

Uzależnienie od ćwiczeń fizycznych – objawy i mechanizmy

Exercise dependence – symptoms and mechanisms

Monika Guskowska

Zakład Podstaw Społeczno-Kulturowych w Turystyce,
Wydział Turystyki i Rekreacji Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie
Kierownik: dr hab. prof. AWF W. Szeligiewicz

Summary

The aim of this article is to synthesise the knowledge about the phenomenon of exercise dependence (ED), which is now characterised by an obsessive preoccupation with exercise, negative in nature. ED could be operationalized as a multidimensional maladaptive pattern of exercise, leading to clinically impairment or distress. Its criteria are: tolerance, withdrawal effects, lack of control, reductions in other activities, impaired psychological, social or physical functioning. For primary ED, the physical activity is an end in itself; for secondary ED, motivation is extrinsic – to control or alter body mass and shape. Estimates of the prevalence of ED range from 2–3% to 20–30%. Hypotheses of ED development concentrate on β -endorphin, sympathetic arousal, affect regulation or some psychological explanations (e.g. exercise as distractor).

Słowa kluczowe: ćwiczenia fizyczne, uzależnienie, zaburzenia odżywiania się, kryteria, mechanizmy

Key words: exercise, dependence, eating disorders, criteria, mechanisms

Korzyści zdrowotne płynące z ćwiczeń fizycznych zostały doskonale udokumentowane w literaturze psychologicznej. Zdarza się jednak, że aktywność fizyczna zaczyna zajmować centralne miejsce w życiu jednostki, eliminując wszelkie inne formy aktywności w czasie wolnym. Takie osoby ćwiczą regularnie, niezależnie od okoliczności, także wówczas, gdy są chore, doznały kontuzji czy wbrew zakazom lekarza. Aktywność fizyczna zaczyna dominować w ich życiu, wpływając niekorzystnie na inne obszary funkcjonowania, jak praca zawodowa, życie rodzinne czy kontakty towarzyskie [1, 2]. W celu opisu tego zjawiska badacze używają różnych terminów, takich jak uzależnienie od ćwiczeń fizycznych (*exercise addiction*), zależność od ćwiczeń (*exercise dependence*), ćwiczenia przymusowe lub kompulsywne (*obligatory exercise; compulsive exercising*).

Termin „zależność od ćwiczeń” został po raz pierwszy użyty w opisie przypadku mężczyzny w średnim wieku, który ćwiczył, pomimo kontuzji i innych komplikacji

[3]. W tym samym czasie Baekeland [4] miał poważne trudności w znalezieniu wśród osób systematycznie ćwiczących 5–6 razy w tygodniu ochotników do udziału w płatnym badaniu wymagającym zaprzestania ćwiczeń na miesiąc. Baekeland sugerował, że osoby te są uzależnione od ćwiczeń fizycznych, ponieważ nie są w stanie z nich zrezygnować. Ostatecznie w eksperymencie wzięli udział studenci ćwiczący 3–4 razy tygodniowo, u których zaobserwował on w okresie przerwy w treningach wzrost poziomu lęku, nerwowość, pogorszenie snu, co interpretował jako objawy odstawienia.

Uzależnienie od ćwiczeń – zjawisko pozytywne czy negatywne?

Wkrótce wprowadzono rozróżnienie na uzależnienie pozytywne i negatywne w celu podkreślenia dwojakich następstw intensywnych i często podejmowanych ćwiczeń fizycznych. Glasser [5] określił uzależnienie od ćwiczeń jako „pozytywne” z powodu korzyści psychologicznych i fizjologicznych, jakie miało przynosić. Jego zdaniem prowadzi do niego przynosząca radość aktywność będąca źródłem silnego odczucia przyjemności (euforii), siły psychicznej i doświadczeń mistycznych związanych z przekraczaniem granic „ja”. Objawy odstawienia w sytuacji niećwiczenia, takie jak ból lub poczucie winy, były przez niego traktowane jako następstwo deprywacji przyjemności i odmiennego stanu świadomości. W przekonaniu Glassera bardzo intensywne, „nadmierne” ćwiczenia przynoszą poprawę samopoczucia i mają następstwa korzystne dla jednostki, w przeciwieństwie do uzależnienia od substancji chemicznych.

Zjawisko uzależnienia od ćwiczeń próbowali badać z tej perspektywy Sachs i Pargman [6] przeprowadzając wywiady z 12 biegaczami. Zdefiniowali uzależnionych od ćwiczeń jako „osoby, które wykazują psychologiczną i/lub fizjologiczną zależność od regularnego biegania. U tych jednostek niezaspokojenie potrzeby biegania powoduje symptomy odstawienia” [6, s. 145]. Objawy odstawienia, takie jak lęk, poczucie winy, nerwowość, dyskomfort i drażliwość, stanowiły istotną cechę zależności od ćwiczeń. Występowały one w 24 do 36 godzin po zaprzestaniu biegania i miały komponenty zarówno fizjologiczne jak i psychologiczne. Tym samym uwaga badaczy przesunęła się w kierunku negatywnych konsekwencji nadmiernego ćwiczenia.

Wbrew pozytywnym ocenom Glassera, Morgan [7] traktował uzależnienie od ćwiczeń jako zjawisko negatywne i określił dwa jego kryteria: codzienne ćwiczenia są jednostce niezbędne do funkcjonowania i w przypadku ich braku występują objawy odstawienia. Dodatkowo wzrasta tolerancja wysiłku – aby utrzymać stan euforii, konieczne jest zwiększanie dawki, czyli intensywności lub czasu trwania ćwiczeń. Takim objawom odstawienia, jak depresja, lęk i drażliwość, towarzyszy nerwowość, bezsenność i stałe zmęczenie. Uzależnieni biegacze mniej interesują się sprawami nie związanymi z treningiem – rodzinnymi czy zawodowymi, i biegają pomimo problemów zdrowotnych. Zdaniem Morgana uzależnienie od ćwiczeń fizycznych nie różni się od uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

Podsumowując, badacze traktujący uzależnienie od ćwiczeń jako zjawisko patologiczne, wskazują dwie jego właściwości: neuroadaptację (objawy odstawienia i tolerancja) oraz niekorzystne następstwa (ćwiczenia pomimo przeciwwskazań medycznych) [8].

Częstość występowania uzależnienia od ćwiczeń wśród osób systematycznie ćwiczących nie jest łatwa do ustalenia. Różni badacze oceniają, że zjawisko może dotyczyć od 2–3% [9, 10] do 20–30% osób systematycznie ćwiczących [11–14]. Tak duże rozbieżności wynikają z różnych kryteriów diagnostycznych i stosowanych skal pomiarowych oraz uwzględniania bądź pomijania rozróżnienia na uzależnienie pierwotne lub wtórne. Według Allegre’a, Souville’a, Therme’a i Griffithsa [8] niezależnie od tego, czy stosujemy kryteria podobne jak przy uzależnieniu od substancji czy wzorowane na kryteriach uzależnień behawioralnych (od czynności), częstość występowania uzależnienia od ćwiczeń wynosi około 5%. Szabo i Griffiths [15] ustalili, że prawie 7% badanych studentów nauk o sporcie było zagrożonych ryzykiem uzależnienia, wskaźnik był istotnie niższy u osób ćwiczących w klubach fitness (niespełna 4% badanych). Uzależnienie od ćwiczeń jest najczęściej opisywane u osób podejmujących ćwiczenia o charakterze tlenowym (bieganie, jazda na rowerze, pływanie), głównie mężczyźn ćwiczących rekreacyjnie lub byłych sportowców [16].

Uzależnienie pierwotne i wtórne

Podział na uzależnienie pierwotne i wtórne zaproponował jako pierwszy de Coverley Veale [17]. Pierwsze nie jest związane z zaburzeniami psychicznymi i może być rozpoznane tylko przy ich wykluczeniu, podczas gdy drugie pojawia się w przebiegu zaburzeń odżywiania się. Autor zaproponował początkowo następujące kryteria dla uzależnienia pierwotnego:

- 1 – zawężenie repertuaru ćwiczeń prowadzące do stereotypowych wzorców treningu, odbywanych regularnie co najmniej raz dziennie;
- 2 – nadawanie ćwiczeniom wzrastającego i wyraźnego priorytetu w stosunku do innych form aktywności w celu utrzymania wzorca ćwiczeń;
- 3 – narastająca tolerancja liczby ćwiczeń wykonywanych w kolejnych latach;
- 4 – objawy odstawienia związane z zaburzeniami nastroju po przerwie w planowanych ćwiczeniach;
- 5 – unikanie lub łagodzenie objawów odstawienia przez dalsze ćwiczenia;
- 6 – gwałtowny powrót do poprzedniego wzorca ćwiczeń po dłuższym okresie niećwiczenia.

De Coverley Veale [17] wskazuje dwie dodatkowe właściwości: po pierwsze – kontynuowanie ćwiczeń, pomimo świadomości, że spowodują one, nasilą lub przedłużą istotne dolegliwości fizyczne oraz kłopoty w kontaktach partnerskich, rodzinnych, przyjacielskich i zawodowych; po drugie – celowa utrata masy ciała jako środek prowadzący do poprawy poziomu wykonywania ćwiczeń. Odróżnienie uzależnienia pierwotnego od wtórnego jest jego zdaniem najłatwiejsze na podstawie najważniejszego motywu podejmowania ćwiczeń. W uzależnieniu pierwotnym ćwiczenie jest celem samym w sobie, a dieta i utrata masy ciała środkiem ułatwiającym jego realizację, natomiast w przypadku uzależnienia wtórnego ćwiczenia stają się środkiem prowadzącym do zmniejszenia masy ciała [17]. W opinii tego autora uzależnienie w stopniu łagodnym może być traktowane jako zjawisko pozytywne lub bez specjalnego znaczenia, uza-

leżnienie umiarkowane zaczyna stanowić problem, poważne wiąże się z ryzykiem znacznych trudności w różnych obszarach funkcjonowania.

W pracy z 1995 roku Veale¹ [2] zmodyfikował kryteria pierwotnego uzależnienia od ćwiczeń następująco:

- 1 – zaabsorbowanie ćwiczeniami, które stają się stereotypowe i rutynowe;
- 2 – emocjonalne i fizyczne objawy odstawienia w okresie niećwiczenia (wahania nastroju, drażliwość, bezsenność);
- 3 – dystres fizyczny, społeczny i zawodowy oraz pogorszenie się funkcjonowania w tych obszarach wynikające z zaabsorbowania ćwiczeniami;
- 4 – brak innego wyjaśnienia zaabsorbowania ćwiczeniami (np. zaburzeń odżywiania się) [2].

W tym ujęciu pojawiło się kryterium stereotypowego wzorca ćwiczeń oraz podkreślone zostały objawy odstawienia. Należy jednak zaznaczyć, że zespół pierwotnego uzależnienia od ćwiczeń fizycznych nie został potwierdzony w sensie klinicznym i nie stanowi kategorii diagnostycznej według ICD-10 ani DSM-IV. Badacze jednak odwołują się do kryteriów uzależnienia obecnych w tych systemach klasyfikacyjnych. Hausenblas i Symons Downs [18] operacjonalizują uzależnienie od ćwiczeń jako ich wielowymiarowy wzorec prowadzący do znaczącego klinicznie pogorszenia się funkcjonowania lub dystresu i przyjmują za jego wskaźniki tolerancję, efekty odstawienia, efekt intencji, brak kontroli, czas ćwiczeń, ograniczenie innych aktywności i kontynuowanie ćwiczeń pomimo niekorzystnych następstw. Dwa pierwsze są oczywiste w świetle tego, co napisano powyżej. Efekt intencji jest określany jako ćwiczenie w większej objętości lub dłuższym czasie niż planowano. Brak kontroli wyraża się nieskutecznymi wysiłkami podejmowanymi w celu zaprzestania ćwiczeń lub sprawowania nad nimi kontroli. Czas to godziny poświęcane na ćwiczenia. Pozostałe kryteria są podobnie definiowane jak przez innych autorów.

Ustalając kryteria uzależnienia od ćwiczeń, badacze odwołują się także do definicji zachowania uzależnionego (*addictive behavior*). Przyjmując to podejście do ćwiczeń fizycznych, Griffiths [19] za kryteria uzależnienia przyjął: priorytet względem innych zachowań (aktywność panuje nad myślami, uczuciami i zachowaniem), modyfikację nastroju (specyficzne doświadczenia w trakcie realizowania aktywności), tolerancję (konieczność zwiększania ilości działań w celu osiągnięcia wcześniejszych efektów), objawy odstawienia (nieprzyjemne stany emocjonalne lub doznania fizyczne w sytuacji przerwania ćwiczeń lub nagłej ich redukcji, jak drażliwość, zły humor), konflikt (konflikty interpersonalne między uzależnionym a otoczeniem, konflikty z innymi formami aktywności, konflikty wewnętrzne) i nawroty (tendencja do powracania do wcześniejszych wzorców zachowania po wielu latach abstynencji lub sprawowania nad nim kontroli).

Uzależnienie od ćwiczeń a zaburzenia odżywiania się

Szczególnie często przedmiotem zainteresowania badaczy są zależności między uzależnieniem od ćwiczeń fizycznych a zaburzeniami odżywiania się [20]. Można

¹ De Coverley Veale i Veale to ten sam autor używający w różnych okresach różnych nazwisk.

wskazać kilka powodów tego zainteresowania. Ćwiczenia fizyczne są powszechnym sposobem kontroli masy ciała u osób leczonych z powodu zaburzeń odżywiania się, zwłaszcza z rozpoznaniem anoreksji, a nadmierne ćwiczenia są cechą definiującą nieprzeczyszczający podtyp bulimii według DSM-IV. Wyniki wczesnych obserwacji [21] sugerowały istnienie podobieństw między osobami biegającymi na długich dystansach a cierpiącymi na anoreksję. Z drugiej strony ujawniono, że wskaźniki zaburzeń odżywiania się i związanej z nimi psychopatologii u osób zobowiązanych do ćwiczeń są zbliżone do obserwowanych w grupach osób niećwiczących [22], co sugeruje, że w przypadku braku objawów zaburzeń odżywiania się przymusowe ćwiczenia nie stanowią syndromu klinicznego [23]. U osób intensywnie ćwiczących nie stwierdzono niezadowolenia z życia [24] ani podwyższonych wskaźników depresji [25].

Weight i Noakes [26] sugerują, że obowiązkowe ćwiczenia mogą niekiedy wręcz zmniejszać ryzyko klinicznych zaburzeń odżywiania się u predysponowanych do nich jednostek, zastępując bardziej ekstremalne formy kontroli masy ciała, takie jak prowokowanie wymiotów i stosowanie środków przeczyszczających [25].

Przeciwny pogląd prezentują Davis i współautorzy [27] dowodząc, że nadmierne ćwiczenia poprzedzają wystąpienie zaburzeń odżywiania się i sugerują, że intensywny trening może odgrywać istotną rolę w patogenezie tych zaburzeń. Inni autorzy [20] twierdzą, że jest to możliwe w przypadku występowania takich objawów, jak poczucie winy po opuszczeniu sesji treningowej czy ćwiczenie w celu poprawy sylwetki lub zmniejszenia masy ciała.

Nowe kryteria diagnostyczne wtórnego uzależnienia od ćwiczeń fizycznych w przebiegu zaburzeń odżywiania się zaproponowali Bamber i współautorzy [28]:

1 – jednostka wykazuje pogorszenie się funkcjonowania w co najmniej dwóch z trzech następujących obszarów: a) psychicznym (ruminacje lub natrętne myśli dotyczące ćwiczeń, wielość myśli o ćwiczeniach, lęk lub depresja); b) społecznym lub zawodowym (przedkładanie ćwiczeń nad kontakty społeczne, niemożność wykonywania pracy zawodowej z ich powodu); c) fizycznym (ćwiczenia powodują lub nasilają kłopoty zdrowotne lub kontuzje, są kontynuowane pomimo przeciwwskazań lekarskich);

2 – jednostka ujawnia co najmniej jeden z dwóch objawów: a) klinicznie znaczące niewłaściwe reakcje na zmianę lub zakłócenie nawyków związanych z ćwiczeniami o charakterze fizycznym, psychicznym, społecznym lub behawioralnym (poważny lęk, depresja, wycofanie społeczne, samouszkodzenia); b) stałe pragnienie i/lub nieefektywne wysiłki w celu kontroli lub redukcji lęku;

3 – dodatkowe następujące objawy, które nie są definicyjne: a) tolerancja (wzrost objętości ćwiczeń); b) duża objętość ćwiczeń i/lub ćwiczenia co najmniej raz dziennie; c) ćwiczenia w samotności; d) oszukiwanie (kłamstwa dotyczące objętości ćwiczeń, ćwiczenie po kryjomu); e) brak wglądu (zaprzeczanie, że ćwiczenie stanowi problem).

Brak zaburzeń odżywiania się pozwala rozpoznać uzależnienie pierwotne.

Elbourne i Chen [29] twierdzą, że nie ma wystarczających podstaw do tego, by uznać obowiązkowe ćwiczenia za zaburzenie, niejasne są też związki między zaburzeniami odżywiania się a przymusowym ćwiczeniem. Wskazując na brak teorii, która mogłaby stanowić dobrą podstawę badań, proponują własny model. Model ten ujmuje

obowiązkowe ćwiczenia jako kontinuum: na jednym jego biegunie znajdują się osoby mające umiarkowane obsesyjne cechy, na drugim – ćwiczący, pomimo znaczących problemów fizycznych i psychologicznych. Osoby z bieguna ujemnego nie są zagrożone zaburzeniami odżywiania się; na biegunie dodatnim istnieje poważne ryzyko takiej patologii. Zgodnie z tym modelem nadmierne ćwiczenie, zainteresowanie masą i kształtem ciała oraz zachowania obsesyjno-kompulsywne wchodzą w interakcję, prowadząc do zaburzeń odżywiania się.

Mechanizmy uzależnienia od ćwiczeń fizycznych

Wyjaśniając związki między wysiłkiem fizycznym, zdrowiem psychicznym a uzależnieniem od ćwiczeń badacze wskazują zarówno na mechanizmy fizjologiczne jak i psychologiczne. Te pierwsze odwołują się do wzrostu poziomu beta-endorfin, zwiększonego wydzielania neuroprzekaźników, wzrostu sprawności układu krążenia i wzrostu temperatury ciała [30, 31]. Wyniki badań w tym obszarze nie są jednak spójne [32] i ciągle nie pozwalają wyjaśnić, dlaczego tylko niektóre intensywnie ćwiczące osoby uzależniają się od wysiłku fizycznego.

Hipoteza beta-endorfinowa odwołuje się do faktu, że ćwiczenia o charakterze tlenowym powodują zwiększone wydzielanie beta-endorfin i innych opiatów endogennych, wywołujących efekt znieczulający i euforyzujący. W badaniach prowadzonych na zwierzętach [33] wykazano, że systematyczne ćwiczenia tlenowe prowadzą do zwiększenia tolerancji opiatów i zależności fizycznej, co sugeruje, że u osób ćwiczących następuje spadek wrażliwości na te substancje, a w konsekwencji konieczność zwiększania dawki ćwiczeń w celu utrzymania efektu. Jednak w badaniu nad związkiem między wydzielaniem beta-endorfin a uzależnieniem od ćwiczeń u ludzi [34] nie wykryto żadnych zależności. Habituaacji zaprzecza też fakt diagnozowania uzależnienia od ćwiczeń u osób podejmujących treningi o małej objętości [28]. Z kolei zdaniem Steinberg i współautorów [35] istnieją jednak pośrednie dowody potwierdzające rolę beta-endorfin w uzależnieniu od ćwiczeń: 1) wzrost odczucia przyjemności po ćwiczeniach; 2) obecność zachowań nadmiernych i kompulsywnych; 3) wzrost progu bólowego; 4) objawy odstawienia; 5) redukcja efektów ćwiczeń po podaniu antagonistów opiatów. Kwestie te wymagają dalszych badań.

Inna hipoteza wiąże zjawisko uzależnienia od ćwiczeń z obserwowanym skutkiem systematycznego treningu spadkiem reaktywności autonomicznego układu nerwowego i wzrostem tolerancji na katecholaminy (adrenalinę i noradrenalinę) [36]. W konsekwencji, w celu utrzymania preferowanego poziomu pobudzenia, osoby ćwiczące musiałyby ćwiczyć intensywniej i/lub dłużej. Niewiele badań jak dotąd weryfikowało tę hipotezę. Glass i współautorzy [37] zaobserwowali, że osoby doświadczające symptomów odstawienia miały niższy wyjściowy poziom wskaźników funkcjonowania osi podwzgórze–przysadka–nadnercza oraz funkcji układu autonomicznego i odpornościowego, co potwierdza wyniki wcześniejszych badań [36, 38].

Pomimo badań nad fizjologicznymi mechanizmami uzależnienia od ćwiczeń fizycznych, nadal istnieje wiele kontrowersji i brak powszechnej zgody co do znaczenia opiatów endogennych i katecholamin w tym procesie [39]. Nowsze hipotezy wiążą

uzależnienie od ćwiczeń z aktywnością cytokin, zwłaszcza uwalnianiem interleukiny 6 [40], jednak nawet skrótowe opisanie postulowanych zależności przekracza ramy niniejszego opracowania.

Poszukując mechanizmów leżących u podstaw uzależnienia od ćwiczeń fizycznych można odwołać się do klasycznej już koncepcji regulacji afektu Tomkinsa [41]. Zgodnie z nią bieganie (czy szerzej – aktywność fizyczna) może być traktowane jako czynnik podwyższający poziom pozytywnego afektu i obniżający poziom afektu negatywnego. Tomkins wyróżnia dwa typy biegaczy: biegacza negatywnego, który biega w celu redukcji dystresu, oraz biegacza pozytywnego, który biega w celu dostarczenia sobie emocji pozytywnych. Brak ćwiczeń powoduje zdaniem Tomkinsa afekt negatywny, który można zredukować jedynie poprzez dalsze ćwiczenia.

Hipotezę regulacji afektywnej potwierdzają wyniki badań nad motywacją do ćwiczeń i tzw. ostrym efektem jednorazowych ćwiczeń fizycznych. Johnsguard [42] ustalił, że jednym z głównych motywów starszych wiekiem, nawykowych biegaczy jest redukcja lęku i depresji. Podobnie Anshel [43] stwierdził, że redukcja stresu stanowi jeden z głównych motywów ćwiczeń dla osób od nich uzależnionych. Jednostki te cechowały się wyższym poziomem niepokoju i stresu przed ćwiczeniami, a równocześnie silniejszym odczuciem szczęścia po ćwiczeniach; w sytuacji opuszczenia zaplanowanego treningu odczuwały silniejsze przygnębienie, lęk i gniew. U osób uzależnionych po jednorazowych ćwiczeniach obserwowano większą i dłużej utrzymującą się redukcję lęku i napięcia [44].

Dodatkowe poparcie hipotezy płynie z badań nad takimi skutkami deprywacji u osób systematycznie ćwiczących, jak lęk, drażliwość, poczucie winy, depresja, zmęczenie, bezsenność, dolegliwości bólowe [7, 37, 45, 46]. U systematycznych biegaczy obserwowano wzrost oporności galwanicznej skóry po jednym dniu bez treningu [47]. W innym badaniu zmęczenie i somatyczne objawy depresji pojawiły się w tydzień po zaprzestaniu ćwiczeń i pozwalały przewidywać rozwój objawów poznawczo-afektywnych w drugim tygodniu; we wzroście poziomu zmęczenia częściowo miał udział spadek sprawności fizycznej [46]. Mondin i współautorzy [48], badając ochotników poddających się dobrowolnie trzydniowej deprywacji, próbowali pokonać ograniczenia wcześniejszych badań, w których śledzono najczęściej efekty przymusowych przerw w ćwiczeniach, wynikających z kontuzji, która stanowiła dodatkowe źródło dystresu. Stwierdzili u badanych wzrost poziomu lęku, napięcia, przygnębienia i zakłopotania.

W badaniach nad skutkami zaprzestania ćwiczeń rzadko analizowano podstawową jak się zdaje kwestię – czy nastrój obniża się do poziomu wyjściowego, doświadczanego przez jednostkę wówczas, gdy jeszcze nie zaczęła ćwiczyć, czy też spada poniżej tego poziomu. W pierwszym przypadku następowaloby jedynie wycofanie korzystnych efektów systematycznych ćwiczeń; w drugim moglibyśmy mówić z całą pewnością o objawach odstawienia. Kwestie te są możliwe do rozstrzygnięcia jedynie w trwających odpowiednio długo badaniach eksperymentalnych.

W innych wyjaśnieniach psychologicznych autorzy, głównie przyjmujący perspektywę poznawczo-behawioralną, akcentują to, że myśli i uczucia związane z ćwiczeniami stanowią przeciwwagę dla negatywnych stanów nastroju [1] oraz że ćwiczenia są czynnikiem odwracającym uwagę od codziennych kłopotów; podkreślają także

korzyści płynące z kontaktów społecznych podczas zajęć ruchowych [31]. Ćwiczenia fizyczne mogą stanowić pozytywne wzmocnienie dla obrazu własnej osoby i zwiększać poczucie kompetencji i mistrzostwa [49].

Wyniki dotychczasowych badań dowodzą, że systematyczne ćwiczenia fizyczne mogą prowadzić do psychicznej i fizycznej zależności od tej formy aktywności, która przy wykorzystaniu proponowanych przez badaczy kryteriów może być rozpoznana jako uzależnienie. Nie oznacza to jednak, że należy się wystrzegać wysiłku fizycznego, gdyż korzyści, zarówno fizyczne jak i psychiczne, płynące z systematycznych ćwiczeń są trudne do przecenienia. Aby doszło do uzależnienia, ćwiczenia fizyczne muszą być aktywnością wzmacniającą zarówno pozytywnie (dostarczającą przyjemności) jak i „negatywnie” (zmniejszającą dystres). Jak podkreśla Davis [50], oba te warunki są spełnione u niewielkiej liczby ćwiczących, więc i ryzyko uzależnienia w populacji ogólnej nie jest duże. Konieczne są jednak dalsze badania, zwłaszcza zmierzające do wyjaśnienia, w jaki sposób dochodzi do uzależnienia od ćwiczeń fizycznych, gdyż pozwoli to zidentyfikować grupy ryzyka i podjąć skuteczne działania profilaktyczne.

Podsumowując, obecnie uzależnienie od ćwiczeń traktuje się jako zjawisko negatywne – formę uzależnienia od czynności, przyjmując za kryteria: po pierwsze, cechy samej aktywności (priorytet względem innych form, stereotypowe wzorce ćwiczeń z tendencją do zwiększania objętości, objawy odstawienia), po drugie, jej następstwa (pogorszenie się funkcjonowania w różnych dziedzinach życia). W celu wyjaśnienia powstawania zależności przywoływane są mechanizmy zarówno fizjologiczne jak i psychologiczne.

Na koniec warto podkreślić, że uzależnienie od ćwiczeń fizycznych jest szczególną formą uzależnienia od czynności. Aktywność, która jest jego przedmiotem, sama w sobie nie jest szkodliwa w sensie fizycznym i psychicznym, co więcej – realizowana w kontrolowany sposób przynosi wymierne korzyści zdrowotne. To sprawia, że osoba uzależniona oraz jej najbliższe otoczenie przez stosunkowo długi czas może skutecznie bronić się przed konfrontacją z problemem uzależnienia, stosując proste mechanizmy obronne. Trudno uznać, że poświęcanie dużej ilości czasu i wydawanie pieniędzy na gry hazardowe albo zakupy służy jednostce; w przypadku wielu godzin spędzanych w sali fitness ocena nie jest już tak jednoznaczna. Osobami, które często jako pierwsze mają możliwość wskazania jednostce, że problem taki istnieje, są instruktorzy prowadzący lub nadzorujący treningi, zwłaszcza tzw. trenerzy personalni, oraz lekarze różnych specjalności, do których zgłaszają się osoby uzależnione z powodu kontuzji lub innych kosztów zdrowotnych nadmiernych ćwiczeń. Wiedza o tej formie uzależnienia przydatna jest też psychoterapeutom, którzy w praktyce klinicznej mogą spotkać się z przypadkami zarówno pierwotnego, jak i wtórnego uzależnienia od ćwiczeń fizycznych. Z ich punktu widzenia szczególnie przydatne byłoby opracowanie kryteriów diagnostycznych klinicznej postaci tej formy uzależnienia.

Зависимость от физических упражнений - симптомы и механизмы

Содержание

Целью статьи является обобщение знаний о явлении зависимости от физических упражнений, понимаемым как негативное по своей природе, обсессивное влечение к занятиям физическими упражнениями. Зависимость от физических упражнений может быть определена

как многомерная неадекватная система физических упражнений, ведущая к ухудшению функционирования или стрессу. Критериями такой зависимости являются: толерантность, эффект воздержания, потеря контроля, сокращение других видов деятельности, ухудшение функционирования в психологической, социальной или физической сфере. В случае первичной зависимости физическая активность является самоцелью, при вторичной существенно внешняя мотивация - контроль над массой и формой тела. Предполагаемая встречаемость расстройства колеблется в границах от 2-3% до 20-30%. Гипотезы, касающиеся развития зависимости от физических упражнений, концентрируются на выделении β -эндорфина, возбуждении симпатической системы, регулировании аффекта или психологических объяснениях (физические упражнения как дистрактор).

Abhängigkeit von körperlichen Übungen – Symptome und Mechanismen

Zusammenfassung

Das Ziel des Artikels ist die Synthese des Wissens über die Erscheinung der Abhängigkeit von körperlichen Übungen, die als obsessives Interesse an Übungen und negativ in ihrer Natur verstanden wird. Die Abhängigkeit von den Übungen kann als mehrdimensionales Übungsmuster definiert werden, das zur Verschlechterung der Funktionsweise oder zum Stress führt. Als seine Kriterien können Toleranz, Entzugssymptome Kontrollverlust, Reduktion anderer Aktivitätsformen, Verschlechterung der psychischen, sozialen und körperlichen Funktionsweise anerkannt werden. Im Falle einer primären Abhängigkeit ist die körperliche Aktivität das Ziel an sich selbst, im Falle der sekundären gibt es eine äußere Motivation – Kontrolle über Masse und Körper. Die geschätzte Häufigkeit der Störung schwankt von 2-3% bis 20-30%. Die Hypothesen zur Entwicklung der Abhängigkeit von den Übungen konzentrieren sich auf die Ausscheidung von β - Endorphinen, Reizung des sympathischen Systems, Regulierung von Affekt oder psychologischen Aufklärungen (Übungen als Dystraktor).

La dépendance à l'exercice physique – symptômes et mécanismes

Résumé

Cet article vise à faire la synthèse du savoir concernant l'addiction à l'exercice physique qui est caractérisée comme la préoccupation obsessionnelle de l'exercice physique, négative de sa nature. Cette dépendance est définie comme un multidimensionnel modèle négatif de l'exercice menant à empirer le fonctionnement ou au stress. Ses critères sont les suivants : tolérance, effet de manque, perte de contrôle, réductions d'autres activités, altération du fonctionnement psychique, social, physique. Dans le cas de la dépendance primaire l'activité physique est un but en soi-même, dans le cas de la dépendance secondaire – sa motivation est extérieure, il s'agit de contrôler le poids et la forme du corps. La prévalence de ce trouble est estimée de 2-3% jusqu'à 20-30%. Les hypothèses expliquant son développement parlent de β -endorphines, de l'excitation du système sympathique, régulation des affects ou des explications psychologiques (exercices comme distraction).

Piśmiennictwo

1. Sachs ML, Pargman D. *Running addiction*. W: Sachs ML, Buffone GW. red. *Running as therapy: An integrated approach*. New Jersey: Jason Aronson; 1997, s. 231–254.
2. Veale D. *Does primary exercise dependence really exist?* W: Annett J, Cripps BH, Steiner H, red. *Exercise addiction. Motivation and participation in sport and exercise*. Leicester: The British Psychological Society; 1995, s. 1–5.
3. Little JC. *The athlete's neurosis: A deprivation crisis*. Acta Psychiatr. Scand. 1969; 45: 187–197.

4. Baekeland F. *Exercise deprivation: Sleep and psychological reactions*. Arch. Gen. Psychiatry 1970; 22: 365–369.
5. Glasser W. *Positive addiction*. New York: Harper and Row; 1973.
6. Sachs ML, Pargman D. *Running addiction: a depth interview examination*. J. Sports Beh. 1979; 2: 143–155.
7. Morgan WP. *Negative addiction in runners*. Phys. Sports Med. 1979; 7: 57–70.
8. Allegre B, Souville M, Therme P, Griffiths M. *Definitions and measures of exercise dependence*. Addict. Rev. Theory 2006; 14: 631–646.
9. Symons Downs D, Hausenblas HA, Nigg CR. *Factorial validity and psychometric examination of the exercise dependence scale: revised*. Measur. Phys. Ed. Exerc. Sc. 2004; 8: 183–201.
10. Griffiths MD, Szabo A, Terry A. *The exercise addiction inventory: a quick and easy screening tool for health practitioners*. Brit. J. Sports Med. 2005; 39: e30.
11. Zmijewski CF, Howard MO. *Exercise dependence and attitudes toward eating among young adults*. Eat. Beh. 2003; 4: 181–195.
12. Anderson SJ, Basson CJ, Geils C. *Personality style and mood states associated with a negative addiction to running*. Sports Med. 1997; 27: 6–11.
13. Slay HA, Hayaki J, Napolitano MA, Brownell KD. *Motivation for running and eating attitudes in obligatory versus non-obligatory runners*. Inter. J. Eat. Disord. 1998; 23: 267–275.
14. Thornton EW, Scott SE. *Motivation in the committed runner: Correlations between self-report scales and behaviour*. Health Prom. Int. 1995; 10: 177–184.
15. Szabo A, Griffiths MD. *Exercise addiction in British sport science students*. Int. J. Ment. Health Addict. 2007; 5: 25–28.
16. Mędraś M, Bidzińska B. *Uzależnienie od wysiłku fizycznego*. W: Mędraś M, red. *Medycyna sportowa*. Warszawa: Medsportpress; 2004, s. 119–121.
17. De Coverley Veale DMW. *Exercise dependence*. Brit. J. Addict. 1987; 82: 735–740.
18. Hausenblas HA, Symons Downs D. *How much is too much? The development and validation of the exercise dependence scale*. Psychol. Health 2002; 17: 387–404.
19. Griffiths MD. *Behavioral addiction: An issue for everybody?* J. Workplace Learn. 1996; 8: 19–25.
20. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C, Beumont PJV. *Relationships between exercise behaviour, eating-disordered behaviour and quality of life in a community sample of women: When is exercise „excessive”?* Eur. Eat. Disord. Rev. 2004; 12: 265–272.
21. Yates A, Leehey K, Shisslack CM. *Running – an analogue of anorexia*. New Engl. J. Med. 1983; 308: 251–255.
22. Blumenthal JA, O’Toole LC, Chang JL. *Is running an analogue of anorexia nervosa?* JAMA 1984; 252: 520–523.
23. Keski-Rahkonen A. *Exercise dependence – a myth or real issue*. Eur. Eat. Disord. Rev. 2001; 9: 279–283.
24. Owens RG, Slade PD. *Running and anorexia nervosa: An empirical study*. Int. J. Eat. Disord. 1987; 6: 771–775.
25. Hubbard ST, Gray JJ, Parker S. *Differences among women who exercise for „food related” and „non-food related” reasons*. Eur. Eat. Disord. Rev. 1998; 6: 255–265.
26. Weight LM, Noakes TD. *Is running an analog of anorexia? A survey of the incidence of eating disorders in female distance runners*. Med. Sc. Sport Exerc. 1987; 19: 213–217.

27. Davis C, Katzman DK, Kaptein S, Kirsh C, Brewer H, Kalmbach K, Olmsted MP, Woodside DB, Kaplan AS. *The prevalence of hyperactivity in eating disorders: Etiological implications*. *Comprehens. Psychiatr.* 1997; 38: 3211–3226.
28. Bamber DJ, Cockerill IM, Rodgers S, Carroll D. *Diagnostic criteria for exercise dependence in women*. *Brit. J. Sports Med.* 2003; 37: 393–400.
29. Elbourne KE, Chen J. *The continuum model of obligatory exercise: A preliminary investigation*. *J. Psychosom. Res.* 2007; 62: 73–80.
30. Biddle S, Mutrie N. *Psychology of physical activity and exercise. A health related perspectives*. London: Springer-Verlag; 1991.
31. Cox RH. *Sport psychology. Concepts and applications*. Illinois: Wm.C. Brown; 1994.
32. Siff MC. *Running addiction*. <http://www.aol.com%26sim;Mcsiff.6/11/98>.
33. Smith MA, Yancey DL. *Sensitivity to the effects of opioids in rats with free access to exercise wheels: μ -opioid tolerance and physical dependence*. *Psychopharmacol.* 2003; 168: 426–434.
34. Pierce EF, Eastman NW, Tripathi HL, Olson KG, Dewey WL. *Beta-endorphin response to endurance exercise: relationship to exercise dependence*. *Percept. Mot. Skills* 1993; 77: 767–770.
35. Steinberg H, Sykes EA, LeBoutillier N. *Exercise addiction: Indirect measures of „endorphins”?* W: Annett J, Cripps B, Steinberg H, red. *Exercise addiction: Motivation for participation in sport and exercise*. Leicester: The British Psychological Society; 1996, s. 6–14.
36. Thompson JK, Blanton P. *Energy conservation and exercise dependence: A sympathetic arousal hypothesis*. *Med. Sc. Sports Exerc.* 1987; 19: 91–99.
37. Glass JM, Lyden AK, Petzke F, Stein P, Whalen G, Ambrose K, Chrousos G, Clauw DJ. *The effect of brief exercise cessation on pain, fatigue, and mood symptom development in healthy, fit individuals*. *J. Psychosom. Res.* 2004; 57: 391–398.
38. Sothmann MS, Ismail AH. *Factor analytic derivation of the MHPG/NM ratio: Implications for studying the link between physical fitness and depression*. *Biol. Psychiatr.* 1985; 20: 579–583.
39. Adams J, Kirkby RJ. *Excessive exercise as an addiction: A review*. *Addiction Rev. Theory* 2002; 10: 415–437.
40. Hamer M, Karageorghis CI. *Psychobiological mechanisms of exercise dependence*. *Sports Med.* 2007; 37: 477–484.
41. Tomkins SA. *A modified model of smoking behavior*. W: Borgatta EF, Evans RR, red. *Smoking, health and behavior*. Chicago: Aldine; 1968, s. 165–186.
42. Johnsguard K. *The motivation of the long distance runner*. *J. Sports Med.* 1985; 25: 135–139.
43. Anshel MH. *A psycho-behavioral analysis of addicted versus non-addicted male and female exercisers*. *J. Sport Beh.* 1991; 14: 145–158.
44. Rosa DA, de Mello MT, Negrao AB, de Souza-Formigoni ML. *Mood changes after maximal exercise testing in subjects with symptoms of exercise dependence*. *Percept. Mot. Skills* 2004; 99: 341–353.
45. Morris M, Steinberg H, Sykes EA, Salmon P. *Effects of temporary withdrawal from regular running*. *J. Psychosom. Res.* 1990; 34: 493–500.
46. Berlin AA, Kop WJ, Deuster PA. *Depressive mood symptoms and fatigue after exercise withdrawal: the potential role of decreased fitness*. *Psychosom. Med.* 2006; 68: 224–230.
47. Thaxton L. *Physiological and psychological effects of short-term exercise addiction on habitual runners*. *J. Sport Psychol.* 1982; 4: 73–80.
48. Mondin GW, Morgan WP, Piering PN, Stegner AJ, Stotesbery CL, Trine MR, Wu MY. *Psychological consequences of exercise deprivation in habitual exercisers*. *Med. Sc. Sports Exerc.* 1996; 28: 1199–1203.

49. Robbins JM, Josephs P. *Experiencing exercise withdrawal: possible consequences of therapeutic and mastery running*. J. Sport Psychol. 1985; 7: 23–29.
50. Davis C. *Exercise abuse*. Int. J. Sport Psychol. 2000; 31: 278–289.

Adres: Zakład Organizacji i Zarządzania
Wydział Turystyki i Rekreacji
Akademia Wychowania Fizycznego
Józefa Piłsudskiego
00-968 Warszawa, ul. Marymoncka 34

Otrzymano: 2.11.2011
Zrecenzowano: 8.07.2012
Otrzymano po poprawie: 25.07.2012
Przyjęto do druku: 13.08.2012
Adiustacja: L. Sz.