeutka (4): Tak, bo mamy i anoreksję, i bulimię, i obżarstwo patologiczne – kilka kategorii w obrębie tych zaburzeń.

Psychoterapeutka (6): Objadanie się bez wymiotowania, czyli jakaś forma bulimii, też jest zaburzeniem odżywiania.

(fragment wywiadu grupowego nr 4)



Jak mówić
o osobie

W tej części przewodnika znajdują się propozycje terminów i określeń, które w sposób adekwatny i niestygmatyzujący opisują osoby z uzależnieniem oraz osoby korzystające z pomocy systemu leczenia uzależnień.

Osoba z uzależnieniem

ew. **Osoba z doświadczeniem uzależnienia**⁴

Zastępuje określenia: *uzależniony/uzależniona, osoba uzależniona*

Uzasadnienie wyboru

Ekspertki postulują, by zrezygnować z takich terminów, jak *alkoholik, narkoman* czy *hazardzista*, które uznają za nieadekwatne i stygmatyzujące. Sugerują również, by zrezygnować z terminu *osoba uzależniona* i przedstawiają alternatywne propozycje. Istotne jest, aby w odniesieniu do osób używać terminów, które nie określają tożsamości człowieka, nie sprawiają, że choroba czy zaburzenie psychiczne staje się ich główną cechą i jednocześnie osią percepcji. Stąd nasza propozycja, aby termin *osoba uzależniona* zastąpić terminem *osoba z uzależnieniem*, w odniesieniu do sytuacji obecnej, oraz *osoba z doświadczeniem uzależnienia*, w odniesieniu do przeszłości.

Naukowczyni (10): *Rzecz wygląda podobnie jak z „osobą niepełnosprawną” i „osobą z niepełnosprawnością” – jeśli używamy określenia przymiotnikowego, to niejako wskazujemy na tożsamość osoby, tak jakby jedyną jej cechą była niepełnosprawność, jakby nie miało znaczenia, że jest też matką, pracownicą w biurze itd. Jeśli natomiast używamy wyrażenia przyimkowego („z niepełnosprawnością”), sygnalizujemy, że niepełnosprawność jest jedną z wielu właściwości, ról życiowych itp. danego człowieka. (...) „Osoba z doświadczeniem uzależnienia” sugeruje, że to doświadczenie należy do przeszłości, że to zamknięty etap – tak to odbieram.*

4

W odniesieniu do przeszłości.

Ekspertka (1): Chcielibyśmy, gdy proponujemy pewne terminy, podkreślić, że problem, z jakim zmagają się ludzie, stanowi tylko jakiś fragment tożsamości, istnienia, funkcjonowania, że człowiek nie jest w całości uzależnieniem. Jeśli mówimy „osoba uzależniona”, to w jakiś sposób przesądzamy, że wszystko, co robi, jest zdeterminowane przez uzależnienie. Chcielibyśmy przez stosowanie odpowiednich terminów podkreślić, że osoba z problemem istnieje również niezależnie od zaburzenia wynikającego z używania substancji – jest to dla mnie bliższe prawdzie i bardziej ludzkie. Bliższe człowieczeństwu, żeby nie definiować człowieka tylko poprzez to, że jest uzależniony. (...) Stygmatyzujące pojęcia nie są sobie równe. „Alkoholik” jest stygmatyzujący, „człowiek nałogowo używający alkoholu” jest stygmatyzujący, ale „ćpun” jeszcze bardziej. (...) „Osoba uzależniona” może być w tym sensie stygmatyzująca, że definiujemy człowieka przez jego uzależnienie. Wiem, że w języku występuje powszechnie (...), jednak jego użycie powoduje, że niejako zamykamy całość człowieka w jego uzależnieniu, i ja nie chcę się na to zgodzić.

Ekspertka (6): Określenie „osoba uzależniona” wydaje mi się stygmatyzujące, wolałabym „osobę z uzależnieniem”, analogicznie do „osoby z niepełnosprawnością”. I to podejście będzie się przewijać przez wszystkie kategorie. To jest dla mnie linia podziału, aczkolwiek mam pełną świadomość, że w obiegu są określenia takie jak „osoba chora psychicznie” czy „osoba uzależniona”, bo tak się mówiło dotychczas i tak jest krócej. Jednak za tym, w jaki sposób mówimy i jak określamy rzeczy, kryje się nasz sposób widzenia i interpretowania świata, także nasze podejście do człowieka. Zatem jeśli nawet proponowane przez nas określenia są nieco sztuczne, to żeby zmieniać sposób myślenia i w jakiś sposób zapobiegać procesom stygmatyzacji, należy je wprowadzać – na razie może koślawe i niezgrabne, z czasem jednak wejdą do powszechnego użycia i umożliwią zmianę sposobu myślenia i postrzegania osób z problemami.

Określenie *osoba z...* spotyka się z aprobatą pacjentów i jednocześnie wywołuje dyskusję, przypominającą dyskusję ekspertów, nad siłą językowych przyzwyczajęń i naturalną niechęcią do komplikowania języka. Pacjenci podkreślają, że ogólne określenie *osoba z uzależnieniem* jest dla nich użyteczne, ponieważ nie tworzy podziałów związanych z tym, od czego dana osoba jest uzależniona, nie wymusza też ujawniania tych informacji. Ponadto pacjenci dostrzegają analogię z historią dotyczącą *niepełnosprawności* – gdzie określenie *osoba z niepełnosprawnością* wyparło wiele innych stygmatyzujących terminów.

Pacjent (1): Zwróćcie uwagę, co się stało z określeniem osób, o których za mojego dzieciństwa mówiło się „inwalida”. Mówiło się też: „wózek inwalidzki”, „przychodnia dla inwalidów”, potem przez kilka lat używano określenia „niepełnosprawny”, a teraz mówi się „osoba z niepełnosprawnością”. Jeśli nazwiesz kogoś inwalidą, to jesteś mentalnie w XX wieku.

Pacjent (3): Czyli mogę spokojnie mówić, że jestem „z uzależnieniem”, a nie, że „jestem uzależniony”?

Pacjent (1): Jak się powie na mityngu „z uzależnieniem”, to się popatrzą. (...)

Pacjent (3): Brzmi bardzo dobrze.

Pacjent (2): Mnie to się podoba najbardziej z tych trzech określeń.

Pacjent (4): Trzeba mieć świadomość, że w codziennych komunikatach powinno funkcjonować określenie złożone najwyżej z dwóch członów – nie mam złudzeń, że ktokolwiek będzie sobie komplikował język, skoro nie musi.

Pacjent (1): Bo to jest tak, jak mówiliśmy, że istnieje wiele różnych uzależnień i one wpływają na życie niemal identycznie. Nie muszę mówić: „jestem narkomanem”, „jestem alkoholikiem”, tylko mówię, że „jestem osobą z uzależnieniem”. Nie mówię „od alkoholu”, tylko że jestem od czegoś uzależniony.

Pacjentka (2): Tak, dobrze mówisz.

Pacjent (1): I to jest, powiedziałbym, kulturalne.

(fragment wywiadu grupowego nr 2 z pacjentami)

Osoba używająca substancji psychoaktywnych

Zastępuje określenia: *osoba sięgająca po narkotyki*,
osoba biorąca narkotyki

Osoba ryzykownie używająca substancji psychoaktywnych

Zastępuje określenie: *osoba nadużywająca narkotyków*

Osoba szkodliwie używająca substancji psychoaktywnych

Zastępuje określenia: *osoba problemowo używająca narkotyków*,
osoba nałogowo używająca narkotyków

Osoba z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych

Zastępuje określenia: *osoba uzależniona (od...)*, *narkoman*

ew. **Osoba z zaburzeniami używania substancji psychoaktywnych**

Uzasadnienie wyboru

W dyskursie dotyczącym substancji psychoaktywnych innych niż nikotyna czy alkohol nadal dominuje etykietujący, stygmatyzujący i pejoratywnie nacechowany termin *narkoman*. Eksperci podkreślali konieczność jego zmiany oraz wskazywali na potrzebę stosowania terminologii wyrażającej stopniowość w zjawisku używania substancji psychoaktywnych. Wobec osób, które nie ponoszą odczuwalnych konsekwencji zdrowotnych

i społecznych, za najbardziej adekwatne i niestygmatyzujące zostało uznane określenie *osoba używająca substancji psychoaktywnych*. Jeśli dana osoba ponosi szkody związane z używaniem substancji, wtedy, podobnie jak w przypadku alkoholu, warto stosować określenie *osoba z zaburzeniami używania substancji psychoaktywnych*. Z kolei w sytuacji, kiedy rozpoznano uzależnienie, można mówić o *osobie z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych*.

Ekspertka (1): Bardziej poręczne w takim kontekście jest jednak „osoba z uzależnieniem od opiatów”. „Osoba z zaburzeniami używania” nadaje się do artykułu naukowego, nikt jednak nie wierzy, żeby miało szansę wejść do naszego języka. „Osoba z zaburzeniami używania stymulantów, kannabinoidów”, „osoba z uzależnieniem”. (...)

Propozycje ekspertów postulujące używanie takich określeń, jak *osoba z zaburzeniami używania substancji* czy *osoba z uzależnieniem od opioidów/środków stymulujących/kannabinoidów* etc., były odbierane przez pacjentów jako brzmiące zbyt naukowo, niejasno, niezrozumiale – szczególnie w przypadku nazw grup substancji. Pacjenci zasugerowali, by stosować określenie *substancje uzależniające* jako ogólną kategorię obejmującą substancje psychoaktywne (w tym alkohol), co wydaje się wskazówką godną rozważenia w praktyce klinicznej.

Moderator: „Substancje uzależniające”?

Pacjent (4): Tak.

Pacjentka (2): Określenie zawiera wszystko: i alkohol, i narkotyki.

Pacjent (2): I jesteśmy już trochę dalej od narkotyków. (...)

Pacjent (3): Ale to jest w sumie powiedziane tak samo, tylko innym językiem. Teraz zastanówcie się, ile osób na ulicy wie, co to są opiaty. Słyszysz w wiadomościach: „osoba uzależniona od opiatów”. I co sobie myślisz? Że od kwiatów się uzależniła. (...)

Pacjent (2): „Substancje uzależniające” brzmią najlepiej.

(fragment wywiadu grupowego nr 1 z pacjentami)

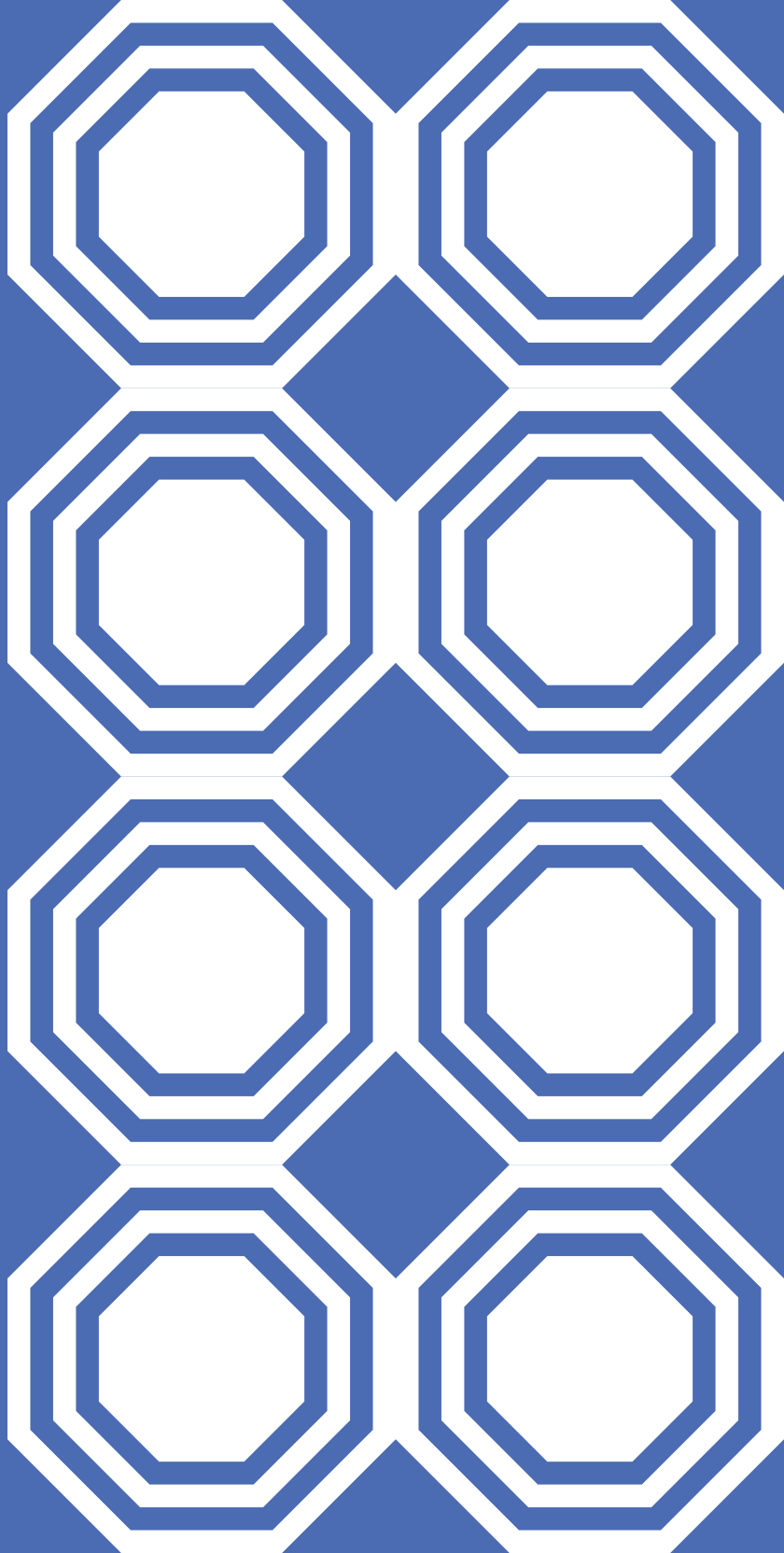
Pacjent (1): *To komplikuje sprawę, sam nie wiem, co zakwalifikować. Część substancji została tu wymieniona (opiaty, kannabinoidy) – tylko po co, czemu to ma służyć? Myślę, że przeciętnej osobie to nic nie mówi. (...)*

Pacjentka (1): *Alkohol też.*

Pacjent (1): *Ja to oczywiście rozumiem.*

Pacjentka (2): *To jest takie ogólne określenie. Są ludzie, którzy mają ogólny problem z uzależnieniem, niekoniecznie od jednej substancji.*

(fragment wywiadu grupowego nr 2 z pacjentami)



The image features a central blue octagon with a white border, containing text. Above and below this central octagon are smaller blue octagons with white borders. On the left side, there are two large blue circles, one at the top and one at the bottom.

*Język aktywnie uczestniczy
w tworzeniu i utrwalaniu
postaw społecznych wobec
osób z uzależnieniem.*

Osoba z uzależnieniem od alkoholu

ew. Osoba z zaburzeniem używania alkoholu

Zastępuje określenia: *alkoholik/alkoholiczka*, w tym: *wysoko funkcjonujący/a, zdrowiejący/a uzależniony/uzależniona od alkoholu, osoba uzależniona od alkoholu*

W odniesieniu do ryzykownego lub szkodliwego używania alkoholu:

Osoba ryzykownie używająca alkoholu /
osoba pijąca ryzykownie

Osoba szkodliwie używająca alkoholu /
osoba pijąca szkodliwie

Zastępuje określenia: *osoba pijąca problemowo*,
osoba pijąca nadmiernie

Uzasadnienie wyboru

Eksperti podkreślają szczególnie stygmatyzujący charakter słowa *alkoholik*, zatem, podążając za ich sugestiami, proponujemy odrzucenie całego szeregu określeń zawierających w sobie ten człon, np. *zdrowiejący alkoholik*, *wysoko funkcjonujący alkoholik*. W dyskusjach na ten temat mocno wybrzmiewa aspekt godnościowy i tożsamościowy, dlatego też postulowano używanie określenia *osoba z uzależnieniem od alkoholu*, a w odniesieniu do używania ryzykownego bądź szkodliwego – *osoba używająca alkoholu (pijąca) ryzykownie, szkodliwie*. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na kwestię płci – słowo *alkoholiczka* ma jeszcze wyższy potencjał stygmatyzujący niż słowo *alkoholik*. Kobiety doświadczające uzależnienia

są szczególnie silnie stygmatyzowane, dlatego też dłużej ukrywają swoje problemy i później zgłaszają się po pomoc terapeutyczną w związku ze swoim piciem niż w przypadku innych dolegliwości.

Ekspertka (1): „Alkoholik” kojarzy mi się z anachronicznym podejściem, rodem z czasów, kiedy nie wiedzieliśmy, czym jest uzależnienie. Co więcej, z określeniem tym wiązało się zawsze lekceważenie człowieka, myśli o jego „degrengoladzie”. To było coś niezwykle dyskryminującego – jeśli ktoś miał w rodzinie alkoholika, było to przyczyną wstydu. (...) „Wysoko funkcjonujący” też stygmatyzuje, bo i tu jest obecny „alkoholik”.

Moderator: „Zdrowiejący alkoholik”, „trzeźwiejący alkoholik”?

Ekspertka (1): Tak, wszędzie tam, gdzie „alkoholik”. (...) Proszę zauważyć, bo to jest bardzo interesujące. (...) Nie było nazwy Agencja Przeciwdziałania Alkoholizmowi, była Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. (...) Środowisko jest wyczułone na słowo „alkoholizm”. (...) W środowisku zajmującym się uzależnieniem od alkoholu świadomość, jak bardzo słowo „alkoholik” stygmatyzuje, pojawiła się wcześniej niż w środowisku zajmującym się uzależnieniami od narkotyków – tam później dostrzeżono stygmatyzujący charakter słowa „narkoman”.

Ekspert (7): „Osoba” powinna się pojawiać zawsze, bo osoba to jest kosmos, to jest szereg różnych funkcji, ról, poziomów funkcjonowania. Redukowanie do alkoholizmu uderza w godność człowieka, nie wolno tak robić. (...)

Psychoterapeutka (6): Za stygmatyzujące oczywiście uznałam słowo „alkoholik”, ponadto uważam, że jeszcze bardziej stygmatyzująca jest „alkoholiczka”. I to rozróżnienie ma ogromne znaczenie. Bo określenia zawierające „osobę” są neutralne płciowo, natomiast „alkoholik” jest kimś innym niż „alkoholiczka”. (...) Miałam pacjentkę, która nie była w stanie powiedzieć o sobie, że jest alkoholiczką, i mówiła, że jest alkoholikiem.

Określenie *osoba z zaburzeniami używania alkoholu* wywołało opór i dyskusję wśród pacjentów. Niektórym wydało się niezrozumiałe i kojarzyło się z hermetycznym językiem medycznym. Dostrzeżono tu również niezręczność językową związaną z tym, że właściwie chodzi tu o *zaburzenia spowodowane używaniem substancji*, a nie o *zaburzenia używania*.

Pacjent (1): „Osoba z zaburzeniami używania substancji” – określenie to jakby neguje, że problem istnieje w samym używaniu substancji, i to nie jest dobre. Czyli można używać substancji, ale problem się pojawia dopiero wtedy, kiedy dochodzi do zaburzenia tego procesu. (...) „Zaburzenia używania substancji” – to określenie komplikuje sprawę, jest jakieś takie...

Pacjentka (2): Niezrozumiałe.

Pacjentka (1): Tak się mówi się na przykład w słowniku medycznym: „osoba z zaburzeniami wchłaniania witaminy D” na przykład. To jest takie bardzo medyczne.

(fragment wywiadu grupowego nr 2 z pacjentami)

Sporo kontrowersji wzbudza również określenie *wysoko funkcjonująca osoba uzależniona od alkoholu* – kwestionuje się zasadność i adekwatność tego pojęcia i postuluje rezygnację z niego. Eksperci wskazywali, że do pewnego stopnia potrzeba wyróżnienia grupy pacjentów *wysoko funkcjonujących* – czyli osób z dużym kapitałem zdrowotnym, zarówno osobistym, jak i społecznym – milcząco sugeruje, że pacjenci bez tego przymiotnika są *nisko funkcjonujący*. W efekcie obecność tego pojęcia w języku w pewnym stopniu utrwała stereotypowe postrzeganie uzależnienia i osób z uzależnieniem, sugerując wyjątkowość, a nie powszechność, uzależnienia w różnych warstwach społecznych. W trakcie dyskusji eksperci zastanawiali się więc, czyją potrzebę zaspokaja istnienie tego konstruktu – pacjentów czy terapeutów?

Psychoterapeutka (6): (...) Mam pewien kłopot z „wysoko funkcjonującą osobą uzależnioną od alkoholu”. (...) Może nie tyle z powodu samego określenia „wysoko funkcjonujący”, ile dlatego,

że „wysoko funkcjonujący” od razu przywołuje na myśl „nisko funkcjonującego”, w domyśle: ten, który nie jest wysoko funkcjonujący, jest automatycznie nisko funkcjonujący. (...) Wiesz, kiedy zaczynałam się uczyć, mówiono, że alkoholicy różnią się tylko stylem picia. A ja sama, gdy przyglądałam się pacjentom, uznałam, że osoby uzależnione bardzo dobrze funkcjonują w takich jednorodnych grupach. Bo tak to jest, że lekarze rozumieją lekarzy, prawnicy rozumieją prawników, terapeuci rozumieją terapeutów – i nie ma w tym nic złego, że powstają jednorodne grupy służące leczeniu. (...) Kolejny konstrukt teoretyczny, który wpisał się w zapotrzebowanie pacjentów na „bycie innymi”; i który, jak myślę, dowartościowuje niektórych terapeutów.

Psychoterapeuta (10): „Wysoko funkcjonująca/y – to jest koszmarek językowy (...). Chodzi tutaj o osoby „dobrze funkcjonujące”. Mamy tu (w „wysoko funkcjonującym”) do czynienia z kalką z języka angielskiego. „Dobrze funkcjonująca osoba uzależniona od alkoholu” – tak to powinno brzmieć i zawierać konkretny opis i definicję.

Osoba z uzależnieniem od hazardu

Zastępuje określenie: *patologiczny hazardzista*

Osoba z zaburzeniami hazardowymi

Zastępuje określenia: *hazardzista, nałogowy hazardzista*

ew. **Osoba ryzykownie grająca w gry hazardowe**

Osoba szkodliwie grająca w gry hazardowe

Uzasadnienie wyboru

W stosunku do osób angażujących się w gry hazardowe, które ponoszą szkody zdrowotne i społeczne, sugerujemy używanie określenia *osoba z zaburzeniami hazardowymi* bądź *osoba z zaburzeniami związanymi z hazardem*, które mogą zastąpić terminy *hazardzista, nałogowy hazardzista, patologiczny hazardzista*, oraz bardziej opisowe: *osoba doświadczająca problemów z hazardem*.

Z kolei osoby, u których stwierdzono uzależnienie od hazardu – zgodnie z obowiązującymi kryteriami diagnostycznymi – powinny być określane mianem *osób z uzależnieniem od hazardu*:

Psychoterapeutka (1): *Chcę jeszcze powiedzieć jedną rzecz na temat określenia „wynikającymi z uprawiania”. To chyba nie jest merytorycznie poprawne, bo to tak, jakby zmienić „osobę*

z zaburzeniami używania alkoholu” na „osobę z zaburzeniami wynikającymi z używania alkoholu”. Tymczasem uprawianie hazardu w szkodliwy sposób czy używanie substancji psychoaktywnych wynikają z innych problemów. Wykreśliłabym „wynikającymi z”, a pozostawiłabym „z zaburzeniami uprawiania hazardu”. Oczywiście, że z uprawiania hazardu wynikają różne problemy, ale merytorycznie to chyba nie jest do końca poprawne.

Psychoterapeuta (9): Skoro mówimy o uzależnieniu i o zaburzeniach, o problemowym użytkowaniu czy korzystaniu, to hazard jest zdefiniowany jako uzależnienie. I znowu wyłączamy hazard, tak jak wcześniej wyłączaliśmy alkohol, jako coś ekstra. A to przecież też jest uzależnienie – uzależnienie od hazardu. Zostało ono zdefiniowane, opisane i trudno mi jakoś pomieścić to w jednej grupie z zaburzeniami odżywiania, które też mają właściwe sobie nazwy; a do tego jeszcze dochodzą te wszystkie pracoholizmy, które nie są uzależnieniami.

(fragment wywiadu grupowego nr 1)

Ekspertka (4): Mnie się propozycja „osoba doświadczająca problemów z hazardem” zdecydowanie nie podoba, ponieważ może dotyczyć osoby, która straciła majątek, dlatego że jej mąż czy syn grali. Może się odnosić nie tylko do samej osoby zaangażowanej w hazard. (...)

Ekspertka (4): Chyba mówiliśmy „osoba z zaburzeniami hazardowymi”.

Ekspertka (1): Ja również przychylam się do „osoby z zaburzeniami hazardowymi”.

Ekspertka (4): Tak najprościej.

(fragment wywiadu grupowego nr 2)

Pacjentom propozycja osoba z zaburzeniami hazardowymi kojarzyła się przede wszystkim z chorobą psychiczną. Za bardziej adekwatną propozycję uznali uzależnienie od hazardu.

Moderator: A ewentualnie „osoba z zaburzeniami”?

Pacjent (3): Nie, nie. (...)

Pacjent (1): Jeśli „zaburzenia”, to od razu znaczy, że on jest jakiś nienormalny. (...)

Pacjent (2): „Uzależnienie” mnie się wydaje najlepsze.

Moderator: Słowo „zaburzenia” kojarzy się wam z chorobą psychiczną?

Pacjent (1): Tak. (...)

Pacjent (4): Jest nieprecyzyjne.

Pacjent (2): Zakładamy, że słownik ma na celu, by to słownictwo jakoś wygładzić. (...)

Pacjent (3): Tak, „osoby uzależnione od hazardu”, „osoby doświadczające problemów hazardowych”. Mówi się różnie...

Moderator: „Osoba z uzależnieniem od hazardu”?

Pacjent (3): Tak.

(fragment wywiadu grupowego nr 1 z pacjentami)

Osoba problemowo używająca technologii

Zastępuje określenia: *osoba nałogowo używająca/korzystająca z technologii, osoba nadmiernie używająca/korzystająca z technologii, osoba dysfunkcjonalnie używająca technologii*

Uzasadnienie wyboru

Osoby, które doznają szkód związanych z używaniem technologii, w szczególności tzw. nowych technologii, pojawiają się coraz częściej w obszarze zainteresowania profilaktyków i terapeutów. Pomimo występowania problemów, które są związane z używaniem technologii, nie mamy wystarczających podstaw naukowych do określenia kryteriów diagnostycznych; zdaniem ekspertów nie ma czegoś takiego jak nadużywanie czy uzależnienie od technologii. Za najbardziej adekwatne określenie w tym przypadku uznano określenie *osoba problemowo korzystająca z technologii*, ze względu na występowanie określonych skutków dla zdrowia i funkcjonowania społecznego, które uznawane są za problem. Jednocześnie eksperci wskazali inne propozycje, w których za zasadne uznali wykorzystanie terminów *korzystanie* i *używanie* w odniesieniu do technologii.

Moderator: Czy „korzystamy z”, czy „używamy” technologii?

Psychoterapeutka (1): I „korzystamy z”, i „używamy”.

Psychoterapeuta (9): „Używanie” kojarzy mi się z większą świadomością celu.

Ekspertka (8): Pojawilo się znowu to „wynikającymi z używania”, i to „wynikającymi z” znowu bym skreśliła.

Moderator: A „osoba problemowo używająca/korzystająca z” czy „osoba z problemami”?

Psychoterapeuta (5): I tak, i tak mogłoby być.

Ekspertka (8): Może być „osoba z problemem korzystania” czy „problemowo używająca” lub „osoba używająca w sposób problemowy”. Nie wiem, czy te trzy określenia czymś się tak naprawdę różnią. Chyba wszystkie trzy są w porządku.

Psychoterapeutka (1): Mnie też się wydaje, że wszystkie trzy są w porządku, tylko ta propozycja z „wynikające z” nie jest dobra.

(fragment wywiadu grupowego nr 1)

Mimo konsensusu wśród ekspertów, by używać określeń *osoba z zaburzeniami korzystania z nowych technologii* czy *osoba problemowo korzystająca z nowych technologii*, pacjenci uznali je za niejasne i nieprecyzyjne. Z kolei określenie *osoba uzależniona od... (komputera, smartfona czy internetu)* zostało uznane za nieadekwatne – bo nie kojarzy się w sposób negatywny i trudno powiązać je z konsekwencjami zachowań charakterystycznych dla uzależnienia.

Pacjent (5): „Osoba problemowo korzystająca z nowych technologii” – to znaczy, że ma problem z używaniem.

Pacjent (3): To znaczy, że nie potrafi korzystać.

Moderator: Ale powiedzcie, czy dostrzegacie w ogóle takie kwestie, na przykład związane z uzależnieniem od internetu?

Pacjent (5): No jasne.

Pacjent (6): Oczywiście.

Moderator: Jak wobec tego mówić o tych zjawiskach i o osobach, które mają tego rodzaju problemy?

Pacjentka (2): „Osoba uzależniona od komputera” czy „korzystania z telefonu” nie kojarzy mi się w żaden sposób negatywnie.

Pacjent (2): *To jest element naszego życia i to w takim stopniu, że odejście od korzystania z nowych technologii jest praktycznie niemożliwe.*

(fragment wywiadu grupowego nr 2)



Osoby z innymi zachowaniami uzależniającymi

Zastępuje określenie: *seksoholik*

Uzasadnienie wyboru

W przypadku zachowań seksualnych wskazywane są dwie propozycje, które mogą zastąpić stygmatyzujący termin *seksoholik*. Pomimo stosowania w literaturze przedmiotu określenia *osoba z zaburzeniami hiperseksualnymi* eksperci opowiadali się za używaniem określenia *osoba z kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi*, które w ich opinii lepiej oddaje istotę problemu i nie akcentuje przy tym aspektu nadmiarowości tych zachowań.

Psychoterapeuta (9): *Znowu to „hiper”, które odnosi się do ilości.*

Psychoterapeutka (1): *Zgadza się chyba wszyscy, że „hiperseksualne” to jest bardzo słabe określenie, ale musielibyśmy je czymś zastąpić. Ja nie mam na to pomysłu. „Kompulsywne” są na pewno lepsze, ale właściwie to nie wiem, co jest lepsze (...).*

(fragment wywiadu grupowego nr 1)

Podobnie jak eksperci, pacjenci wskazywali na stygmatyzujący potencjał określenia *seksoholik*. Z kolei określenie *osoba z zaburzeniami hiperseksualnymi* wydawało im się niezrozumiałe, a opinie na temat określenia *osoba z kompulsywnymi zaburzeniami seksualnymi* były podzielone.

Pacjentka (1): Mnie się podoba to określenie „osoba z kompulsywnymi zaburzeniami seksualnymi”.

Pacjentka (2): Bardzo fajne.

(fragment wywiadu grupowego nr 2 z pacjentami)

Moderator: A czy, waszym zdaniem, słowo „seksoholik” jest niewłaściwe?

Pacjent (2): Tak.

Pacjent (4): Kojarzy się z facetem, nie z kobietą.

Pacjent (2): Lepiej, żeby ten „holizm” odstawić na bok.

Pacjent (3): Bo „seksoholik” może się również kojarzyć z osobą zboczoną.

Pacjent (1): Trudno mi zrozumieć, co to są kompulsywne zachowania.

Pacjentka (2): Tak, kompulsywne.

Pacjentka (1): Za trudne słowo...

Pacjent (2): „Hiperseksualne” też nie jest zrozumiałe.

Pacjent (1): To słowo trzeba czymś zastąpić, ale nie mam pomysłu.

(fragment wywiadu grupowego nr 1 z pacjentami)

Osoba z problemowym zaangażowaniem w pracę

ew. Osoba problemowo zaangażowana w pracę

Zastępuje określenia: *pracoholik*, *osoba nadmiernie zaangażowana w pracę*, *osoba uzależniona od pracy*

Uzasadnienie wyboru

W dyskursie publicznym termin *pracoholik* uznaje się na ogół za określenie osoby wykonującej duże ilości pracy, poświęcającej się pracy, przedkładającej ją nad inne aspekty życia codziennego. Określenie *pracoholik* ma, paradoksalnie, wydźwięk pozytywny, ukazuje osobę potencjalnie szkodliwie zaangażowaną w pracę w pozytywnym świetle. Trudno o adekwatne ujęcie zjawiska związanego z pracą. Problemy obejmują m.in. zasadność i rzetelność w określeniu wymiaru nadmiernego zaangażowania w pracę czy kompulsywny aspekt wykonywania pracy. Wobec tych trudności skłaniamy się ku bardziej uniwersalnemu określeniu *osoba z problemowym zaangażowaniem w pracę* lub *osoba problemowo zaangażowana w pracę*.

Ekspertka (8): Wracając do tego, co ustaliliśmy, gdy omawialiśmy zjawisko, zostaje nam „osoba z problemem zaangażowania w pracę”, „osoba problemowo zaangażowana w pracę” lub „osoba zaangażowana w pracę w sposób problemowy”.

Psychoterapeuta (9): „Osoba z problemem zaangażowania w pracę” brzmi dwuznacznie. Ja na przykład w poniedziałki rano mam problem z zaangażowaniem w pracę.

Psychoterapeuta (5): „Nadmierne zaangażowanie w pracę” – przypominam sobie takiego pacjenta, który angażował się tylko

wtedy, kiedy mu coś nie grało z żoną. I to wcale nie było nadmierne, po prostu wychodził do pracy i tyle. Nie rodziło to problemów.

Psychoterapeuta (9): To implikuje rzecz następującą: że nie ma takiego problemu samego w sobie, jest tylko emanacja jakiegoś innego problemu.

Ekspertka (8): Faktycznie, teraz myślę, że zostałabym przy dwóch określeniach, bo „osoba z problemem zaangażowania” faktycznie może się odnosić do poniedziałkowych poranków i tego rodzaju problemu z zaangażowaniem, natomiast „osoba zaangażowana w sposób problemowy” i „osoba problemowo zaangażowana” są bardziej adekwatne w tym kontekście.

Psychoterapeuta (9): Chyba to ostatnie: „problemowo zaangażowana w pracę”.

Psychoterapeuta (5): Tak chyba lepiej, podobnie jak w przypadku zjawiska.

Psychoterapeutka (1): „Problemowo”, prawda? Ja też tak uważam.

(fragment wywiadu grupowego nr 1)

ew. **Osoba kupująca kompulsywnie**

Zastępuje określenia: *zakupoholik/zakupoholiczka*

Uzasadnienie wyboru

W przypadku zjawiska związanego z zakupami na pierwszy plan wysuwa się konieczność zastąpienia stygmatyzującego terminu *zakupoholik*. I podobnie jak to było z zagadnieniem pracy, wskazuje się na szereg trudności z adekwatnym ujęciem tego zjawiska – ze względu na jego specyfikę, a także ze względu na potrzebę odseparowania tej klasy zjawisk od kategorii uzależnień. Wśród propozycji znalazły się *osoba kupująca problemowo*, *osoba kupująca kompulsywnie* oraz *osoba z problemem zakupów kompulsywnych*.

Psychoterapeuta (7): Nie wiem, czy nie powinniśmy zweryfikować owoców naszej dyskusji sprzed kilkunastu minut o samym zaburzeniu – czy rzeczywiście słowo „kompulsywne” nie jest tu kluczowe i czy ono jednak nie powinno pozostać. (...) Bo ten termin ma określać zaburzenie, które właśnie na tym polega. Ono nie polega na kupowaniu zbyt małych ubrań czy zbyt monotonicznych, ono polega na tym, że ktoś odczuwa przymus robienia zakupów i rujnuje budżet – i dlatego słowo „kompulsywne” jest jak najbardziej na miejscu.

(fragment wywiadu grupowego nr 2)

Ekspertka (8): *Tu znowu: „osoba kupująca problemowo”.*

Psychoterapeuta (5): *Jako szersze znaczeniowo...*

Psychoterapeutka (1): *Na pewno nie „kompulsywnie”, bo etiologia problemu jest niezwykle szeroka i to byłby błąd merytoryczny. „Problemowo” jest bardziej opisowe i jest OK.*

(fragment wywiadu grupowego nr 1)

Zastępuje określenia: *jedzenioholik*

Uzasadnienie wyboru

Ostatnia z analizowanych kategorii dotyczyła zaburzeń odżywiania. Postuluje się użycie określenia: *osoba z zaburzeniami odżywiania*. Bardziej rozbudowane sformułowanie – *osoba doświadczająca zaburzeń odżywiania* – nie zostało uznane za adekwatne w odniesieniu do opisu zjawiska, podczas gdy określenia wskazujące na zjawisko uzależnienia od jedzenia zostały całkowicie odrzucone jako nieadekwatne i bezzasadne.

Psychoterapeutka (1): „*Osoba doświadczająca zaburzeń odżywiania*” – *jest chyba najlepsze.*

Ekspertka (8): *Zostawiłabym obie formy, bo „osoba z zaburzeniami odżywiania” jest krótsza i mówi o tym, że to jest osoba zaburzona. Natomiast „osoba doświadczająca zaburzeń odżywiania” stanowi dobry przykład, jak mówić bardziej opisowo. Sama osoba doświadczająca problemów może o sobie powiedzieć: „doświadczam zaburzeń odżywiania”.*

Psychoterapeuta (5): *Ja też dopuściłbym obie formy, ale mam wątpliwości dotyczące tego „doświadczania” – bo jest w nim odwołanie do świadomości, a pamiętam osoby z ewidentnymi zaburzeniami odżywiania, które sobie ich nie uświadamiały; tak naprawdę nie tyle doświadczwały, ile otoczenie zwracało*

uwagę na problem. Dorzucę jeszcze swoją uwagę jako kogoś, kto całe życie zajmował się uzależnieniami, trochę w związku z zaburzeniami odżywiania: ostatnio odsyłam takie osoby do psychiatrów, po prostu.

Psychoterapeutka (1): Anoreksja jest chorobą psychiczną, więc bawienie się w jej leczenie w obszarze uzależnień jest rzeczą straszną, niewyobrażalną; to wymaga przecież psychiatrii. Czy to natomiast oznacza, że osoba nie doświadcza w jakiś sposób swoich problemów? Choć bywa, że w chorobie psychicznej człowiek jest bezkrytyczny i czasami nie widzi swoich objawów. Uważam, że taka osoba doświadcza cierpienia, samotności, złości w stosunku do otoczenia i niezrozumienia.

(fragment wywiadu grupowego nr 1)

Naukowiec (4): A dlaczego nie „osoba z zaburzeniami odżywiania”?

Psychoterapeutka (4): No właśnie, ta „doświadczająca” jest dość nieszczęśliwym określeniem.

Moderator: Zostawiamy więc po prostu „osobę z zaburzeniami”?

Psychoterapeutka (4): Tak. „Osoba z zaburzeniami odżywiania”.

Naukowiec (4): Tak.

Psychoterapeutka (4): Tak, jak jest.

(fragment wywiadu grupowego nr 4)

Wsparcie i psychoterapia bliskich osób z uzależnieniem

ew. Wsparcie terapeutyczne członków rodzin osób z uzależnieniem

Wsparcie terapeutyczne partnerek i partnerów osób z uzależnieniem

Psychoterapia członków rodzin osób z uzależnieniem

Psychoterapia partnerek i partnerów osób z uzależnieniem

Zastępuje określenia: *koalkoholizm, współuzależnienie, syndrom dorosłych dzieci alkoholików, syndrom DDA*

W odniesieniu do osób:

Osoby z rodziny z uzależnieniem

Bliscy osoby z uzależnieniem

Członek rodziny osoby z uzależnieniem

Partner/ka osoby z uzależnieniem

Zastępuje określenia: *dorośle dzieci alkoholików, osoby z syndromem DDA/DDD, osoby współuzależnione, koalkoholiczka*

Terminy, które pojawiły się w obrębie niniejszego hasła, wymagające doprecyzowania:

Bliscy osoby z uzależnieniem – bliscy osoby w znaczącej (choć często traumatycznej) relacji z osobą z uzależnieniem, w rozumieniu wspólnego życia lub zamieszkiwania, również dzieci wychowane w rodzinach, w których oboje lub jedno z rodziców doświadcza/doświadczyło uzależnienia.

Członek rodziny osoby z uzależnieniem – osoba spokrewniona lub nie-spokrewniona pozostająca w faktycznym związku z osobą z uzależnieniem, wspólnie zamieszkująca i gospodarująca, również osoba wychowana w rodzinie z uzależnieniem.

Partner lub partnerka osoby z uzależnieniem – osoba w (bezdzielnym) związku małżeńskim lub kohabitacyjnym z osobą z uzależnieniem.

Psychoterapia członków rodzin osób z uzależnieniem – określenie o węższym zakresie pojęciowym odnoszące się do oddziaływań psychoterapeutycznych.

Uzasadnienie wyboru

W przewodniku ujednolicono terminologię dotyczącą wsparcia psychospołecznego i psychoterapeutycznego dla członków rodzin osób z uzależnieniem, niezależnie od rodzaju uzależnienia i typu relacji rodzinnych. Stąd wybór terminu *bliscy* w odniesieniu do osób w znaczącej (choć nierzadko traumatycznej) relacji z osobą z uzależnieniem. Bliskość dotyczy tu wspólnego życia lub zamieszkiwania, partnerek lub partnerów pozostających w związku formalnym lub nieformalnym z osobą z uzależnieniem, również osób dorosłych, które jako dzieci wychowywały się w rodzinach, w których oboje lub jedno z rodziców doświadczało uzależnienia.

Psychoterapeuta (9): *Po prostu „bliscy osób z uzależnieniami” (...). I wtedy „terapia bliskich osób z uzależnieniami”.*

Psychoterapeuta (5): *Brzmi sensownie.*

Psychoterapeutka (1): *To jest bardzo ładne określenie, ale nie mam pewności. Raczej „partnerzy/partnerki osób z uzależnieniem”, „członkowie rodzin”, „osoby dorosłe z rodzin” – to są lepsze określenia. Nie ma „DDA”, nie ma „współuzależnienia” – to jest jasne i zrozumiałe. „Bliscy” brzmi super, ale coś jednak nie*

gra w tym określeniu, bo osoba, która cierpi na skutek czynów drugiej osoby, nie czuje już z nią bliskości. „Terapia dla bliskich”, tymczasem ona (partnerka) mówi, że on już nie jest dla niej żadną bliską osobą, mieszkają razem, mają pięcioro dzieci, ale on nie jest jej bliski. To chyba mi zazgrzytało.

(fragment wywiadu grupowego nr 1)

W przypadku problemów dotyczących partnerów i partnerki osób z uzależnieniem (często żony lub mężów) eksperci postulują rezygnację z terminów *koalkoholizm* oraz *współuzależnienie*. Wskazują, że jest to określenie nieadekwatne, stygmatyzujące, szkodliwe, odbierające sprawczość i przypisujące współodpowiedzialność. I choć termin cieszy się dużą popularnością i pojawia się nawet w nowych podręcznikach dla psychiatrów (Gałęcki i Szulc, 2023), to konstrukt ten ma niewystarczające podstawy teoretyczne i naukowe i nie znajduje też odzwierciedlenia w klasyfikacjach medycznych. Wydaje się więc, że tworzenie etykiet tylko po to, aby zrozumieć cierpienie tych osób, jest bezzasadne. W wielu sytuacjach mamy do czynienia z osobami, które doświadczają kryzysu w związku/małżeństwie, a zatem interwencja powinna dotyczyć tych aspektów (na przykład terapia par może być pomocna), w innych konieczna jest uważna diagnoza pod kątem zaburzeń nastroju lub zaburzeń lękowych.

Ekspertka (1): *Zawsze byłam przeciwna pojęciom koalkoholizmu i współuzależnienia. Czy naprawdę dlatego, że żyję z tym człowiekiem i jestem poddana presji i to na mnie wpływa, można mnie nazwać „koalkoholiczką”? Wydaje mi się, że gdybym miała stworzyć jakąś skalę stygmatyzacji, to koalkoholik znalazłby się na samej górze. „Współuzależnienie” – to tak, jakby na jednej szali stawiać osobę uzależnioną i mnie jako osobę z nią żyjącą, na jednej szali jego problemy i moje. (...) „Współuzależnienie” jest trochę niżej w tej hierarchii, jest mniej stygmatyzujące, jednak ono w tym sensie jest nieadekwatne, że coś takiego jak współuzależnienie nie istnieje. Jest pewien syndrom zachowań, które*

się wytwarzają, gdy się żyje z osobą uzależnioną, ale nazywać to „współuzależnieniem”... No cóż, wierzę, że język ma moc tworzenia rzeczywistości i że używając tego rodzaju pojęcia, tworzymy pewną nieadekwatną rzeczywistość. Sugeruje ono, że „osoba współuzależniona” przejawia jakiś rodzaj czy poziom zachowań patologicznych, destrukcyjnych. I w ten sposób za pomocą pojęć wytwarzamy stereotypy.

Naukowczyni (5): „Koalkoholiczka” brzmi straszliwie, podobnie „współuzależniona”. Wiemy, że ona jest uzależniona od niego, który jest uzależniony, ale to jest bardzo stygmatyzujące i stawia na równi tę partnerkę z człowiekiem uzależnionym. (...) Ja mówię o „członkach rodziny osób uzależnionych”, „partnerach osób uzależnionych”. „Współuzależnienia” nie lubię i nie używam.

Podobne kontrowersje budzi koncepcja DDA – dorosłe dzieci alkoholików czy też DDD – dorosłe dzieci z rodzin dysfunkcyjnych. Terminy te są również bardzo popularne, wzmianki na ten temat znajdziemy w najnowszych podręcznikach dla psychiatrów (Gałęcki i Szulc, 2023), tymczasem konstrukt ten ma niewystarczające podstawy teoretyczne i naukowe, nie znajduje też odzwierciedlenia w klasyfikacjach medycznych.

Ekspertka (4): Cały koncept DDA jest dla mnie stygmatyzujący. Sam fakt, że się ktoś wychował w rodzinie z problemem alkoholowym, nie oznacza, że doświadcza jakichkolwiek zaburzeń w funkcjonowaniu. A taka etykieta od razu wskazuje na to, że sobie z czymś w życiu nie radzi. (...) Staramy się trzymać definicji medycznych, a przecież w ogóle nie wiadomo, czy istnieje coś takiego jak syndrom DDA. (...) Zawsze możemy mówić o „członkach rodziny osoby uzależnionej” – od substancji czy czegokolwiek innego.

Ekspertka (1): Dorosłe dzieci alkoholików, DDA, są pojęciem historycznym – kiedyś powstał ruch, który miał się zajmować tymi osobami w sposób wolontariacki. Pomijając historyczny aspekt, gdybyśmy mieli ocenić wszystkie nasze propozycje, to

DDA jest u szczytu – z tych wszystkich powodów, o których rozmawialiśmy. Moim zdaniem w języku klinicznym nie powinno się czegoś takiego używać. Poradnie alkoholowe do tej pory posługują się pojęciem DDA i oferują programy skierowane do tej grupy odbiorców – uważam jednak, że to powinno zniknąć z naszej przestrzeni zdrowotnej.

Nie są to wyłącznie głosy ekspertów, również pacjenci – eksperci przez doświadczenie – uczestniczący w dyskusjach byli zgodni, że określenia te wymagają zastąpienia. Pacjenci również intuicyjnie wyczuwali stygmatyzujące nacechowanie tego terminu – bo przypisuje on osobom wychowanym w rodzinach, w których pojawiło się uzależnienie, pewną tożsamość i wynikające z tego specyficzne role i zachowania.

Pacjentka (2): „Członkowie rodzin osób z uzależnieniem”. Wydaje mi się, że to będzie najłagodniejsze.

Pacjent (2): „Członkowie rodzin osób z uzależnieniem”. (...)

Pacjent (1): Najbardziej do mnie przemawia.

Pacjent (2): A nie „dziecko alkoholika”. (...) To brzmi źle.

Pacjentka (2): I powoduje, że już w tym momencie dziecko jest napiętnowane.

Pacjent (2): Pał sześć już te szkody dla samego alkoholika, ale jego dziecku nie przyszywajmy łatki.

Pacjentka (1): To jakby narzucać komuś chorobę. (...)

Pacjent (4): Jak mówisz „dziecko alkoholika”, to masz przed oczami dziecko zimową porą, marznące w samej koszulce, siedzące w kałuży i zbierające do kapelusza na wódkę dla ojca. (...)

Pacjentka (2): Tak jakby naznaczać z góry, że dziecko jest zepsute.

Pacjent (4): Jakieś piętno.

(fragment wywiadu grupowego nr 1 z pacjentami)

Jednocześnie – co warto wyraźnie podkreślić – żaden z ekspertów ani pacjentów nie zakwestionował potrzeby udzielania wsparcia członkom rodzin osób z uzależnieniem – wręcz przeciwnie, podkreślano istnienie

szeregu różnych problemów, z którymi mierzą się te osoby, zarówno w dzieciństwie, jak i dorosłym życiu. Mogą one mieć szerokie spektrum potrzeb wymagających podjęcia psychoterapii, wsparcia psychospołecznego lub porady prawnej, interwencyjnej, wychowawczej, finansowej, duchowej lub religijnej. Wskazywano jedynie na nieadekwatność i stygmatyzujący charakter używanej terminologii. Sugerowano mówienie o członkach rodzin osób z uzależnieniem, partnerach osób z uzależnieniem oraz o osobach dorosłych z rodzin z problemem uzależnienia lub wychowanych w rodzinie z problemem uzależnienia.

Psychoterapeuta (9): *Mamy jednostkę chorobową: zaburzenia adaptacyjne F43.2 i praktycznie wszystkie osoby, które są w relacji z osobą uzależnioną, tak diagnozujemy (...). Często cierpią one na nerwice, zaburzenia osobowości, zaburzenia emocjonalne, realizują w życiu jakieś schematy, które można skorygować w ciągu kilku czy kilkunastu sesji, i nie trzeba tego nazywać (jak na przykład brak pewności siebie). (...)*

Naukowczyni (8): *Może na pewnym etapie takie określenia sprawiły, że ludzie zrozumieli, iż tego rodzaju trudne dzieciństwo może wpływać na dalsze życie. Wydaje mi się jednak, że można mówić, że ludzie żyjący w takich rodzinach ponoszą pewne, nierzadko duże, koszty, niekoniecznie nazywając to w jakiś konkretny sposób. (...)*

Moderator: *Ale czy uważasz, że wsparcie dla rodzin powinno być oferowane w ramach terapii?*

Naukowczyni (8): *Oczywiście, to bardzo ważne i sadzę, że oferta jest zbyt skromna, chociaż została znacznie poszerzona. Nie widzę natomiast potrzeby, żeby to jakoś specjalnie nazywać.*

Co więcej, podkreślano, że w przypadku innych typów uzależnień wsparcie dla rodzin również jest ważnym elementem terapii, co stanowi dodatkowy argument na rzecz zastąpienia terminów takich jak *koalkoholizm* czy *DDA* innymi określeniami.

Naukowiec (2): (...) Można powiedzieć, że to są „dorośli z rodzin z problemem uzależnienia”. Uzależnienia rozumianego szeroko. (...) „Osoba w związku z osobą uzależnioną” jest stwierdzeniem faktu, a z faktami się nie dyskutuje. Nie określa i nie stygmatyzuje to nikogo.

Psychoterapeutka (6): Wiesz, często się zdarza, że wsparcia wymagają rodzice dzieciaków z problemem uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Przy czym te dzieciaki są bardzo po prostu diagnozowane jako uzależnione. I ja też trochę zgrzytam zębami. Niedawno prowadziłam dyskusję z jednym z moich superwizantów, który pracuje w ośrodku dla dzieci i młodzieży, i który poprosił mnie o polecenie terapeutów dla rodziców. Gdy zapytałam, jaki problem mają ci rodzice, terapii o jakim profilu by potrzebowali, odpowiedział mi, że chodzi o współuzależnienie. A to jest przecież taki pojemny worek. Ja nie wiem, czy ci ludzie mają problem z komunikacją, z przemocą, niewydolnością wychowawczą czy z własnymi uzależnieniami i kłopotami osobowościowymi, i wrzucanie ich do wspólnego worka pod hasłem „współuzależnienie”, dlatego że ich dziecko znajduje się w ośrodku z powodu zażywania narkotyków, jest jakimś dramatycznym nadużyciem diagnostycznym.

Ekspertka (3): Środowisku „narkotykowemu” koncept ten kojarzy się bardziej z rodzicami niż z partnerami. Co by oznaczało, że myślenie o tej kwestii wymagałoby myślenia szerzej o rodzinie z problemem czy doświadczającej problemów. Jeśli młodzi piją alkohol, nie mówimy o nich „uzależnieni”, tylko mówimy o „picciu alkoholu przez młodzież”. Czyli dla nas siedemnastolatek nie jest (...) uzależniony, tylko znajduje się w kategorii „picie alkoholu przez młodzież”.

Osoby korzystające ze wsparcia grup samopomocowych

ew. Uczestnicy/uczestniczki spotkań grup samopomocowych

Członkowie/członkinie wspólnoty/ruchu AA/AN/AH

Uczestnicy/uczestniczki spotkań AA/AN/AH

Propozycja dotyczy zastąpienia określeń używanych do opisu osób korzystających z takich form pomocy, jak ruch Anonimowi Alkoholicy, Anonimowi Narkomani, Anonimowi Hazardziści, dlatego też wymaga szczególnego komentarza. Po pierwsze, określenia AA, AN i AH mają węższy zakres znaczeniowy niż *osoby korzystające ze wsparcia grup samopomocowych*. Po drugie, to zastrzeżenie terminologiczne nie dotyczy ani nazw historycznych, ani indywidualnych decyzji dotyczących samookreślenia się przez osoby zrzeszone w tych ruchach – traktujemy je z szacunkiem.

Uzasadnienie wyboru

Jak już wskazywano wcześniej, eksperci są zgodni, że określenia *alkoholik*, *narkoman* czy *hazardzista* są stygmatyzujące i nie powinny być używane. Z tych powodów sugerowano, aby osoby niezrzeszone w ruchach Anonimowych Alkoholików, Anonimowych Narkomanów czy też Anonimowych Hazardzistów unikały stygmatyzujących określeń w odniesieniu do osób korzystających ze wsparcia tych grup, na przykład poprzez stosowanie skrótów AA, AN, AH. Możemy mówić o *osobach zrzeszonych w ruchu AA, AN, AH, uczestnikach grup/spotkań/mitingów AA, AN, AH, członkach wspólnoty AA, AN, AH*. Jednocześnie należy podkreślić, że wśród ekspertów panował konsensus co do tego, że w odniesieniu do historycznych nazw organizacji samopomocowych oraz do osób zrzeszonych w tych organizacjach stosowane nazewnictwo stanowi autonomiczną

decyzję tych osób i organizacji – należy je traktować z szacunkiem i zrozumieniem dla indywidualnych wyborów.

Psychoterapeuta (9): Jeśli ktoś chce należeć do takiej wspólnoty i tak siebie nazywać, jest to jego wolna wola. Trzeba jednak pamiętać, że „alkoholik”, „narkoman”, „hazardzista” to pojęcia stygmatyzujące (...). Może najbardziej adekwatne byłyby „osoby zrzeszone”, bo żadna z tych struktur nie jest organizacją, trudno więc powiedzieć, że to są członkowie, uczestnicy, zrzeszeni czy zjednoczeni. Ja mówię pacjentom, że istnieją mityngi, opowiadam, na czym polegają, i zapraszam na nie, żeby mogli zobaczyć, czy to jest miejsce dla nich. A jeśli pacjent wybrał się na spotkanie, to je potem omawiamy.

Psychoterapeutka (1): Myślę, że „Anonimowi Alkoholicy” czy „Anonimowi Narkomani” są stygmatyzujący, ale to jest prawo grupy, by się w taki sposób nazywać, i ja bym w to nie ingerowała. Mają prawo tak się nazywać, jeśli chcą. Wielu z nich mówi, że świetnie, że się tak nazywają, (...) oni są bardzo dumnymi alkoholikami. Uważam, że to jest dyskusyjne, ale nie wtrącamy się w to.

Naukowiec (2): „Anonimowi Alkoholicy” to jest termin, który ma wartość historyczną i nie można go zmieniać. Taka jest nazwa oryginalna i według mnie byłoby chore, gdybyśmy wprowadzali tu jakąś poprawność. „Członkowie AA” – każdy wie, co znaczy skrót AA. Uważam, że ten termin pasuje dobrze tylko do tych ruchów samopomocowych. Nie podoba mi się, kiedy ludzie, przedstawiając się, mówią w ten sposób o sobie. Jeżeli natomiast dzieje się to w ramach mityngu, uznaję, że taka jest konwencja (...). To jest oryginalna nazwa, więc powinniśmy ją pozostawić.

Pacjentom najbliższe było określenie wspólnota.

Pacjentka (2): Najbardziej mi się podobają „członkowie wspólnoty”.

Pacjent (3): Mnie także, bo słowo „wspólnota” jest jakoś bardziej wzniosłe.

Pacjentka (2): I mówi o tym, że jest nas wielu.

Pacjent (4): A poza tym wskazuje, że jesteśmy razem.

Pacjent (3): Tak, to jest takie miłe i wzniosłe słowo.

Pacjent (2): Tak. (...)

Pacjent (4): Wczoraj byłem na spotkaniu AA i ktoś powiedział, bardzo trafnie zresztą, że siedzenie w salce jakiegoś kościoła, z tym ogniem wokół jest jakieś takie pierwotne, jak narada wojenna czy plemienna, i to jest właśnie ta wspólnota. (...)

Pacjent (3): „Członkowie wspólnoty AA” jest chyba najlepsze.

Pacjent (4): Nobilitujące, bo jej członkowie tworzą wspólnotę, czyli tworzą jedność.

(fragment wywiadu grupowego nr 1 z pacjentami)

Z używaniem substancji psychoaktywnych, szczególnie alkoholu, wiążą się zachowania agresywne i przestępczość, w tym przemoc seksualna i domowa, przejawiająca się w różnych formach: przemocy fizycznej, psychicznej i ekonomicznej (Klingemann i Gmel, 2001). Przykładowo, z danych polskiej policji wynika, że w 2023 roku blisko 78 tysięcy osób doświadczyło przemocy w rodzinie. W tej grupie 66% stanowiły kobiety, 22% dzieci, 12% mężczyźni. Wśród osób podejrzewanych o stosowanie przemocy w rodzinie blisko 40% stanowiły osoby będące pod wpływem alkoholu.

Zarówno eksperci, jak i pacjenci zgadzają się, że – w kontekście języka – ważna jest rezygnacja z określenia *ofiara przemocy*. Zaproponowano również wymienne stosowanie (w zależności od kontekstu) określeń: *osoba stosująca przemoc* i *sprawca przemocy*. Jednocześnie wskazano, że określenie *osoba z doświadczeniem przemocy* dotyczy zarówno osób, które przemocy doświadczyły, jak i tych, które ją stosowały, a zatem rzecz wymaga rozróżnienia. Z perspektywy ekspertów istotne jest również usystematyzowanie stosowanej terminologii, jeśli chodzi o to, jakiego czasu dotyczy to doświadczenie – czy teraźniejszości, czy też zdarzeń z przeszłości. Dostrzeżono również trzecią ważną kategorię osób z doświadczeniem przemocy – *świadków przemocy*. Świadek przemocy to często ktoś, kto pomaga zatrzymać przemoc poprzez udzielenie pomocy osobie pokrzywdzonej, umożliwia wyjście z trudnej sytuacji i zapewnienie bezpieczeństwa.

Psychoterapeuta (9): Jeżeli chodzi o „osobę z doświadczeniem przemocy”, to wydaje mi się, że termin ten jest neutralny, a także sugeruje, że doświadczenie może przeminąć – i chyba o to właśnie chodzi w pracy z taką osobą. (...)

Ekspertka (8): Ze wszystkimi w pełni się zgadzam. „Ofiarę” bym wyrzuciła, „sprawcę” zostawiła, bo niesie inny ładunek emocjonalny. O innym doświadczeniu mówimy, z innej strony. Zostawiłabym też „osobę stosującą przemoc”. Przy tych dwóch określeniach bym pozostała – i stosowała w zależności od sytuacji, z jaką mamy do czynienia.

(fragment wywiadu grupowego nr 1)

Ekspert (7): „Osoba, która doświadczyła przemocy”.

Naukowczyni (8): Najtrudniejsze jest to, że ta sama osoba mogła doświadczyć przemocy i ją stosować.

Ekspert (7): Tak, oczywiście.

(fragment wywiadu grupowego nr 3)

Psychoterapeutka (6): Sformułowanie „osoba z doświadczeniem przemocy” nie wskazuje, czy to jest ofiara, czy sprawca.

Naukowczyni (5): Ja to samo mam do dodania, plus jeszcze: świadek. W literaturze czasami tak się różnicuje doświadczanie przemocy: bycie w roli świadka, w roli sprawcy lub w roli ofiary. I te trzy grupy doświadczają przemocy w inny sposób. Określenie „osoby z doświadczeniem przemocy” nie jest jednoznaczne.

Psychoterapeutka (6): A może rozwiązaniem byłoby wyodrębnienie osobnej kategorii „osoba z doświadczeniem przemocy”

i dodawanie w nawiasie: „stosująca”, „doświadczająca” lub „świadek”.

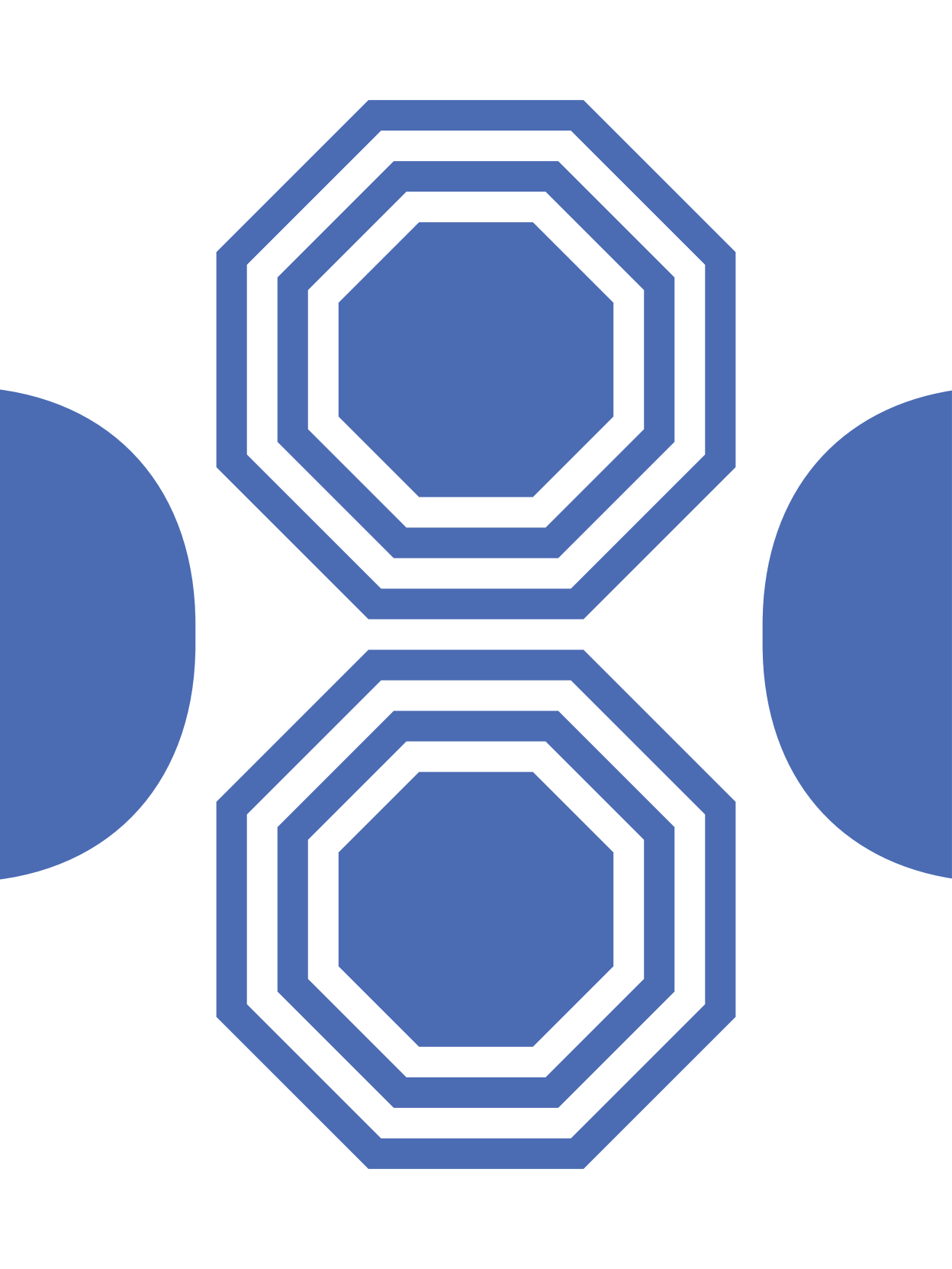
Naukowiec (5): Bycie świadkiem, chociażby w przypadku dziecka, jest trochę traumatyzujące. (...)

Psychoterapeutka (6): No i do tego jeszcze dobrze byłoby wprowadzić rozróżnienie na doświadczenia obecne i przeszłe, ale to już jest uszczegółowienie.

Psychoterapeutka (4): A mnie się wydaje, że w wyrażeniu „z doświadczeniem przemocy” zawiera się nieograniczona przestrzeń, że mogłoby to być zarówno doświadczanie z przeszłości, jak i teraźniejsze.

Psychoterapeutka (6): Rzeczywiście, jest tutaj pole do indywidualizowania znaczenia.

(fragment wywiadu grupowego nr 4)





*Język, którego używamy,
odzwierciedla naszą
wrażliwość i otwartość
na drugiego człowieka.*

Osoba doświadczająca przemocy

ew. **Osoba, która doświadcza przemocy**

Osoba, która doświadczyła przemocy

Zastępuje określenie: *ofiara przemocy*

Uzasadnienie wyboru

Określenie *osoba doświadczająca przemocy* uznano za termin, który bardziej adekwatnie opisuje doświadczenie przemocy – bez etykietowania czy nadawania osobie tożsamości ofiary. Jednocześnie zarówno eksperci, jak i pacjenci podkreślali potrzebę zróżnicowania terminologii w zależności od tego, czy doświadczenie przemocy dotyczy przeszłości, czy sytuacji obecnej – *osoba, która doświadczyła przemocy* to ktoś, kto ma to doświadczenie za sobą, natomiast *osoba doświadczająca przemocy* i *osoba, która doświadcza przemocy* to ktoś, kto aktualnie zwraca się po pomoc i wsparcie w związku z tym traumatyzującym doświadczeniem. Warto pamiętać o tym, że określenie *ofiara przemocy* było przez lata wyrazem troski, współczucia i empatii, jednak nasze widzenie spraw, a w związku z tym także język, ewoluuje i obecnie należałoby zrezygnować z tego terminu.

Psychoterapeuta (9): „Ofiara przemocy” potwornie stygmatyzuje. Ja mówię „osoba doświadczająca przemocy”. Nie dość, że *osoba doświadczyła przemocy*, to jeszcze jest stygmatyzowana, bo „ofiara przemocy” niesie ze sobą negatywne konotacje: ty ofiario jedna, jesteś ofiarą losu. Nie używam więc słowa „ofiara”. Mówię do osób, z którymi pracuję, na przykład tak: „doświadczyła pani przemocy”, „sprawca stosował wobec pani przemoc”.

Naukowczyni (8): „Ofiara przemocy” jest stygmatyzująca, sprawia, że w jakiś sposób do końca życia zostaje się ofiarą przemocy. Następuje tu jakby wtórna wiktymizacja. Lepiej mówić o tym, że ktoś doświadczył przemocy.

Naukowiec (4): (...) z perspektywy pracy psychologa lepiej mówić: „osoba doświadczająca przemocy” czy „z doświadczeniem przemocy”; jeśli to się działo w przeszłości. (...) „Osoba doświadczająca przemocy” mówi bardziej o tym, co dzieje się aktualnie.

Ekspertka (1): (...) widzenie człowieka jako ofiary odrzucam, bardziej mi się podoba „osoba doświadczająca przemocy. „Ofiara” to pojęcie, które nadmiernie generalizuje ogląd człowieka. Oczywiście mam świadomość, że to się zmienia w czasie. Kiedy trzydzieści lat temu nazywaliśmy kogoś „ofiara przemocy”, wyrażaliśmy w ten sposób współczucie, empatię (że to taka biedna osoba). Obecnie może to być raczej stygmatyzujące. (...) Rzeczy zmieniają się w czasie, nic nie jest na stałe, nic nie jest na zawsze, język ewoluuje.

(fragment wywiadu grupowego nr 2)

Uzasadnienie wyboru

Część ekspertów uznała określenie *sprawca przemocy* za stygmatyzujące, za takie, które nadaje osobie tożsamość sprawcy i nie daje jej szansy na zmianę swojego zachowania. Wskazywano też na fakt, że terminy *sprawca* i *ofiara* są określeniami z dziedziny prawa i że w pracy terapeutycznej bardziej adekwatne jest używanie terminu *osoba stosująca przemoc*. Psychoterapeuci wskazali jednak, że w pracy z osobami, które doświadczyły przemocy, często celowo używają terminu *sprawca przemocy*, aby poprzez ten zabieg językowy udzielić pacjentom wsparcia i wzmocnić sojusz terapeutyczny. Tym samym, niektórzy z ekspertów byli zdania, że termin *sprawca przemocy* może być używany zamiennie z terminem *osoba stosująca przemoc*, w zależności od kontekstu.

Ekspertka (3): Nie lubię określić „ofiara przemocy” i „sprawca przemocy”, bo nie pozostawiają nadziei. Jak ktoś jest ofiarą, to nią będzie już zawsze, a jak ktoś jest sprawcą, to nadal nim pozostanie. Wolę, gdy mówimy o czynnościach, o sytuacjach, które można zmienić.

Psychoterapeuta (9): „Sprawca przemocy”, tak. Mam wobec sprawców ogromny uraz i mówię „sprawca przemocy”, bo ich po prostu nie lubię, z pełną świadomością. Wiem, że powinno się mówić „osoba stosująca przemoc”, ale ja nie umiem, choć

próbowałem to przepracować. Siłą rzeczy nie pracuję z osobami stosującymi przemoc, zbyt dużo mam osobistych negatywnych przekonań. (...) Słyszałem i inne określenia, dużo bardziej stygmatyzujące, zarówno od osób, które tej przemocy doświadczają, jak i ją stosują. Mówi się o „znętach”, o „dwieście siódemkach” – to bardzo stygmatyzujące, to są takie określenia, w których wyraża się swoją złość, wylewa emocje wobec sprawcy.

Psychoterapeuta (6): Rzeczywiście wolę mówić o „osobie doświadczającej przemocy”, natomiast już ze „sprawcą przemocy” mam kłopot. Trochę chciałabym go stygmatyzować, by podkreślić, kto jest winny, by osoba, która przemocy doświadcza, miała jasność, kto za przemoc odpowiada. By było jasne, że osoba stosująca przemoc jest sprawcą.

Psychoterapeutka (1): Sprawca czyni przemoc, to jego działania zostawiają siniaki, to on przypala papierosy na osobie doświadczającej przemocy itd., więc określenie „sprawca” jest z perspektywy osób doświadczających przemocy bardziej adekwatne i ma większy efekt terapeutyczny, bo sprawca może zostać ukarany. „Osoba stosująca przemoc” brzmi enigmatycznie. „Sprawca” to natomiast ktoś, kto powinien zostać ukarany, i w związku z tym terapia może się zakończyć sukcesem dla osoby, która przemocy doświadczyła. Nie chcę więc tego łagodzić. Choć wiem, że to nie jest poprawne.

Psychoterapeuta (9): Ale mówisz to z perspektywy pracy z osobą doświadczającą przemocy. Jeżeli jednak pracuje się z osobą stosującą przemoc... (...)

Psychoterapeuta (5): Zostawiłbym waszą propozycję, zostawiłbym „osobę stosującą przemoc”, ale z możliwością użycia terminu „sprawca przemocy”. Moim zdaniem inny jest ładunek emocjonalny i obciążenie po stronie sprawcy, a inny ofiary przemocy. Zdecydowanie.

(fragment wywiadu grupowego nr 1)

Osoby w trakcie leczenia uzależnienia

ew. Pacjenci/pacjentki placówek leczenia uzależnień/
zaburzeń używania substancji psychoaktywnych oraz
uzależnień behawioralnych

Pacjent/pacjentka lub uczestnik/uczestniczka
programu terapeutycznego

Pacjent/pacjentka w leczeniu substytucyjnym

Uczestnik/uczestniczka programu redukcji szkód

W odniesieniu do przeszłości:

Osoba, która ukończyła psychoterapię uzależnienia /
zaburzeń używania substancji psychoaktywnych /
zaburzeń behawioralnych

ew. Osoba, która zakończyła leczenie uzależnienia

Osoba po przebytej psychoterapii zaburzeń używania
substancji psychoaktywnych / zaburzeń behawioralnych

Terminy, które pojawiły się w obrębie niniejszego hasła, wymagające
doprecyzowania:

Leczenie uzależnień, lub szerzej: **zaburzeń używania substancji psychoaktywnych / zaburzeń behawioralnych**, obejmuje psychoterapię i farmakoterapię uzależnienia oraz inne dodatkowe formy wsparcia psychospołecznego.

Pacjent/pacjentka – osoba korzystająca ze świadczeń opieki zdrowotnej, niezależnie od tego, czy jest zdrowa, czy chora. Ma zagwarantowane prawa pacjenta. Pojęcie to wywodzi się z łaciny, gdzie *patiens* oznaczało m.in. osobę cierpiącą coś lub na coś i potrzebującą pomocy. W niektórych

nurtach terapeutycznych pojęcie to bywa używane wymiennie z określeniem *klient* (*pacjent-klient, p/k*).

Uzasadnienie wyboru

W 2023 roku w polskich placówkach leczenia uzależnień leczyło się 270 tysięcy osób. Decyzja dotycząca terminu, jakim należałoby określać te osoby, nie jest wcale oczywista i wywołała wiele emocji. Oś sporu pomiędzy ekspertami dotyczy przede wszystkim dwóch terminów: *pacjent* czy *klient*. Podkreślano, że wybór pomiędzy tymi dwoma określeniami zależy zarówno od filozofii pomagania, jak i od typu programu. Niektórzy z ekspertów oraz część pacjentów – ekspertów przez doświadczenie – zamiast terminu *klient* lub *pacjent* wybrali bardziej neutralny termin: *uczestnik*.

Naukowczyni (8): To, czy mówimy „odbiorca”, czy „klient” zależy od filozofii pomagania, jaką reprezentuje dana jednostka. Nie mam problemu, jeżeli chodzi o leczenie, żeby mówić „pacjent” i ujmować rzecz w kategorii pomagania lub jeśli oferta jest raczej usługą, żeby mówić „odbiorca” czy „klient”. To zależy od filozofii świadczenia usługi.

Psychoterapeuta (7): Kierowałem się takim rozumieniem, że programy terapeutyczne i substytucyjne są generalnie programami z obszaru służby zdrowia i świadczeń medycznych. (...) I jeśli ktoś przychodzi do poradni i korzysta z pomocy, nazywamy go pacjentem, a kiedy przychodzi skorzystać z programu redukcji szkód, żeby wymienić igłę i strzykawkę, zjeść obiad czy się wykapać, nazywamy go klientem. (...) „Uczestnik” jest bardzo neutralny.

Ekspert (7): Pamiętam sprzed lat batalię o używanie formy „klient”, która tak naprawdę wiązała się z pewną walką o prawa, bo klient może wymagać, może stawiać jakieś warunki, może odmówić – ma wybór. To było kiedyś szalenie istotne, żeby posługiwać się tym „klientem”. Jednak teraz, kiedy medyczne podejście

do uzależnień się rozszerza i daje klientom prawa pacjenta, sytuacja troszkę się zmienia. W placówkach leczenia uzależnień finansowanych przez NFZ działają prawa pacjenta i to był wielki sukces. (...) W obszarze uzależnień od substancji psychoaktywnych podejmujemy różne działania – mamy zintegrowane programy lecznicze, terapeutyczne, medyczne, prawne, redukcji szkód, socjalne. I oczywiście tam, gdzie mamy do czynienia z opieką socjalną, z pomocą prawną, używamy słowa „klient”. W obszarze świadczeń medycznych musi to jednak być „pacjent”. I chyba nie sprawi wiele kłopotu wszystkim pamiętać, w jakich sytuacjach którego określenia używać.

(fragment wywiadu grupowego nr 3)

Psychoterapeuta (5): „Uczestnik” to ktoś, kto aktywnie uczestniczy w procesie psychoterapii, czy to indywidualnej, czy to grupowej. „Pacjent” to ktoś, kto jest odbiorcą świadczeń. „Klient” to ktoś, kto wchodzi w relację biorę–daję. „Odbiorca” ma znaczenie bardzo bierne.

Naukowczyni (5): „Pacjent” kojarzy mi się z kimś chorym, w piżamie, w szlafroku, który w klapkach snuje się po oddziale. W innej roli chciałabym jednak widzieć osobę uczestniczącą w programie terapeutycznym. (...) „Klient programu” też wydał mi się nieadekwatny, bo kojarzy się z ośrodkami dla VIP-ów, którzy kupują usługę, korzystają z niej, oceniają – i nie angażują się.

Psychoterapeuta (9): „Pacjent programu”, „Klient” bardziej mi się kojarzy z klientem pomocy społecznej. Pracuję głównie w ramach NFZ, więc „pacjent”. Najbardziej spodobali mi się: „odbiorca programu” i „uczestnik programu”. To jest chyba najbardziej adekwatne, a przy tym neutralne, nie niesie negatywnych konotacji. „Uczestnik programu terapeutycznego”, „uczestnik programu rehabilitacyjnego”.

Zwolennicy terminu *pacjent* podkreślali, że relacja pacjent–terapeuta może być relacją partnerską oraz że z rolą pacjenta wiążą się zarówno obowiązki, jak i przywileje, w tym zagwarantowane ustawą o prawach pacjenta. Co istotne, w sytuacji naruszenia tych praw pacjenci mogą zwrócić się o pomoc do Rzecznika Praw Pacjenta. Niechcąc do terminu *pacjent* może się brać z mylnej interpretacji tego słowa, które wywodzi się z łaciny i oznacza osobę cierpiącą coś lub na coś i potrzebującą pomocy.

Ekspert (2): „Pacjent” czy „klient” – moim zdaniem ta dyskusja wzięła się u nas z fałszywej interpretacji słowa „pacjent”. Zetknąłem się kilka razy z tym, że ludzie wywodzą słowo z języka angielskiego, gdzie „patient” to ten cierpliwy, który czeka, i stanowi to dla nich niejako ocenę polskiego systemu ochrony zdrowia. Nie wiedzą, że słowo pochodzi z łaciny i oznacza cierpiącego człowieka. Ja nie lubię określenia „klient”, uważam, że „pacjent” jest adekwatne – to człowiek cierpiący, który potrzebuje pomocy i z niej korzysta, a „klient” wydaje mi się sztuczny. (...) Chyba najbliższe mi jest mówienie „po przebytej terapii”, bo to nie wymusza na mnie decydowania, czy terapia była skuteczna, czy nieskuteczna, czy osoba utrzymuje abstynencję, czy nie, czy zdrowieje, czy nie.

Ekspertka (6): Ja nie do końca czuję „klienta”. Ze swojej perspektywy nie widzę niczego stygmatyzującego w „pacjencie”. Uważam, że „klient” to jest próba wyrównania pewnych relacji słownictwem. Sytuacja uzależnienia i kontaktu z osobą, która to diagnozuje i leczy, jest kontaktem kogoś, kto potrzebuje pomocy, z kimś, kto daje nadzieję na udzielenie tej pomocy, i nie jest to relacja równorzędna, choć może być partnerska. Tak jak w relacji lekarz–pacjent, która również może odbywać się po partnersku. Nie jest to jednak relacja z klientem. Uważam, że pewną krzywdą dla pacjentów jest robienie z nich klientów.

Moderator: Słyszę, gdy to mówisz, że chciałabyś pozwolić osobom poszukującym pomocy na wejście w rolę pacjenta i przyzwolenie sobie na poszukiwanie pomocy właśnie.

Ekspertka (6): Dokładnie tak, i na pewne przywileje związane z tym, że jest się pacjentem. Przywileje związane z byciem „klientem” w sytuacji, kiedy się doświadcza jakiegoś problemu, nie rekompensują strat, które wynikają z tego, że nie jest się „pacjentem”.

Psychoterapeutka (1): „Klient” może być uczestnikiem programu wsparcia, jednak w placówce nie może nim być, bo gdybyśmy się o to pokusili, to jednocześnie pozbawilibyśmy go praw pacjenta. Nie mamy praw klienta. „Odbiorca programu terapeutycznego” jest w moim odbiorze nieadekwatny. „Uczestnika programu terapeutycznego” akceptuję.

Psychoterapeuta (5): Dyskusja „pacjent” czy „klient” ciągnie się od końca lat 90. Były osoby z nurtu psychoterapii, powiedziałyby: humanistycznej, które uważały, że to jest rodzaj transakcji aktywizującej obie strony. Jednak od początku ta propozycja była skazana na porażkę, odrzuciłbym ją, bo nie oddaje istoty rzeczy. Jest zbyt szerokim pojęciem i kojarzy się z wieloma innymi rzeczami, z salonem samochodowym chociażby. Ja jestem za stosowaniem terminu „uczestnik” zamiast „klient”. Nawet zamiast „pacjent”, choć „pacjent” jest OK. Pracujemy w ramach ochrony zdrowia i nie ma sensu wymyślać nowych terminów. Istnieją różne specyficzne pomysły terapeutyczne, czy to w obszarze przeciwdziałania, czy w pracy z naszymi pacjentami, jednak jakoś nie potrafię mówić o uczestnikach, że są klientami, np. klientami programu redukcji szkód.

Psychoterapeutka (1): No właśnie, ja jestem klientką mojej fryzjerki. Przychodzę, płacę i oczekuję określonej fryzury. Natomiast „uczestnik” to jest znacznie więcej. Słowo to mówi, że ktoś uczestniczy, jest zaangażowany. I zmienia się całe myślenie o tej relacji – zarówno jeśli jest to relacja terapeutyczna, jak i program. „Uczestnicy” czegoś chcą i mają swoje cele.

(fragment wywiadu grupowego nr 1)

Burzliwa dyskusja pacjentów o tym, jakich określeń chcieliby używać wobec siebie – *uczestnik* czy *pacjent* – do złudzenia przypominała spory ekspertów. Z jednej strony wskazywano, że słowo *pacjent* sugeruje chorobę oraz proces leczenia, w którym biorą udział profesjonaliści (co jest istotnym przekazem społecznym podkreślającym fakt, że uzależnienie jest chorobą), z drugiej mieli poczucie, że termin ten implikuje pasywną postawę wobec procesu leczenia. Zdaniem części pacjentów placówek leczenia uzależnień oddziaływania psychoterapeutyczne nie do końca są leczeniem *sensu stricto*, które bardziej kojarzy im się z przyjmowaniem leków czy też z leżeniem w szpitalnym łóżku. Stąd preferencje części pacjentów zmierzały ku terminowi *uczestnik*, który w ich odczuciu sugeruje aktywną postawę i dobrowolność uczestnictwa w terapii oraz proces leczenia oparty przede wszystkim na oddziaływaniach psychoterapeutycznych (a nie farmakologicznych).

Pacjent (6): „Osoba w trakcie leczenia” (...)

Pacjentka (2): Wiele razy mówiło się o „pacjentach”.

Pacjent (4): Nazywano nas „pacjentami”.

Pacjent (5): „Uczestnik programu terapeutycznego”.

Pacjentka (1): Ale „uczestnik” podkreśla dobrowolność.

Pacjentka (2): Dobrowolność, tak. Bo na pewnym etapie nie musimy już brać udziału, nikt nas nie trzyma.

Moderator: A „pacjent”? Czy podkreśla dobrowolność?

Pacjent (1): Niekoniecznie.

Pacjent (4): Z wolnej woli, ale i z konieczności. (...)

Pacjentka (1): Mówią o nas „pacjenci”. My o sobie myślimy bardziej jak o „uczestnikach”.

Pacjent (2): „Pacjent” byłoby w porządku. Zakładamy, że to ma wyglądać przekaz. Pacjent kojarzy się po pierwsze z chorobą. A tu mówimy raczej o chorobach. Po drugie, na pewno nie kojarzy się negatywnie.

Moderator: Czy używanie słowa „pacjent” bardziej uświadamiałoby fakt, że uzależnienie jest chorobą?

Pacjent (2): I że się leczymy – tak.

Moderator: A pani mówiła, że myśli o sobie raczej jako o uczestnicze?

Pacjentka (1): Tak. Psychoterapia niekoniecznie jest dla mnie leczeniem. Samo leczenie bardziej mi się kojarzy z medycyną, nie wiem, stricte działającą (...) Nie bardzo pasuje mi słowo „pacjent”.

Pacjent (1): Ale „pacjent” określa też, że ktoś się fachowo nami zajmuje. „Uczestnik” natomiast to uczestnik grupy AA. Tam nie ma fachowców.

Pacjentka (2): Racja. (...)

Pacjent (4): Na pewno nie „klient”, bo to słowo określa, że się płaci i oczekuje.

Pacjent (3): „Pacjent” – w naszym przypadku to jest odpowiednia forma. Pacjent kojarzy mi się z osobą, która przebywa w szpitalu i nie jest za bardzo związana z tym, co tu się dzieje. „Pacjent programu terapeutycznego”. Na pewno nie „klient”. Klient może być w kasynie albo w sklepie.

Pacjent (3): Tak, ale „uczestnik” umniejsza.

Pacjent (4): Zgadzam się.

Pacjent (1): Ja się z tym nie zgadzam, dlatego że pacjent to jest osoba, praktycznie rzecz biorąc, definiowana w ten sposób, że coś jest z nią nie tak. A ja tutaj nie jestem pacjentem, ja się nie czuję pacjentem, ja się czuję osobą, która uczestniczy w leczeniu. I druga rzecz bardzo ważna: jak odbierają to osoby z zewnątrz. Uczestniczę w terapii i ludzie inaczej reagują, gdy mówię, że jestem pacjentem, a inaczej, gdy uczestnikiem. Jeśli określam siebie jako pacjenta, pytają, czy jestem chory, może wykończony i tak dalej. Jeśli mówię o sobie jako o uczestniku, to patrzą na mnie inaczej, jak na kogoś, kto uczestniczy.

Pacjentka (2): Czyli chce.

Pacjent (1): Czyli chce.

Pacjentka (2): A nie musi. (...)

Pacjent (1): Ja osobiście się nie zgadzam, żeby ktoś mówił o mnie „pacjent”. Ja się czuję upokorzony, jeśli ktoś nazywa mnie pacjentem. Pacjent, czyli ktoś naprawdę chory.

Pacjent (2): Jesteś chory.

Pacjent (1): Ja tutaj jestem uczestnikiem, nie jestem pacjentem. Tu mnie nikt nie leczy strzykawką – takie są skojarzenia. (...)

Pacjent (3): Jak to nie? Twierdzisz, że uzależnienie to choroba, a nie mówisz „pacjent” tylko „uczestnik”? Rozumiem, co chcesz powiedzieć, że „uczestnik” jest łagodniej postrzegany na zewnątrz. Natomiast jeżeli ktoś jest uzależniony i to jest choroba, to się to leczy i wtedy jesteś pacjentem, a nie uczestnikiem.

Pacjent (1): Ale nasze spotkanie ma na celu wypracowanie takiej metody, tak to przynajmniej rozumiem, żeby sprawy były postrzegane w taki, a nie inny sposób. Że taki ktoś nie jest degeneratem.

Pacjentka (2): Przywiązanym do łóżka.

Pacjent (1): Tylko osobą chorą, która uczestniczy w leczeniu.

Pacjentka (2): Pacjent kojarzy mi się z łóżkiem, byciem przywiązanym – musisz tu być i koniec.

(fragment wywiadu grupowego nr 2 z pacjentami)

Język, którego używamy, odzwierciedla naszą wrażliwość i otwartość na drugiego człowieka. Słowa mają moc kształtowania rzeczywistości społecznej, dlatego tak ważne jest, aby język uzależnień był niestygmatyzujący i wyrażał szacunek oraz poszanowanie godności każdej osoby. Niniejszy przewodnik po języku niedyskryminującym stanowi krok na drodze budowania bardziej otwartego i empatycznego podejścia do złożonego zjawiska, jakim jest uzależnienie – powstał jako próba przełamania chaosu pojęciowego i językowej pułapki uzależnienia. Ma na celu również wprowadzenie do języka uzależnień neutralnych pojęć, których funkcją jest nazywanie, określanie i opisywanie, a nie wyrażanie emocji.

Przewodnik adresujemy do osób zainteresowanych żywym językiem uzależnień i jego funkcjonowaniem w przestrzeni społecznej. Podstawę opisu stanowi tu język polski, polskie realia i społeczne uwarunkowania uzależnień, mimo że konceptualizacje oraz klasyfikacje uzależnień mają międzynarodowy charakter.

Naszym celem była prezentacja języka aktualnego i żywego, jakim na co dzień posługują się eksperci w warunkach komunikacji społecznej. Jednocześnie naszą ambicją było poznanie kompetencji i doświadczenia językowego ekspertów zaproszonych do badania, prześledzenie, jak z języka korzystają i jak go wzbogacają. Przyjęta koncepcja odwoływania się do wiedzy i językowych kompetencji ekspertów zadecydowała o rezygnacji z przedstawienia ujęć teoretycznych na rzecz skoncentrowania uwagi na praktyce językowej oraz na poznaniu zależności zachowań językowych od warunków i okoliczności, w których odbywa się komunikacja.

Niestety język uzależnień często przenosi i utrwała szkodliwe stereotypy i przez to wpływa negatywnie na samoocenę osób uzależnionych, ich bliskich, jak również na praktykę terapeutyczną, kliniczną, politykę i prawo. Stygmatyzacja uzależnień ma wymiar medyczny, społeczny, polityczny i osobisty – te różne wymiary wzajemnie się przeplatają i wzmacniają. Możemy temu przeciwdziałać, rezygnując ze stygmatyzujących i nieadekwatnych określeń – i w ten sposób pomóc osobom z uzależnieniami oraz ich bliskim w procesie zdrowienia. Stygmatyzujące i piętnujące określenia utrwalają szkodliwe stereotypy i podsycają negatywne nastawienie społeczne wobec osób uzależnionych.

Na stronach przewodnika zaproponowaliśmy katalog niestygmatyzujących terminów i określeń dla różnych przejawów uzależnień. Kluczowe znaczenie ma stosowanie wolnych od stygmatyzacji terminów w odniesieniu do samych osób borykających się z problemem uzależnienia. Zamiast piętnujących określeń, takich jak alkoholik, narkoman czy hazardzista, ta publikacja proponuje terminy odnoszące się do konkretnego problemu, a nie tożsamości człowieka.

Zmiana języka to proces ewolucyjny i początkowo może się wydawać zadaniem skazanym na porażkę. Jednak stosując język szacunku i empatii zawarty w niniejszym przewodniku, możemy przyczynić się do budowania bardziej inkluzywnego i nastawionego na rozumienie podejścia do zjawiska uzależnień. Taki język otwiera drzwi do społecznej integracji osób z uzależnieniami, a także ich bliskich i wzmacnia proces zdrowienia.

Pamiętajmy, słowa to nie tylko środek komunikacji. Opisuując fakty i zjawiska, wyrażamy to, jak rozumiemy otaczający nas świat, jak go odbieramy, ale także, jak za pomocą wypowiedzianych słów – kreujemy. Mamy nadzieję, że niniejszy przewodnik stanie się kamieniem milowym na drodze do społeczeństwa przyjaznego zdrowieniu, akceptującego różnorodność ludzkich doświadczeń, w tym tych związanych z uzależnieniami. To od nas samych zależy, czy będziemy podtrzymywać stygmatyzujące narracje i stereotypy, czy też otworzymy się na empatię i zrozumienie.

- Aagaard, J. (2020). *Beyond the rhetoric of tech addiction: why we should be discussing tech habits instead (and how)*. „Phenomenology and the Cognitive Sciences” 20 (3): 559–572.
- Barnett, A., Dilkes-Frayne, E., Savic, M., & Carter, A. (2018). *When the brain leaves the scanner and enters the clinic*. „Contemporary Drug Problems” 45 (3): 227–243.
- Barry, C., McGinty, E., Pescosolido, B., & Goldman, H. (2014). *Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy: public views about drug addiction and mental illness*. „Psychiatric Services” 65 (10): 1269–1272.
- Bax, T. (2015). „Internet gaming disorder” in China. „Games and Culture” 11 (3): 233–255.
- Bętkowska-Korpała, B., Klingemann, J. (2022). *Używanie alkoholu*. [W:] *Zdrowie publiczne. Wymiar społeczny i ekologiczny* (red. nauk. S. Golinowska). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, s. 205–222.
- Black, D., Shaw, M., & Blum, N. (2010). *Pathological gambling and compulsive buying: do they fall within an obsessive-compulsive spectrum?* „Dialogues in Clinical Neuroscience” 12 (2): 175–185.
- van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2013). *Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review*. „Drug and Alcohol Dependence” 131 (1–2): 23–35.
- Bonebright, C., Clay, D., & Ankenmann, R. (2000). *The relationship of workaholism with work–life conflict, life satisfaction, and purpose in life*. „Journal of Counseling Psychology” 47 (4): 469–477.

- Botticelli, M. P., & Koh, H. K. (2016). *Changing the language of addiction*. „JAMA” 316 (13): 1361–1362.
- Boyd, S. (2014). *The criminal addict: Canadian radio documentary discourse, 1957–1969*. „Contemporary Drug Problems” 41 (2): 201–232.
- Broyles, L., Binswanger, I., Jenkins, J., Finnell, D., Faseru, B., Cavaola, A., ... & Gordon, A. (2014). *Confronting inadvertent stigma and pejorative language in addiction scholarship: a recognition and response*. „Substance Abuse” 35 (3): 217–221.
- Burns, V., Walsh, C., & Smith, J. (2021). *A qualitative exploration of addiction disclosure and stigma among faculty members in a Canadian university context*. „International Journal of Environmental Research and Public Health” 18 (14): 72–74.
- Carpenter, J., Catalanotti, J., Notis, M., Brokus, C., Moran, T., Akselrod, H., ... & Rosenthal, E. (2023). *Use of nonstigmatizing language is associated with improved outcomes in hospitalized people who inject drugs*. „Journal of Hospital Medicine” 18 (8): 670–676.
- Christakis, D. (2010). *Internet addiction: a 21st century epidemic?* „BMC Medicine” 8 (1).
- DeJong, S., Balasanova, A., Frank, A., Ruble, A., Frew, J., Hoefer, M., ... & Schwartz, A. (2021). *Addiction teaching and training in the general psychiatry setting*. „Academic Psychiatry” 46 (3): 381–388.
- Dilkes-Frayne, E. (2014). *Tracing the „event” of drug use: „Context” and the co-production of a night out on MDMA*. „Contemporary Drug Problems” 41: 445–479.
- Duraisingam, V., Pidd, K., Roche, A.M., & O’Connor, J. (2006). *Stress, satisfaction retention among alcohol and other drug workers in Australia*. Adelaide, South Australia: National Centre for Education and Training on Addiction (NCETA), Flinders University.
- Earnshaw, V., Smith, L., & Copenhaver, M. (2012). *Drug addiction stigma in the context of methadone maintenance therapy: an investigation into understudied sources of stigma*. „International Journal of Mental Health and Addiction” 11 (1): 110–122.
- Eaton, K., Ohan, J. L., & Dear, G. (2015). *The stigmatisation of the provision of services for alcohol and other drug users: A systematic literature review*. „Drugs: Education, Prevention and Policy” 22, 19–25.

- Farré, J., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Aragay, N., Mallorquí-Bagué, N., Ferrer, V., ... & Jiménez-Murcia, S. (2015). *Sex addiction and gambling disorder: similarities and differences*. „Comprehensive Psychiatry” 56: 59–68.
- Fiandor-Montesino, J. (2023). *Management of concurrent bipolar I disorder and compulsive sexual behavior disorder: a case report*. „Cureus” 5 (9): e45016. <https://doi.org/10.7759/cureus.45016>.
- Fraser, S., & Moore, D. (Eds.). (2011). *The drug effect: Health, crime and society*. Melbourne: Cambridge University Press.
- Fraser, S., Moore, D., & Keane, H. (2014). *Habits: Remaking addiction*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.
- Fredrickson, A., Gibson, A., Lancaster, K., & Nathan, S. (2019). „Devil’s lure took all I had”: *Moral panic and the discursive construction of crystal methamphetamine in Australian news media*. „Contemporary Drug Problems” 46 (1): 105–121.
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*, New York: Harper & Row.
- Freidson, E. (1975). *Dilemmas in the doctor/patient relationship* [w:] Cox, C. & Mead, A. (Ed.), *A sociology of medical practice*, London: Collier-Macmillan.
- Gilchrist, G., Moskalawicz, J., Slezakova, S., Okruhlica, L., Torrens, M., Vajd, R., & Baldacchino, A. (2011). *Staff regard towards working with substance users: a European multi-centre study*. „Addiction” 106: 1114–1125.
- Gola, M., Lewczuk, K., Potenza, M., Kingston, D., Grubbs, J., Stark, R., ... & Reid, R. (2022). *What should be included in the criteria for compulsive sexual behavior disorder?* „Journal of Behavioral Addictions” 11 (2): 160–165.
- Gomart, E. (2002). *Towards a generous constraint: freedom and coercion in French addiction treatment*. „Sociology of Health & Illness” 24 (5): 517–49.
- Gomart, E. (2004). *Surprised by methadone: In praise of drug substitution treatment in a French clinic*. „Body & Society” 10 (2–3): 85–110.
- Goodyear, K., Haass-Koffler, C., & Chavanne, D. (2018). *Opioid use and stigma: the role of gender, language and precipitating events*. „Drug and Alcohol Dependence” 185: 339–346.
- Granero, R., Fernández-Aranda, F., Mestre-Bach, G., Steward, T., Baño, M., Pino-Gutiérrez, A., ... & Jiménez-Murcia, S. (2016). *Compulsive buying behavior: Clinical comparison with other behavioral addictions*. „Frontiers in Psychology” 7.

- Grant, J. & Chamberlain, S. (2016). *Expanding the definition of addiction: DSM-5 vs. ICD-11*. „CNS Spectrums” 21 (4): 300–303.
- Grant, J., Atmaca, M., Fineberg, N., Fontenelle, L., Matsunaga, H., Reddy, Y., ... & Stein, D. (2014). *Impulse control disorders and „behavioural addictions” in the ICD-11*. „World Psychiatry” 13 (2): 125–127.
- Grant, J., Levine, L., Kim, D., & Potenza, M. (2005). *Impulse control disorders in adult psychiatric inpatients*. „American Journal of Psychiatry” 162 (11): 2184–2188.
- Grant, J., Potenza, M., Weinstein, A., & Gorelick, D. (2010). *Introduction to behavioral addictions*. „The American Journal of Drug and Alcohol Abuse” 36 (5): 233–241.
- Griffiths, M. & Karanika-Murray, M. (2012). *Contextualising over-engagement in work: towards a more global understanding of workaholism as an addiction*. „Journal of Behavioral Addictions” 1 (3): 87–95.
- Habrat, B. (2016). *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Hassett-Walker, C. (2023). *Recovering individuals’ feelings about addict and alcoholic as stigmatized terms: implications for treatment*. „Substance Abuse Research and Treatment” 17.
- Hoffmann, H., Koschinowski, J., Bischof, G., Schomerus, G., & Rumpf H-J. (2020). *Medical students’ readiness for cutbacks in health care expenditures of alcohol-dependent individuals*. „SUCHT” 66: 105–112.
- Jensen, M., Pease, E., Lambert, K., Hickman, D., Robinson, O., McCoy, K., ... & King, J. (2013). *Championing person-first language*. „Journal of the American Psychiatric Nurses Association” 19 (3): 146–151.
- Jo, Y., Bhang, S., Choi, J., Lee, H., Lee, S., & Kweon, Y. (2019). *Clinical characteristics of diagnosis for internet gaming disorder: comparison of DSM-5 IGD and ICD-11 GD diagnosis*. „Journal of Clinical Medicine” 8 (7): 945.
- Kafka, M. (2009). *Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-5*. „Archives of Sexual Behavior” 39 (2): 377–400.
- Karasaki, M., Fraser, S., Moore, D., & Dietze, P. (2012). *The place of volition in addiction: differing approaches and their implications for policy and service provision*. „Drug and Alcohol Review” 32 (2): 195–204.
- Keane, H. (2002). *What’s wrong with addiction?* New York: New York University Press.
- Kennedy-Hendricks, A., Barry, C., Gollust, S., Ensminger, M., Chisolm, M., & McGinty, E. (2017). *Social stigma toward persons with prescription opioid use*

- disorder: associations with public support for punitive and public health-oriented policies. „Psychiatric Services” 68 (5): 462–469.
- Kennedy-Hendricks, A., McGinty, E., & Barry, C. (2016). *Effects of competing narratives on public perceptions of opioid pain reliever addiction during pregnancy*. „Journal of Health Politics Policy and Law” 41 (5): 873–916.
- Kim, S. (2019). *Workaholism, motivation, and addiction in the workplace: a critical review and implications for HRD*. „Human Resource Development Review” 18 (3): 325–348.
- Klingemann, H. & Klingemann, J. (2013). *Czy terapia jest koniecznością? Samowyleczenia a system leczenia*. [W:] Miller P. (red.). *Terapia uzależnień – metody oparte na dowodach naukowych*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, s. 268–286.
- Klingemann, H. & Klingemann, J. (2024). *Quality of life, addiction, and self-change*. [W:] Florence, M., Vanderplasschen, W., Yu, M., De Maeyer, J., Savahl, S. (eds). *Handbook of addiction, recovery and quality of life*. International Handbooks of Quality-of-Life. Springer, Cham.
- Klingemann, J. (2017). *The rights of drug treatment patients: Experience of addiction treatment in Poland from a human rights perspective*. „International Journal of Drug Policy” 43: 67–73.
- Klingemann, J., Bieńkowski, P., Misiak, B., Samochowiec, J. (2024). *Mental health care and addiction services in Poland: a (hi)story of attraction and rejection*. „International Review of Psychiatry”, 1–12.
- Klingemann, J.I. (2010). *Horyzonty zmiany zachowania nałogowego w Polsce*, „Prace Katedry Socjologii Norm, Dewiacji i Kontroli Społecznej”, tom XI, Warszawa: Uniwersytet Warszawski, Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji.
- Klingemann, J.I. (2011). *Lay and professional concepts of alcohol dependence in the process of recovery from addiction among treated and non-treated individuals in Poland – a qualitative study*. „Addiction Research & Theory” 19 (3): 266–275.
- Koski-Jännes, A. (2004). *In search of a comprehensive model of addiction*. [W:] P. Rosenqvist, J. Blomqvist, A. Koski-Jännes, & L. Ojesjo (Eds.), *Addiction and life course*, s. 49–70). Helsinki: NAD.
- Kuusisto, K., Evilampi, S., Ekqvist, E., & Juhila, K. (2021). *Discourses of behavioural addiction, normalisation and techniques of governmentality in inpatient substance abuse treatment*. „Nordic Social Work Research” 13 (2): 217–230.

- Law, J. (2011). *Collateral realities*. [W:] F. Dominguez Rubio & P. Baert (Eds.), *The politics of knowledge*, London: Routledge, s. 156–178.
- Leménager, T., Hoffmann, S., Dieter, J., Reinhard, I., Mann, K., & Kiefer, F. (2018). *The links between healthy, problematic, and addicted internet use regarding co-morbidities and self-concept-related characteristics*. „Journal of Behavioral Addictions” 7 (1): 31–43.
- Lewczuk, K., Wizła, M., Glica, A., Potenza, M., Lew-Starowicz, M., & Kraus, S. (2022). *Withdrawal and tolerance as related to compulsive sexual behavior disorder and problematic pornography use – preregistered study based on a nationally representative sample in Poland*. „Journal of Behavioral Addictions” 11 (4): 979–993.
- Loscalzo, Y. and Giannini, M. (2017). *Clinical conceptualization of workaholism*. „Organizational Psychology Review” 7 (4): 306–329.
- Lovi, R., & Barr, J. (2009). *Stigma reported by nurses related to those experiencing drug and alcohol dependency: A phenomenological Giorgi study*. „Contemporary Nurse” 33: 166–178.
- Martin, M., Snyder, H., Otway, G., Holpit, L., Day, L., & Seidman, D. (2022). *In-hospital substance use policies: an opportunity to advance equity, reduce stigma, and offer evidence-based addiction care*. „Journal of Addiction Medicine” 17 (1): 10–12.
- McGinty, E. (2017). *Social stigma toward persons with prescription opioid use disorder: associations with public support for punitive and public health-oriented policies*. „Psychiatric Services” 68 (5), 462–469.
- Mendiola, C. K., Galetto, G., & Fingerhood, M. (2018). *An Exploration of emergency physicians’ attitudes toward patients with substance use disorder*. „Journal of Addiction Medicine” 12: 132–135.
- Meyer, F., Zerrouk, A., De Ruyscher, C. i wsp. (2024). *Exploring indicators of natural recovery from alcohol and drug use problems: findings from the life in recovery survey in Flanders*. „Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy” 19: 22.
- Mol, A. (1999). *Ontological politics: A word and some questions*. „The Sociological Review” 47 (1): 74–89.
- Morioka, H., Itani, O., Osaki, Y., Higuchi, S., Jike, M., Kaneita, Y., ... & Ohida, T. (2017). *The association between alcohol use and problematic internet use: a large-scale nationwide cross-sectional study of adolescents in Japan*. „Journal of Epidemiology” 27 (3): 107–111.

- Morris, J., Schomerus, G. (2023). *Why stigma matters in addressing alcohol harm*. „Drug and Alcohol Review” 42 (5): 1264–1268.
- Nasiri, K., Ali, K., Sadeghpour, S., Didar, M., & Ghilak, S. (2016). *The status of internet addiction disorder and its relationship with the mental health; A case study among medical sciences students of Khalkhal University*. „International Archives of Health Sciences” 3 (2): 55–59.
- Perry, B., Pescosolido, B., & Krendl, A. (2020). *The unique nature of public stigma toward non-medical prescription opioid use and dependence: a national study*. „Addiction” 115 (12): 2317–2326.
- Petry, N., Zajac, K., & Ginley, M. (2018). *Behavioral addictions as mental disorders: to be or not to be?* „Annual Review of Clinical Psychology” 14 (1): 399–423.
- Pienaar, K. & Dilkes-Frayne, E. (2017). *Telling different stories, making new realities: the ontological politics of ‘addiction’ biographies*. „International Journal of Drug Policy” 44: 145–154.
- Pienaar, K., Moore, D., Fraser, S., Kokanović, R., Treloar, C., & Dilkes-Frayne, E. (2016). *Diffractioning addicting binaries: an analysis of personal accounts of alcohol and other drug ‘addiction’*. „Health an Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health Illness and Medicine” 21 (5): 519–537.
- Piquet-Pessôa, M., Ferreira, G., Melca, I., & Fontenelle, L. (2014). *DSM-5 and the decision not to include sex, shopping or stealing as addictions*. „Current Addiction Reports” 1 (3): 172–176.
- Pirritano, D., Plastino, M., Bosco, D., Gallelli, L., Siniscalchi, A., & Sarro, G. (2014). *Gambling disorder during dopamine replacement treatment in Parkinson’s disease: a comprehensive review*. „Biomed Research International” 2014: 1–9.
- Pivovarova, E. & Stein, M. (2019). *In their own words: language preferences of individuals who use heroin*. „Addiction” 114 (10): 1785–1790.
- Potenza, M. (2014). *The neural bases of cognitive processes in gambling disorder*. „Trends in Cognitive Science” 18 (8): 429–438.
- Rennert, L., Denis, C., Lynch, K., & Kranzler, H. (2014). *DSM-5 gambling disorder: prevalence and characteristics in a substance use disorder sample*. „Experimental and Clinical Psychopharmacology” 22 (1): 50–56.
- Richter, L. & Foster, S. (2013). *Effectively addressing addiction requires changing the language of addiction*. „Journal of Public Health Policy” 35 (1): 60–64.
- Robinson, S. (2017). *Article commentary: „alcoholic” or „person with alcohol use disorder”? Applying person-first diagnostic terminology in the clinical domain*. „Substance Abuse” 38 (1): 9–14.

- Roche, A.M., O'Neill, M., & Wolinski, K. (2004). *Alcohol and other drug specialist treatment services and their managers: Findings from a national survey*. „Australia and New Zealand Journal of Public Health” 28: 252–258.
- Room, R. (1985). *Dependence and society*. „British Journal of Addiction” 80 (2): 133–139.
- Rossow, I. & Romelsjö, A. (2006). *The extent of the ‘prevention paradox’ in alcohol problems as a function of population drinking patterns*. „Addiction” 101: 84–90.
- Sanders, J. (2012). *Use of mutual support to counteract the effects of socially constructed stigma: gender and drug addiction*. „Journal of Groups in Addiction & Recovery” 7 (2–4): 237–252.
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A. i wsp. (2011). *The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies*. „Alcohol and Alcoholism” 46 (2): 105–112.
- Sedgwick, E. (1993). *Epidemics of the will. In her tendencies*. Durham: Duke University Press, s. 130–142.
- Sibley, A., Schalkoff, C., Richard, E., Piscalko, H., Brook, D., Lancaster, K., ... & Go, V. (2020). „I was raised in addiction”: constructions of the self and the other in discourses of addiction and recovery. „Qualitative Health Research” 30 (14): 2278–2290.
- Skog, O.-J. (1999). *The prevention paradox revisited*. „Addiction” 94: 751–757.
- Spagnoli, P., Balducci, C., Kovalchuk, L., Maiorano, F., & Buono, C. (2018). *Are engaged workaholics protected against job-related negative affect and anxiety before sleep? A study of the moderating role of gender*. „International Journal of Environmental Research and Public Health” 15 (9): 1996.
- Srivastava, M. (2014). *Who is responsible for my workaholism: me, my parents or my workplace?* „Human Resource Management International Digest” 22 (5): 26–28.
- Tao, R., Huang, X., Jin-an, W., Zhang, H., Zhang, Y., & Mengchen, L. (2010). *Proposed diagnostic criteria for internet addiction*. „Addiction” 105 (3): 556–564.
- Tucker, J.A. & Vuchinich, R.E. (1994). *Environmental events surrounding natural recovery from alcohol-related problems*. „Journal of Studies on Alcohol” 55 (4): 401–411.
- Weinberg, D. (2011). *Sociological perspectives on addiction*. „Sociology Compass” 5 (4): 298–310.

- Wu, A., Lai, M., & Tong, K. (2014). *Gambling disorder: estimated prevalence rates and risk factors in Macao*. „Psychology of Addictive Behaviors” 28 (4): 1190–1197.
- Yang, L. H., Wong, L. Y., Grivel, M. M., & Hasin, D. S. (2017). *Stigma and substance use disorders: an international phenomenon*. „Current opinion in psychiatry” 30: 378–388.
- Zhang, M. (2023). *Work hard and sleep better: work autonomy attenuates the longitudinal effect of workaholism on sleep problem among Chinese working adults*. „Cambridge Prisms Global Mental Health” 10, e75.
- Zwick, J., Appleseth, H., & Arndt, S. (2020). *Stigma: how it affects the substance use disorder patient*. „Substance Abuse Treatment Prevention and Policy” 15 (1).

Michał Bujalski – dr n. społ., socjolog, wieloletni pracownik Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, obecnie adiunkt w Instytucie Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego. Obszarem jego zainteresowań naukowych są socjologia zdrowia i socjologia ryzyka, w szczególności tematyka społecznych uwarunkowań zdrowia psychicznego oraz ryzyka w obszarze zdrowia publicznego. Brał udział w krajowych i międzynarodowych projektach badawczych o profilu ilościowym i jakościowym, podejmujących szeroki zakres tematyczny, m.in. polityki zdrowia publicznego, w tym polityki wobec substancji psychoaktywnych, epidemiologii, percepcji i komunikacji ryzyka w obszarze zdrowia publicznego, społecznej odpowiedzialności biznesu, nowych technologii, hazardu oraz zachowań samobójczych. Redaktor ds. socjologii i antropologii uzależnień w czasopiśmie „Alcoholism and Drug Addiction / Alkoholizm i Narkomania”. Autor licznych publikacji, tłumaczeń oraz ekspertyz naukowych.

Justyna Klingemann – dr hab. n. med. i n. o zdr., socjolożka zdrowia i medycyny z Zakładu Zdrowia Publicznego, Epidemiologii i Wakcynologii w Wojskowym Instytucie Medycznym – Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie. Prezeska międzynarodowego towarzystwa naukowego KBS (Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, 2023–2025). Członkini zespołów redakcyjnych czasopism „International Journal of Drug Policy” oraz „Alcoholism and Drug Addiction / Alkoholizm i Narkomania”. Członkini wielu zespołów

eksperckich (m.in. Zespołu KCPU do spraw Przeciwdziałania Uzależnieniom Behawioralnym, 2022–2024; Zespołu Ministra Zdrowia do spraw opracowania reformy systemu leczenia uzależnień, 2021–2023; Zespołu Doradców Dyrektora PARPA do spraw leczenia odwykowego, 2014–2021). Przez wiele lat zaangażowana w działalność naukową Instytutu Psychiatrii i Neurologii (2001–2024), gdzie pełniła funkcję Kierownika Zakładu Socjologii Zdrowia i Badań nad Uzależnieniami (w latach 2022–2024) oraz Zakładu Zdrowia Publicznego (w latach 2022–2023). W swojej pracy naukowej zajmuje się zagadnieniami z zakresu socjologii zaburzeń psychicznych, w tym uzależnień: organizacją, dostępnością i efektywnością systemu opieki psychiatrycznej oraz leczenia uzależnień; społecznymi czynnikami wspomagającymi proces zdrowienia, zagadnieniami etycznymi związanymi z przebiegiem leczenia, profilaktyką zachowań samobójczych, przeciwdziałaniem stygmatyzacji (również w obszarze języka), psychospołecznymi warunkami pracy. Obecnie koncentruje się na inicjowaniu oraz koordynowaniu działań służących syntezie, upowszechnianiu i etycznemu wykorzystaniu wiedzy naukowej w obszarze profilaktyki i komunikacji zdrowotnej. Działania te obejmują analizę jakości i skuteczności interwencji profilaktycznych i terapeutycznych w celu poprawy zdrowia społeczeństwa, zarówno w sektorze wojskowym, jak i cywilnym, a także potencjału współpracy wojskowo-cywilnej w obszarze zdrowia publicznego.

