

Diana Malinowska

Sabina Staszczuk

Aleksandra Tokarz

PRACOHOLIZM – WSKAZANIA DOTYCZĄCE DIAGNOZY ORAZ PRZEGLĄD DZIAŁAŃ INTERWENCYJNYCH

WORKAHOLISM – INDICATIONS FOR DIAGNOSIS AND REVIEW OF INTERVENTIONS

Uniwersytet Jagielloński / Jagiellonian University, Kraków, Poland
Instytut Psychologii, Wydział Filozoficzny / Institute of Psychology, Faculty of Philosophy

STRESZCZENIE

Zjawisko pracoholizmu (workaholism) z uwagi na liczne koszty psychologiczne i zdrowotne wymaga podejmowania właściwych działań przez odpowiednich specjalistów, w tym także służby medycyny pracy. W artykule przedstawiono kryteria i wskaźniki rozpoznawania tego zjawiska, a także na podstawie analizy piśmiennictwa omówiono wybrane interwencje ukierunkowane na zapobieganie pracoholizmowi, ograniczanie czynników ryzyka, wykrywanie i leczenie pracoholizmu. W przeglądzie uwzględniono 17 publikacji naukowych, pochodzących z bazy naukowej Academic Search Complete, które spełniły zasadnicze kryterium, jakim była tematyka interwencji nastawionych bezpośrednio na zmniejszanie pracoholizmu/uzależnienia od pracy, a nie jego skutków ubocznych. Wyniki przeglądu wskazują na potencjalne oddziaływania, których adresatem może być jednostka, rodzina i organizacja oraz które mogą być bezpośrednio zastosowane w praktyce służby medycyny pracy (lekarzy i osób nadzorujących warunki pracy). Ponadto przegląd może być wykorzystany jako materiał informacyjny dla innych grup odbiorców, np. terapeutów, coachów, trenerów i specjalistów ds. zasobów ludzkich (human resources – HR). W artykule podjęto problem istotnej roli służby medycyny pracy zarówno w rozpoznawaniu, jak i powstrzymaniu rozwoju pracoholizmu. Przedstawiono również wytyczne dotyczące przeprowadzania i analizy skuteczności działań interwencyjnych. Med. Pr. 2015;66(1):71–83

Słowa kluczowe: diagnostyka, leczenie, pracoholizm, prewencja pierwotna, prewencja wtórna, prewencja trzeciorzędowa

ABSTRACT

Due to numerous psychological and health costs, the issue of workaholism requires taking appropriate actions by relevant specialists, including occupational medicine services. This paper presents the criteria and indicators used to diagnose this phenomenon, as well as the review of literature that discusses interventions aimed at preventing workaholism and reducing risk factors, workaholism detection and treatment. The review included 17 scientific publications from the science database Academic Search Complete, which met the basic criterion: the presentation of an intervention aimed directly at reducing workaholism/work addiction, not its side effects. The results of the review indicate a variety of potential actions, including individual, family and organization, which can be directly used in the practice of occupational medicine services (doctors and inspectors of working conditions). In addition, the review can be used as a reference material for other users, such as therapists, coaches, trainers, and human resources (HR) professionals. The article discusses the problem of the important role of occupational medicine services in both the diagnosis and the inhibition of workaholism development. It also presents guidelines how to conduct and analyse the effectiveness of interventions. Med Pr 2015;66(1):71–83

Key words: diagnosis, therapeutics, workaholism, primary prevention, secondary prevention, tertiary prevention

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Diana Malinowska, Uniwersytet Jagielloński, Instytut Psychologii, Al. Mickiewicza 3, 31-120 Kraków, e-mail: d.malinowska@uj.edu.pl
Nadesłano: 1 sierpnia 2014, zatwierdzono: 7 stycznia 2015

WSTĘP

Zdaniem wielu badaczy pracoholizm wiąże się z negatywnymi konsekwencjami dla zdrowia, funkcjonowania społecznego i zawodowego, wśród których wymienić

można np. obniżoną jakość życia, wypalenie zawodowe, zmęczenie i zachowania kontrproduktywne w miejscu pracy [1–3]. W Polsce brakuje odpowiednich danych, jednak na podstawie badań prowadzonych w Kanadzie i USA [4] przewiduje się, że problem ten może dotyczyć

nawet 25–30% osób w wieku produkcyjnym [5]. Praco-holizm jest też traktowany jako przejaw silnego, ale nie-patologicznego zaangażowania w pracę [6,7].

Zgodnie z postulatem Dudka [8] przegląd interwen-cji, który został przeprowadzony w niniejszej pracy, ma dostarczyć wiedzy na temat sposobów powstrzyma-nia rozwoju tego zjawiska, a także przeciwdziałania jego występowaniu. Wiedza ta może być wykorzystana przez służbę medycyny pracy (lekarzy medycyny pracy, personel nadzoru nad warunkami pracy) w samodzielnie podejmowanych działaniach, a także w informowa-niu pracowników, kadry kierowniczej i zarządzającej oraz specjalistów ds. zasobów ludzkich (human resourc-es – HR) o potencjalnych rozwiązaniach problemów związanych z pracoholizmem.

Niniejszy artykuł jest podzielony na 4 części. W pierwszej przedstawiono sposoby rozpoznawania pracoholizmu, wskazano na jego przejawy oraz wymie-niono narzędzia pomiaru dostępne w Polsce. Opisano także kryteria diagnostyczne, opracowane na podsta-wie ICD-10 (International Classification of Diseases – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób) [9], które mogą być stosowane przez służbę medycyny pracy.

Druga część poświęcona jest przeglądowi interwen-cji opisanych w literaturze, których celem – zależnie od tego, z jakim nasileniem zaburzenia mamy do czynienia i w jakiej fazie działań interwencyjnych możemy oddzia-ływać – powinno być przeciwdziałanie występowaniu pracoholizmu, ograniczanie czynników ryzyka sprzy-jających jego powstawaniu, wczesne wykrywanie oma-wianego syndromu w celu minimalizowania jego konse-kwencji, a w końcu – leczenie. W niniejszej publikacji za-stosowano także dodatkowy podział interwencji z uwagi na źródło oddziaływania (lekarz, psychoterapeuta, spe-cjalista HR, coach itd.) i na poziom oddziaływań (osoba, rodzina, organizacja). Umożliwi to czytelnikom czasopi-sma zaznajomienie się z oddziaływaniami (procedu-rami, wskazaniem), które mogą wykorzystać w swojej praktyce albo potraktować jako materiał informacyjny dla odpowiedniej grupy osób.

Trzecia część tekstu dotyczy roli służby medycyny pracy w rozpoznawaniu pracoholizmu i powstrzymywa-niu procesu nadmiernej pracy. Z kolei w czwartej części wskazujemy, w jaki sposób przygotowywać i przeprowa-dzać interwencje oraz jak można ocenić ich skuteczność.

Rozpoznawanie pracoholizmu

Wiedza na temat rozpoznawania zjawiska pracoholi-zmu – które od stosunkowo niedawna jest przedmiotem badań psychologicznych (jego początki należy wiązać

z publikacją książki Oatesa w 1971 r. [10]) – niewątpli-wie wymaga dalszego wzbogacenia. Warto zaznaczyć, że pojęcie ‘pracoholizm’ jest wciąż niejednoznaczne [8], a naukowcy, którzy je opisują, skupiają się wokół 2 od-miennych perspektyw traktowania pracoholizmu jako choroby lub jako pozytywnego, chociaż nadmiernego zaangażowania w pracę [6,7].

Oprócz tego pojawiają się również badania [6,11] wskazujące, że istnieją różne typy pracoholików i roz-maite stopnie nasilenia negatywnych konsekwencji omawianego syndromu. Te liczne dane z aktualnych badań wydają się obiecujące, ponieważ obejmują całe spektrum nadmiernej pracy i wskazują na wielką zło-zoność przyczyn i determinantów tego zjawiska.

Nie ma jednej wyczerpującej definicji pracoholi-zmu, która określałaby, jakie charakterystyki należy uwzględnić w jego diagnozie. Z tego powodu w ni-niejszym artykule wymieniono kluczowe wskaźniki, które zgodnie ze współczesnymi ujęciami można po-grupować w 3 nadrzędne wymiary – behawioralny, po-znawczy i emocjonalny [12].

Wskaźniki behawioralne – czyli zachowania takie, jak realizacja nadgodzin, praca podczas weekendu, ograniczanie czasu na inne aktywności poza pracą – z uwagi na ich oczywistą dostępność dla zewnętrznego obserwatora mogą być najłatwiej dostroczalnym sygnałem występowania pracoholizmu. Należy jednak wyraźnie zaznaczyć, że samodzielne występowanie wskaźników behawioralnych może być traktowane tyl-ko jako przejaw nadmiernej pracy [13], a nie pracoho-lizmu, z którym mamy do czynienia, gdy pojawią się także symptomy innego rodzaju.

Wskaźniki poznawcze obejmują m.in. tak zwany przymus pracy, co oznacza, że osoba czuje ciągłą, we-wnętrzną potrzebę wykonywania pracy, niezwiązaną z zewnętrznymi wymaganiami [3] i doświadcza nie-ustępujących myśli na jej temat wtedy, gdy jej nie wyko-nuje. Przymus pracy traktowany jest jako osiowy objaw pracoholizmu, który występuje w różnych jego posta-ciach [14]. Spośród wskaźników poznawczych wymie-niane są również: utrata kontroli nad pracą i irracjonal-ne poglądy na temat pracy [15], a także dominowanie myślenia o pracy [6].

Ostatnia grupa symptomów to wskaźniki emo-cjonalne, które obejmują pozytywne doświadczenia emocjonalne (radość, zadowolenie, satysfakcję) wystę-pujące wtedy, gdy osoba wykonuje pracę, oraz nega-tywne (smutek, rozdrażnienie, frustracja, złość), kiedy nie pracuje. Trzeba zauważyć, że wymiar emocjonal-ny bywa pomijany w niektórych konceptualizacjach,

np. Golińskiej [16], Paluchowskiego i Hornowskiej [15] oraz Robinsona [17], więc może stąd wynikają pewne trudności w ocenie jego znaczenia w rozpoznawaniu pracoholizmu. Powinien być on jednak uwzględniany w diagnozie pracoholizmu, ponieważ niesie informacje uzupełniające względem pozostałych grup wskaźników.

W modelach uzależnień emocje są wskaźnikami 2 kluczowych kryteriów rozpoznawania uzależnień. Po pierwsze, są to zmiany nastroju związane z wykonywaniem czynności, po drugie – to objawy odstawienia w postaci nieprzyjemnych stanów emocjonalnych (lub fizjologicznych), które pojawiają się, gdy osoba zaprzestaje wykonywania nałogowej czynności [18].

W tabeli 1. przedstawiono dostępne w Polsce narzędzia umożliwiające pomiar pracoholizmu wraz z informacją o ich rzetelności, trafności i normalizacji oraz wskazaniem, jakie wymiary pracoholizmu te narzędzia mierzą. W ich wyborze wykorzystano metodę przeglądu, w którym uwzględniono analizę pozycji (spisu treści i ewentualnie zawartości) dostępnych na stronach internetowych 25 polskich wydawnictw uniwersyteckich i naukowych oraz 10 polskich autorów zajmujących się tą problematyką. Zastosowano następujące słowa kluczowe: pracoholizm, uzależnienie czynnościowe, psychologia pracy, psychologia organizacji i psychologia zarządzania.

Efektom było dotarcie do 7 monografii i 5 artykułów, w których odnaleziono informacje na temat narzędzi do pomiaru pracoholizmu. W wyborze narzędzi prezentowanych w niniejszym artykule przyjęto 2 kryteria – dostępność polskiej wersji językowej i dostępność informacji o właściwościach psychometrycznych narzędzia, uzyskanych w procesie jego tworzenia lub adaptacji do warunków polskich. Wymienione w tabeli 1. narzędzia diagnozy pracoholizmu mogą być stosowane wyłącznie przez psychologów. Należy ponadto zwrócić uwagę, że tylko 3 narzędzia zostały znormalizowane [15,16,19], co jest warunkiem określenia natężenia pracoholizmu poprzez odniesienie wyniku surowego pacjenta/klienta do średnich wyników w danej populacji (norm). Jest to także warunkiem poprawnej diagnozy¹.

¹ Istnieją normy dla „Kwestionariusza objawowego nadmiernego obciążania się pracą” (KONOP) Hornowskiej i Paluchowskiego [15], „Skali zaabsorbowania pracą” (SZAP) Golińskiej [16], „Wielowymiarowego kwestionariusza oceny pracoholizmu” (WKOP) Szpitalak [19]. W opracowaniach na temat pozostałych wymienionych narzędzi pomiaru pracoholizmu nie znaleziono informacji na temat ich normalizacji.

Tabela 1. Narzędzia pomiaru pracoholizmu i jego 3 wymiarów – behawioralnego, poznawczego i emocjonalnego
Table 1. Instruments to measure workaholism and its 3 dimensions: behavioral, cognitive, and emotional

Lp. No.	nazwa i autor name and author	rzetelność reliability	Narzędzie Instrument	trafność validity	normalizacja normalization	Wymiar
						pracoholizmu Workaholism dimension
1	Skala Work-BAT (Workaholism Battery Scale), Spence i Robbins [3], polska adaptacja: Malinowska i wsp. [20] / Workaholism Battery Scale (Work-BAT) Spence and Robbins [3], Polish adaptation: Malinowska et al. [20]	spójność wewnętrzną dla podskali / internal consistency for subscales: $\alpha = 0,49-0,79$ dla całej skali / for the full scale: $\alpha = 0,71$ rzetelność retestowa: brak danych / test-retest reliability: data not available	struktura czynnikowa nie w pełni zgodna ze skalą oryginalną (obejmuje 2 czynniki z 3) / factorial structure is not fully consistent with the original scale (includes 2 from 3 factors) ^b istotne statystycznie korelacje z podskalami Skali Przeciążenia Pracą / statistically significant correlations with subscales of Overworking Scale	nie / no	poznawczy, emocjonalny / cognitive, emotional	
2	Work Addiction Risk Test (WART), Robinson [21], polska adaptacja WART-R: Wojdyło i Buczny [14] / Work Addiction Risk Test (WART), Robinson [21], Polish adaptation WART-R: Wojdyło and Buczny [14]	spójność wewnętrzną dla podskali / internal consistency for subscales: $\alpha = 0,63-0,82$ dla całej skali / for the full scale: $\alpha = 0,88$ rzetelność retestowa: brak danych / test-retest reliability: data not available	struktura czynnikowa nie w pełni zgodna ze skalą oryginalną (obejmuje 3 z 5 czynników) / factorial structure is not fully consistent with the original scale (includes 3 from 5 factors) istotne statystycznie korelacje z negatywnym afektem, potrzebą aprobaty społecznej w zakresie cech moralnych, rozbieżnością między ja aktualne a powinnościowe / statistically significant correlations with negative affect, social desirability in moral traits, discrepancy between actual and potential self	nie / no	behawioralny, poznawczy / behavioral, cognitive	

Tabela 1. Narzędzia pomiaru pracoholizmu i jego 3 wymiarów – behawioralnego, poznawczego i emocjonalnego – cd.
Table 1. Instruments to measure workaholism and its 3 dimensions: behavioral, cognitive, and emotional – cont.

Lp. No.	nazwa i autor name and author	rzetelność reliability	Narzędzie Instrument	trafność validity	normalizacja normalization	Wymiar pracoholizmu Workaholism dimension
3	Kwestionariusz Objawowego Nadmiernego Obciążania się Pracą (KONOP), Paluchowski i wsp. [15] / Working Excessively Questionnaire, Paluchowski et al. [15] ^a	spójność wewnętrzną dla podskal / internal consistency for subscales: $\alpha = 0,71-0,90$ dla całej skali: brak danych / for the full scale: data not available rzetelność retestowa: brak danych / test-retest reliability: data not available	struktura czynnikowa w pełni odpowiada założeniom teoretycznym / factorial structure fully confirms a theoretical model istotne statystycznie korelacje z kryteriami uzależnienia według ICD-10, temperamencie, osobowością, stylami pracy, charakterystyką rodziny pochodzenia i rodziny własnej / significant correlations with criteria for addiction according to ICD-10; temperament, personality, working styles, characteristics of the family of origin and one's own family	tak / yes	behawioralny, poznawczy / behavioral, cognitive	
4	Skala Zaabsorbowania Pracą (SZAP), Golińska [16] / Work Preoccupation Scale, Golińska [16] [*]	spójność wewnętrzną: brak danych / internal consistency: data not available rzetelność retestowa (ponowny pomiar po 3 miesiącach) / test-retest reliability (retest after 3 months): $r = 0,53$	struktura czynnikowa nie w pełni odpowiada założeniom teoretycznym / factorial structure does not fully confirm a theoretical model istotne statystycznie korelacje z Work Addiction Risk Test / statistically significant correlations with Work Addiction Risk Test	tak / yes	behawioralny, poznawczy / behavioral, cognitive	
5	Inwentarz Wykorzystania Czasu (IWCz), Malinowska i wsp. [22] / Time Use Inventory (IWCz), Malinowska et al. [22]	spójność wewnętrzną dla podskal / internal consistency for subscales: $\alpha = 0,82$ i / and 0,94 dla całej skali: brak danych / for the full scale: data not available rzetelność retestowa dla podskal (ponowny pomiar po 7 miesiącach) / test-retest reliability for subscales (retest after 7 months): $r = 0,47$ $r = 0,22$	istotne statystycznie korelacje z podskalami Skali Przeciżenia Pracą i wypaleniem zawodowym / statistically significant correlations with subscales of Overworking Scale and burnout	nie / no	behawioralny, poznawczy / behavioral, cognitive	
6	Wielowymiarowy Kwestionariusz Oceny Pracoholizmu (WKOP), Szpitalak [19] / Multidimensional Workaholism Assessment Questionnaire (WKOP), Szpitalak [19]	spójność wewnętrzną dla podskal / internal consistency for subscales: $\alpha = 0,68-0,90$ dla całej skali / for the full scale: $\alpha = 0,92$ rzetelność retestowa (ponowny pomiar po 7 dniach) / test-retest reliability (retest after 7 days): $r = 0,93$	istotne statystycznie korelacje ze Skalą Zaabsorbowania Pracą, Work Addiction Test Risk / statistically significant correlations with Work Preoccupation Scale, Work Addiction Test Risk	tak / yes	behawioralny, poznawczy, emocjonalny / behavioral, cognitive, emotional	
7	Kwestionariusz Pożądania Pracy (Work Craving Scale, WCS), Wojdyło i wsp. [23] / Work Craving Scale (WCS), Wojdyło et al. [23]	spójność wewnętrzną dla podskal / internal consistency for subscales: $\alpha = 0,80-0,94$ dla całej skali / for the full scale: $\alpha = 0,94$ rzetelność retestowa: brak danych / test-retest reliability: data not available	struktura czynnikowa w pełni odpowiada założeniom teoretycznym / factorial structure fully confirms a theoretical model istotne statystycznie korelacje z Work Addiction Risk Test, ruminaacjami, depresją, samooceną, ogólnym stanem zdrowia, zachowaniami prozdrowotnymi, wypaleniem zawodowym; brak istotnych statystycznie korelacji z liczbą godzin pracy i zaangażowaniem w pracę / significant correlations with Work Addiction Risk Test, rumination, depression, self-esteem, general health, health behaviors, burnout; non significant correlations with working hours and work engagement	nie / no	poznawczy, emocjonalny / cognitive, emotional	

^a Poprzednia wersja tego narzędzia nosi nazwę Skala Przeciżenia Pracą (SPP) / The title of the previous version of this scale is Overworking Scale. ^b Strukturę 2-czynnikową skali WorkBAT uzyskano również w badaniach adaptacyjnych prowadzonych w innych krajach, np. Nowej Zelandii i Turcji / The 2-factorial structure of WorkBAT was also identified in research on the scale conducted in other countries, e.g., New Zealand and Turkey. ICD-10 – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 / International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.

Biorąc pod uwagę wymienione ograniczenie co do stosowania i jakości narzędzi, bardziej użyteczne dla osób reprezentujących środowisko medycyny pracy mogą być kryteria opracowane na podstawie ICD-10 [9]. Trzeba podkreślić, że kryteria te powstały jedynie jako analogia do uzależnienia od alkoholu i nie są elementem systemu ICD. Obejmują one listę 6 objawów specyficznie związanych z wykonywaniem pracy, spośród których co najmniej 3 powinny występować u danej osoby w ciągu ostatniego roku, żeby rozpoznać u niej pracoholizm:

1. Kompulsja – silna potrzeba lub poczucie przymusu wykonywania czynności związanych z pracą zawodową.
2. Utrata kontroli – subiektywne przekonanie o mniejszych możliwościach kontrolowania swoich zachowań związanych z pracą, tj. trudności w powstrzymaniu się od wykonywania czynności zawodowych, w kontrolowaniu ilości czasu poświęcanego na czynności związane z pracą oraz liczby wykonywanych zadań zawodowych.
3. Objawy odstawienia – występowanie przy próbach przerwania lub ograniczenia pracy stanów niepokoju, rozdrażnienia czy gorszego samopoczucia oraz ustępowanie tych stanów z chwilą powrotu do wykonywania zadań zawodowych.
4. Tolerancja – spędzanie coraz większej ilości czasu w pracy w celu zredukowania niepokoju, osiągnięcia zadowolenia czy dobrego samopoczucia, które poprzednio uzyskiwane były w normalnym czasie pracy.
5. Dominacja nałogowej formy zachowania – postępujące zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub dotychczasowych zainteresowań na rzecz wykonywania obowiązków zawodowych.
6. Negatywne konsekwencje – wykonywanie czynności zawodowych mimo szkodliwych następstw (fizycznych, psychicznych i społecznych), o których wiadomo, że mają związek z poświęcaniem dużej ilości czasu na pracę.

Proponowana lista objawów jest spójna z kryteriami diagnostycznymi uzależnień czynnościowych proponowanymi przez innych autorów [18,24]².

² Listy kryteriów uzależnienia autorstwa Griffithsa [18], Hagedorna [24] i Woronowicza [9] obejmują zestaw wskaźników niezbędnych do określenia, czy mamy do czynienia z patologiczną postacią zachowania. Z uwagi na ich wysoki poziom spójności i nieznaczne różnice wynikające w dużej mierze ze stopnia szczegółowości opisu, a także z jakości tłumaczenia na język polski, w niniejszym artykule przytoczono jedynie kryteria opracowane przez polskiego psychiatrę Bohdan T. Woronowicza [9].

Zamieszczone powyżej kryteria diagnostyczne zostały w badaniach Hornowskiej i Paluchowskiego [15] zastosowane do stworzenia listy 9 kryteriów, które umożliwiają rozpoznanie pracoholizmu, np. „Mam trudności w kontrolowaniu ilości czasu poświęcanego na pracę” (kryterium 2), „Z chwilą zajęcia się pracą zawodową mija mi rozdrażnienie, niepokój lub gorsze samopoczucie” (kryterium 3). Osoby biorące udział w ww. badaniach ustosunkowywały się do nich, udzielając odpowiedzi na 5-stopniowej skali częstości (1 – bardzo rzadko, 5 – bardzo często). Odpowiedzi 4 i 5 były klasyfikowane jako występowanie objawu.

Wymienione kryteria rozpoznawania pracoholizmu są użyteczne. Mimo to jednak autorki niniejszej publikacji sugerują, zgodnie z postulatami badaczy pracoholizmu, żeby proces diagnozy obejmował różne narzędzia i techniki, takie jak:

- samoopis klienta/pacjenta za pomocą kwestionariuszy,
- ustrukturyzowany wywiad z osobą, u której podejrzewamy pracoholizm i/lub z członkiem jej najbliższego otoczenia,
- metoda dzienniczków (day-diaries)³, która pozwala na codzienny zapis stanu i odczuć związanych z pracą i życiem osobistym.

Podstawą tej propozycji diagnozowania jest zasada krzyżowania metod i postulat, żeby diagnoza była oparta na konkretnych i wyczerpujących dowodach (evidence-based practice – EBP). Stemplewska-Żakowicz i Paluchowski wyjaśniają, że: „Najogólniej można określić tę ideę jako dążenie do tego, by wszelkie działania praktyczne były oparte na podstawach naukowych, co przede wszystkim oznacza wymóg stosowania ustrukturalizowanych metod i procedur, które pomyślnie przeszły empiryczną weryfikację” [26, s. 43]. W praktyce ideę tę można zastosować dzięki zintegrowaniu różnych źródeł informacji – najlepszych dostępnych wyników badań naukowych, biegłości diagnosty i indywidualnych właściwości klienta/pacjenta, a także jego preferencji.

METODY PRZEGLĄDU

Wyszukiwanie tekstów opisujących działania interwencyjne dotyczące pracoholików przeprowadzono w bazie naukowej Academic Search Complete. Jako kryteria

³ Metoda polega na codziennym lub dokonywanym co kilka dni udzielaniu odpowiedzi (kontrolowanym/stymulowanym przez badacza) na pytania kwestionariuszowe, wyselekcjonowane z kwestionariuszy lub skonstruowane przez badacza [25].

wyszukiwania przyjęto: dostępność pełnej wersji tekstu, publikacja naukowa przedstawiająca interwencje nastawione bezpośrednio na zmniejszenie pracoholizmu i/lub uzależniania od pracy, a nie jego skutków ubocznych, polski lub angielski język publikacji. Spośród wyszukanych 42 publikacji ww. kryteria spełniło 17 pozycji (kryteria nie były rozłączne). Uwzględniono następujące terminy: workaholism and intervention (7 odpowiednich na 11 wyszukanych), workaholism and treatment (3/14), workaholism and therapy (9/19) oraz workaholism and counseling (17/42). Wyniki wyszukiwania były aktualne na 19 października 2013.

WYNIKI PRZEGLĄDU

W niniejszej publikacji spośród opisywanych w literaturze działań interwencyjnych wybrano jedynie kilka⁴ w celu zilustrowania, w jaki sposób można postępować z pracoholikami lub osobami, u których pracoholizm może wystąpić. Trzeba zaznaczyć, że wskazywane interwencje mają jedynie status rekomendacji – nie przeprowadzano badań nad ich efektywnością. Działania interwencyjne⁵, które przedstawiono w tabeli 2., zostały uporządkowane według następujących kryteriów:

- faza działań interwencyjnych – określa cel oddziaływań, została podzielona na prewencję wczesną, pierwotną, wtórną, trzeciorzędową i leczenie [27,28];
- źródło oddziaływań – wskazuje na grupę zawodową o odpowiednich kwalifikacjach i/lub umiejętnościach do przeprowadzenia interwencji;
- poziom oddziaływań – opisuje, kto jest objęty działaniami interwencyjnymi: osoba, rodzina czy organizacja.

W dalszej części niniejszego artykułu przedstawiono krótką definicję poszczególnych grup działań interwencyjnych, wyróżnionych ze względu na fazę oddziaływania. Omówiono też przykłady konkretnych oddziaływań wybrane z przedstawionych w tabeli 2.

Oddziaływania obejmujące prewencję wczesną

Celem wczesnej prewencji jest zminimalizowanie ryzyka wystąpienia pracoholizmu wśród osób zdrowych, niebędących pracoholikami, poprzez utrwalenie prawidłowego sposobu zachowania [28]. Pożądanym

sposobem zachowania jest w tym wypadku utrzymanie równowagi między pracą a życiem prywatnym. Jak wskazano w tabeli 2., pracownik może samodzielnie zdecydować się na odkrywanie i rozwijanie zainteresowań pozazawodowych lub taką sugestią może otrzymać od lekarza medycyny pracy przy okazji oceny stanu zdrowia w badaniach wstępnych lub okresowych badaniach kontrolnych.

Wśród działań wspierających zachowanie równowagi praca – życie prywatne warto zwrócić uwagę także na te, które są obecne w środowisku pracy. W szczególności mogą być one inicjowane przez menadżerów – np. modelowanie niepracoholicznych wzorów zachowań w miejscu pracy [28] i docenienie tych efektywnych pracowników, którzy utrzymują równowagę między życiem zawodowym a prywatnym [29]. Działania przełożonych powinny być spójne z kulturą organizacyjną wspierającą i promującą wśród pracowników pożądane wartości [32], za co z kolei w głównej mierze odpowiadają specjaliści HR.

Dla przykładu w firmie Johnson & Johnson obowiązuje program „Balancing work and family”, który umożliwia realizację promowanych przez organizację wartości równowagi między pracą a życiem rodzinnym poprzez: uruchomienie punktu informacyjnego dotyczącego miejsc świadczących opiekę nad dziećmi, stworzenie 4 centrów rozwoju dziecka działających przy firmie, przyznanie dodatkowego urlopu związanego ze sprawowaniem opieki nad rodziną oraz zapewnienie możliwości wyboru różnych form elastycznego zatrudnienia [42].

W grupie oddziaływań należących do technik wczesnej prewencji można wymienić bezwarunkowe oddziaływanie na dzieci szacunkiem przez rodzinę i/lub nauczycieli [33]. Jak wykazano w badaniach nad pracoholikami, postrzegają oni miłość ze strony rodziców jako warunkową, czyli uzależnioną od osiągniętych przez nich sukcesów [43].

Oddziaływania obejmujące prewencję pierwotną

Prewencja pierwotna, podobnie jak wczesna, dotyczy osób, które nie są pracoholikami, ale istnieje ryzyko, że pracoholizm może się u nich rozwinąć. Jej celem jest zapobieganie rozwojowi tej dysfunkcji poprzez oddziaływanie na czynniki ryzyka [27]. Wśród nich, jako najważniejsze, można wymienić traktowanie pracy jako głównego źródła satysfakcji w życiu i jedynego obszaru, na którego podstawie osoba kształtuje samoocenę [31].

Działania uruchamiane w odpowiedzi na te czynniki ryzyka należą do obszaru terapii ukierunkowanej

⁴ Pełna lista zidentyfikowanych interwencji, obejmująca dane bibliograficzne i krótki opis działań interwencyjnych, znajduje się u autorów niniejszego artykułu i może zostać udostępniona osobom zainteresowanym (proszę o kontakt pod adresem: d.malinowska@uj.edu.pl).

⁵ W tekście użyto pojęcia ‘działania interwencyjne’ jako łączącego zarówno prewencję, jak i interwencję.

Tabela 2. Przykładowe działania interwencyjne dotyczące pracoholizmu w podziale na fazę, źródło i poziom oddziaływań
Table 2. Examples of interventions on workaholism classified by phase, source and level of action

Faza działań interwencyjnych Phase of intervention	Oddziaływanie Action	Źródło oddziaływań Source of action	Poziom oddziaływań Level of action
Prewencja wczesna / Early prevention	rozwijanie zainteresowań pozazawodowych / developing non-work interests [10,29–32] modelowanie [28] i wzmacnianie [29] niepracoholicznych wzorów zachowań w miejscu pracy / modeling [28] and strengthening [29] non-workaholic behavior pattern in the workplace budowa wartości i kultury organizacyjnej sprzyjającej utrzymaniu równowagi między życiem zawodowym a prywatnym / establishing organizational values and culture conducive to maintaining work-life balance [32] bezwartunkowe obdarzanie dzieci szacunkiem / providing unconditional regard for children [33]	lekarz medycyny pracy / occupational medicine physician przełożony / superior specjalista ds. zasobów ludzkich / human resources specialist rodzice, nauczyciele / parents, teachers	osoba / person organizacja, osoba / organization, person organizacja / organization osoba / person
Prewencja pierwotna / Primary prevention	praca nad poprawą relacji w rodzinie / improving the relationships in the family [17,34–36] pomoc dorosłym dzieciom pracoholików w / helping adult children of workaholics in: – obniżaniu perfekcyjnych standardów, stawianiu bardziej realistycznych wymagań, delegowaniu zadań / reducing perfectionistic standards, posing a more realistic requirements, delegating tasks [34,37] – zmniejszeniu samokrytycyzmu / reducing self-criticism [33] poszukiwanie obszarów alternatywnych względem pracy, które mogą stanowić punkt odniesienia dla samooceny / searching for alternatives to work, which may be a reference point for self-esteem [31] stawianie realistycznych standardów wykonania pracy i ich jasne komunikowanie / setting realistic work standards and communicating them clearly [38]	psychoterapeuta / psychotherapist psychoterapeuta, coach, trener / psychotherapist, coach, trainer psychoterapeuta, coach / psychotherapist, coach przełożony / superior psychoterapeuta / psychotherapist specjalista ds. zasobów ludzkich / human resources specialist przełożony / superior	rodzina / family osoba / person osoba / person organizacja, osoba / organization, person rodzina / family organizacja / organization osoba / person
Prewencja wtórna / Secondary prevention	poszukiwanie oznak pracoholizmu jako potencjalnej przyczyny konfliktów w małżeństwie / searching for signs of workaholism as a potential cause of conflict in marriage [36] badania organizacyjne nad pracoholizmem / organizational research on workaholism [32] identyfikacja pracowników, którzy mają skłonności pracoholiczne / identifying employees with workaholic tendencies [29,32,39]	przełożony / superior specjalista ds. zasobów ludzkich / human resources specialist przełożony / superior	organizacja, osoba / organization, person rodzina / family organizacja / organization osoba / person
Prewencja i leczenie / Tertiary prevention and treatment	pomoc klientowi w osiągnięciu bardziej zrównoważonego i zdrowego stylu życia poprzez przeprowadzenie terapii poznawczo-behawioralnej (np. racjonalno-emotywnej terapii zachowania – REBT) / helping a client to achieve more balanced and healthy lifestyle by conducting cognitive-behavioral therapy (e.g., rational emotive behavior therapy – REBT) [28] analiza dynamiki rodzinnej wzmacniającej zachowania pracoholiczne / analysis of family dynamics that reinforce workaholic behavior [33,40] wspieranie zachowań niepracoholicznych / supporting non-workaholic behavior [40] kierowanie pacjentów na spotkania anonimowych pracoholików / referring patients to workaholic anonymous meetings [9,34] samoleczenie [41] mające na celu utrzymanie równowagi między pracą a życiem pozazawodowym / self-treatment [41] aimed at maintaining work-life balance	psychoterapeuta / psychotherapist lekarz medycyny pracy / occupational medicine physician lekarz medycyny pracy / occupational medicine physician	osoba, rodzina / person, family osoba / person osoba / person osoba / person

na poprawę relacji w rodzinie [17,34–36] lub bezpośrednio – na stawianie sobie przez pracowników bardziej realistycznych wymagań w pracy [34,37]. Wydaje się, że niektóre oddziaływania w obszarze prewencji pierwotnej mogą być także prowadzone przez coacha, np. wspieranie osób zagrożonych pracoholizmem w poszukiwaniu dziedzin życia innych niż praca, które mogłyby stanowić punkt odniesienia dla samooceny [31]. Co więcej, również przełożeni odgrywają ważną rolę w minimalizowaniu czynników ryzyka poprzez stawianie realistycznych standardów wykonania pracy, które powinni jasno komunikować swoim pracownikom [38].

Oddziaływania obejmujące prewencję wtórną

Celem prewencji wtórnej jest zapobieganie konsekwencjom pracoholizmu i ich minimalizowanie poprzez jego wczesne wykrywanie i podejmowanie działań interwencyjnych [27]. Działania, które można tu zalecić, dotyczą przeprowadzania badań przesiewowych umożliwiających identyfikację pracoholików.

Identyfikacja pracoholizmu może zachodzić również w trakcie analizy przyczyn konfliktów w małżeństwie, prowadzonej przez terapeutę [36]. Autorzy zajmujący się działaniami interwencyjnymi tego typu zalecają, żeby zidentyfikować, czy rodzina, w tym mąż lub żona, w sposób niejawni wspierają i przyzwalają na zachowania pracoholiczne [17,35,36].

Poza oddziaływaniami terapeutycznymi w zakresie prewencji wtórnej mieszczą się także działania po stronie specjalistów HR i przełożonych. W organizacji powinny być przeprowadzane badania, na których podstawie można by stwierdzić, czy występuje w niej problem pracoholizmu [32]. W przypadku braku takich badań albo w celu ich skompensowania bezpośredni przełożeni mogą zwracać uwagę na sygnały świadczące o pracoholizmie ich podwładnych [29]. Niewątpliwie przełożeni potrzebują wiedzy na temat potencjalnych oznak pracoholizmu (np. spędzanie długich godzin w pracy, wykonywanie pracy poza miejscem pracy, wysokie standardy pracy, identyfikowanie się z wykonywaną pracą), które, jak podkreśla Porter [44], w potocznym rozumieniu mogą być odbierane również jako przejaw wysokiego poczucia obowiązku i zaangażowania w pracę.

Oddziaływania obejmujące prewencję trzeciorzędową i leczenie

Ostatnią grupą działań interwencyjnych wyróżnioną ze względu na fazę oddziaływania jest prewencja trzeciorzędowa. Jej celem jest zahamowanie postępu pracoholizmu i przeciwdziałanie jego ponownemu pojawia-

niu się [27]. Jak wskazują van Wijhe i wsp. [28], różnice między tą fazą a leczeniem nie są wyraźne, co skłoniło zarówno tych autorów, jak i autorki niniejszej publikacji do jednoczesnego omówienia obu typów działań interwencyjnych.

Do tej grupy należą przede wszystkim oddziaływania terapeutyczne. Mogą być one prowadzone w podejściu poznawczo-behawioralnym, które „[...] pozwala dobrać najbardziej adekwatne do określonych, występujących u pacjenta problemów, techniki interwencji w zależności od zidentyfikowanych obszarów deficytowych” [45, s. 131–132]. Jego skuteczność potwierdzono w odniesieniu do innych przypadków zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych [46]⁶. Polecaną, w przypadku leczenia pracoholizmu, odmianą tego podejścia terapeutycznego jest racjonalno-emotywna terapia zachowania (rational emotive behavioural therapy – REBT) [28]. Koncentruje się ona na poznawczych aspektach funkcjonowania (np. irracjonalne przekonania), emocjonalnych (np. autodestrukcyjne odczucia) i behawioralnych (np. brak delegowania zadań). Zgodnie z najnowszymi ujęciami pracoholizmu [6,12,23] te 3 aspekty funkcjonowania mogą występować u pracoholików⁷.

Wśród innych działań terapeutycznych wymienia się również analizę osobistej historii wzmocnień, która ukazuje, jakie zachowania występujące w rodzinie w przeszłości lub obecnie wspierają tendencje pracoholiczne [33]. Zdaniem Chamberlin i Zhang [40] zarówno członkowie rodziny, jak i współpracownicy pracoholików powinni przeanalizować i uwzględnić dotychczasowe sposoby wzmocniania zachowań pracoholicznych, a następnie w ich miejsce wprowadzić działania wspierające niepracoholiczne sposoby funkcjonowania.

Poza już wymienionymi oddziaływaniami hamującymi rozwój omawianego syndromu pracoholizmu warto wymienić także zalecenia, które mogą być przekazywane pacjentom przez lekarzy medycyny pracy w trakcie konsultacji wynikających ze zgłaszanych problemów zdrowotnych. Kłopoty ze zdrowiem mogą być naturalną konsekwencją nadmiernego poświęcania się pracy (np. notoryczne przemęczenie, wyczerpanie fizyczne,

⁶ Z uwagi na aktualny stan badań trudno o jednoznaczne rozstrzygnięcie, czy pracoholizm powinno umieszczać się w tej kategorii zaburzeń. McMillan i wsp. [47] wykazali jednak korelacje między przymusem pracy obecnym w pracoholizmie a obsesją ($r = 0,51$) i kompulsją ($r = 0,37$), co może wskazywać na pewne podobieństwo pracoholizmu do tego rodzaju zaburzeń.

⁷ Ich bardziej szczegółowy przegląd przedstawiono w części wprowadzającej do niniejszego artykułu (por. tabela 1).

kłopoty z zasypianiem). Zalecenia lekarskie mogą dotyczyć skorzystania ze wsparcia wspólnoty samopomocowej anonimowych pracoholików [9,34] lub podjęcia się samoleczenia (self-care) [41], w którego ramach zaleca się pracoholikom poszerzanie wiedzy o własnej chorobie, poświęcanie czasu na rekreację, praktyki duchowe, spotkania towarzyskie i systematyczny odpoczynek. Stosowanie się do tych wskazań może przeciwdziałać rozwijaniu się u pacjenta pracoholizmu.

WNIOSKI

Rola służby medycyny pracy w rozpoznawaniu i powstrzymaniu rozwoju pracoholizmu

Warto podkreślić, że rola lekarzy medycyny pracy i służby medycyny pracy w dostrzeganiu sygnałów pracoholizmu i powstrzymaniu jego rozwoju jest znacząca, a w pewnym sensie może być również niezastąpiona [9]. Sygnały te mogą być bowiem niedostrzegane lub lekceważone w organizacji, w której występuje pracoholizm albo istnieje ryzyko jego wystąpienia. Niejednokrotnie to środowisko organizacyjne umożliwia zaistnienie pracoholizmu (u osób o określonych predyspozycjach) i/lub wzmacnia jego przejawy [15]. Przyczyn takiego stanu rzeczy może być kilka.

Po pierwsze, wczesne sygnały pracoholizmu mogą być niedostrzegane przez osoby ze środowiska organizacyjnego albo być błędnie interpretowane jako przejaw zaangażowania organizacyjnego [48]. Taka sytuacja jest bardzo prawdopodobna, ponieważ pracoholizm może ulegać zmianom w czasie, a jego skutki mogą być początkowo pozytywne. Doniesienia z badań nad typami pracoholików [49] i praktyka kliniczna na temat innych uzależnień [50] pozwalają przypuszczać, że omawiany syndrom może mieć przebieg fazowy. Rozpoczyna się od normalnego wykonywania obowiązków, następnie ma miejsce nadmierne zaangażowanie w pracę i w końcu rozwój uzależnienia od pracy z charakterystyczną dla niego utratą kontroli nad zachowaniem [51]. Istotne jest więc, żeby osoby spoza organizacji, które mają kontakt z pracownikami, uświadamiały im konieczność zadbania o inne dziedziny aktywności życiowej niż praca, a także rozpoznały u nich wczesne oznaki ryzyka wystąpienia pracoholizmu i udzieliły im odpowiednich zaleceń.

Po drugie, na co wskazują badacze pracoholizmu, często pracoholikami są osoby stojące na czele organizacji i występujące w roli przełożonych [28]. Takie osoby będą wspierały swoim zachowaniem dominację pracy zawodowej w życiu, a ponadto mogą też komunikować podobne oczekiwania swoim podwładnym.

Zmiana kultury organizacyjnej w kierunku wspierania równowagi między pracą a życiem prywatnym mimo wysiłku specjalistów zarządzania zasobami ludzkimi (human resources – HR), może być wówczas utrudniona, ponieważ przede wszystkim kadra zarządzająca kształtuje i wciela w życie praktyki organizacyjne budujące tę kulturę [52].

Po trzecie, osoby zarządzające organizacją mogą kłaść nacisk na ciągłą poprawę wskaźników biznesowych. Może to prowadzić do wywierania presji na pracownikach do osiągnięcia coraz lepszych wyników, zmniejszania kosztów poprzez ograniczanie liczby zatrudnionych pracowników i zwiększanie czasu pracy w zrestrukturyzowanej organizacji [7]. Opisane kierunki działań organizacyjnych mogą przesunąć na dalszy plan konieczność zadbania o zdrowie psychofizyczne pracowników.

Trzeba dodać, że taka polityka organizacyjna jest krótkowzroczna i nie uwzględnia szkodliwych następstw obserwowanych w dłuższej perspektywie, takich jak np. obniżenie wyników pracy, wzrost absencji i rezygnacja z pracy na skutek stresu lub wypalenia zawodowego [53].

W kierunku skutecznych interwencji

Przedstawiony w artykule przegląd interwencji dotyczący pracoholizmu ukazuje, że wiedza na ten temat, chociaż dość rozległa – na co może wskazywać wielość oddziaływań i ich zróżnicowanie – nie jest poparta wystarczającymi dowodami (evidence-based). Niewątpliwie jest to jedno z poważniejszych ograniczeń omawianych działań interwencyjnych, które co prawda zostały wywiedzione z badań albo obserwacji i praktyki klinicznej nad pracoholizmem, jednak nie zostały jeszcze zweryfikowane pod względem skuteczności.

Odnosząc się do tej ostatniej kwestii, warto na koniec przytoczyć kilka zaleceń dotyczących zarówno tworzenia skutecznych interwencji, jak i rzetelnej oceny ich powodzenia. Propozycje te przedstawione w tabeli 3. zostały zaczerpnięte z literatury dotyczącej interwencji skierowanych przeciwko stresowi zawodowemu i pochodzą z zaawansowanych badań.

Reasumując przeprowadzone analizy i sformułowane w niniejszej publikacji propozycje dotyczące diagnozy pracoholizmu i wybranych działań interwencyjnych, które tej dysfunkcji miałyby zapobiegać czy ją leczyć, pragniemy wskazać na 3 warunki. Sprzyjają one lepszemu funkcjonowaniu pracowników narażonych na jeszcze inne, patologiczne skutki pracy – wypalenie, zmęczenie, stany depresyjne, krótko- i długotrwałe skutki stresu.

Tabela 3. Zalecenia dotyczące projektowania, wdrażania i oceny skuteczności interwencji (na podstawie: 31,54–57)
Table 3. Recommendations for the design, implementation and evaluation of intervention effectiveness (based on: 31,54–57)

Etap Stage	Zalecenia Recommendations
Projektowanie i wdrażanie interwencji / Intervention design and implementation	<p>prewencja wczesna i pierwotna jako przeważające, połączone zarówno z prewencją wtórną, jak i trzeciorzędową / primary prevention as the predominant approach, integrated with secondary and tertiary prevention</p> <p>koncentracja na czynnikach ryzyka dobrze zdefiniowanych i podlegających zmianie / focus on defined and modifiable risk factors</p> <p>włączenie pracowników z każdego poziomu organizacji w planowanie i wdrażanie działań interwencyjnych / involvement of employees at all organizational levels in the planning and implementation of the intervention</p> <p>dopasowanie interwencji do charakterystyki i potrzeb jej odbiorców / interventions should be tailored for the characteristics and needs of the recipients</p> <p>zaangażowanie kadry zarządzającej w działania interwencyjne, w entuzjastyczne wsparcie, które jest widoczne dla pracowników / visible and enthusiastic support for, and involvement in, the intervention from top management</p> <p>uczynienie zarówno organizacji, jak i jej pracowników odpowiedzialnymi za efekty interwencji / organization and its employees have responsibility for the effects of the intervention</p>
Ocena skuteczności interwencji / Evaluation of intervention effectiveness	<p>losowy dobór osób do grupy porównawczej / a randomized control group</p> <p>wielokrotny pomiar: przed przeprowadzeniem i po przeprowadzeniu interwencji, sprawdzanie długoterminowych efektów i/lub utrzymywania się zmiany w badaniu powtórnym (follow-up) / multiple measurement: pre and post intervention measures, long-term evaluation and analysis of change stability using follow-up</p> <p>wykorzystanie, poza samoopisem, dodatkowych metod diagnostycznych / use of additional diagnostic measures except self-reports</p> <p>uwzględnienie zmiennych z poziomu organizacyjnego, takich jak absencja i wskaźniki biznesowe / include organizational outcomes, such as absenteeism and economic measures</p> <p>uwzględnienie wskaźników dotyczących efektów, tj. stopnia realizacji założonych celów i procesu, czyli analiza działań, które zakończyły się powodzeniem lub niepowodzeniem / include outcome measures, i.e., the degree of the goals implementation as well as process measures, i.e., analysis of the actions that have been successful or unsuccessful</p> <p>kontrolowanie zmiennej zakłócającej – statusu zawodowego i związanego z nim stopnia kontroli nad pracą / control over confounding variable – the professional status and the degree of control over related work</p>

Po pierwsze, kierując się analizami Kompiera i Coopera [58] dotyczącymi technik ograniczania stresu zawodowego, należy podkreślić, że skuteczne działania interwencyjne i naprawcze wymagają przede wszystkim wzięcia pod uwagę (w punkcie wyjścia) specyficznych właściwości osoby i organizacji, w której ona działa. Jest to strategia bardziej efektywna od konstruowania i stosowania przygotowanych z góry programów oddziaływania.

Po drugie, badania nad motywacją wewnętrzną [59] i dojrzałością psychiczną dowodzą, że rozwój tych właściwości – służący zdrowiu i dobrostanowi – w znacznym stopniu zależy od decyzji jednostki i jej aktywności w dziedzinie świadomego kierowania sobą i wyznawanych wartości. Odwołać się tu można zarówno do (przedstawiającej te procesy) koncepcji samokierowania (Self Determination Theory) Deciego i Ryana [59], w której akcentowany jest bardzo silny związek między motywacją autonomiczną a systemem wartości danego podmiotu, jak i do wyników badań [6] wykazujących, że hierarchie wartości pracoholików „normalnych” (tzw. częściowo zadowolonych) mają ce-

chy wzorcowe, a poziom kryzysów w wartościowaniu jest niski. Trzeba również podkreślić znaczącą rolę kryzysów w wartościowaniu oraz wartości estetycznych i moralnych w wyjaśnianiu pracoholizmu [6].

Po trzecie, rozwijający się obecnie dość intensywnie rynek usług psychologicznych, które są ukierunkowane na wspomaganie rozwoju osobistego, wskazuje na istnienie potrzeb ulepszania jakości życia na poziomie indywidualnym.

Te 3 wymienione zjawiska, w oczywisty sposób ze sobą powiązane, zwracają uwagę na to, że wszystkie oddziaływania podejmowane przez służby społeczne (lekarzy, psychologów, socjologów, specjalistów od zarządzania i pomagania) powinny respektować nie tylko właściwości i cele organizacji, ale także indywidualne cechy osób – pracowników, klientów i pacjentów.

PIŚMIENNICTWO

- Galperin B.L., Burke R.J.: Uncovering the relationship between workaholism and workplace destructive and constructive deviance: An exploratory study. *Int.*

- J. Hum. Resour. Man. 2006;17(2):331–347, <http://dx.doi.org/10.1080/09585190500404853>
2. Johnstone A., Johnston L.: Relationship between organizational climate, occupational type and workaholism. *N. Z. J. Psychol.* 2005;34(3):181–188
 3. Spence J.T., Robbins A.S.: Workaholism: Definition, measurement and preliminary results. *J. Pers. Assess.* 1992;58(1):160–178, http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5801_15
 4. Kemeny A.: Driven to excel: A portrait of Canada's workaholics. *Can. Soc. Trends Stat. Can.* 2002;11-008:2–7
 5. Centrum Badań Opinii Społecznej: Mobilność na co dzień. Komunikat z badań nr BS/104/2012. CBOS, Warszawa 2012
 6. Malinowska D.: Pracoholizm. Zjawisko wielowymiarowe. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014
 7. Malinowska D., Trzebińska M., Tokarz A., Kirkcaldy B.: Workaholism and psychosocial functioning: Individual, family and workplace perspectives. W: Cooper C., Antoniou A.S. [red.]. *The psychology of the recession on the workplace.* Edward Elgar, Cheltenham 2013, ss. 59–88
 8. Dudek B.: Pracoholizm – szkodliwy skutek nadmiernego zaangażowania w pracę. *Med. Pr.* 2008;59(3):247–254
 9. Woronowicz B.T.: Uzależnienia: geneza, terapia, powrót do zdrowia. *Media Rodzina*, Poznań 2009
 10. Oates W.: *Confessions of a workaholic: The facts about work addiction.* World Publishing, New York 1971
 11. Van Beek I., Hu Q., Schaufeli W.B., Taris T.W., Schreurs B.H.J.: For fun, love, or money: What drives workaholic, engaged, and burned-out employees at work? *Appl. Psychol.* 2012;61(1):30–55, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-0597.2011.00454.x>
 12. Ng T.W.H., Sorensen K.L., Feldman D.C.: Dimensions, antecedents, and consequences of workaholism: A conceptual integration and extension. *J. Organ. Behav.* 2007;28(1):111–136, <http://dx.doi.org/10.1002/job.424>
 13. Malinowska D., Tokarz A.: Psychologiczna charakterystyka osób pracujących nadmiernie. Różne postaci zaangażowania w pracę. *Stud. Humanis. AGH* 2014;13(1):79–99, <http://dx.doi.org/10.7494/human.2014.13.1.79>
 14. Wojdyło K., Buczny J.: Kwestionariusz do pomiaru pracoholizmu WART-R. Analiza trafności teoretycznej i rzetelności narzędzia. *Stud. Psychol.* 2010;49(1):67–80
 15. Paluchowski W.J., Hornowska E., Haładziński P., Kaczmarek L.: *Czy praca szkodzi? Wyniki badań nad kwestionariuszem nadmiernego obciążania się pracą.* Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2014
 16. Golińska L.: *Pracoholizm. Uzależnienie czy pasja.* Wydawnictwo Difin, Warszawa 2008
 17. Robinson B.E.: The workaholic family: A clinical perspective. *Am. J. Fam. Ther.* 1998;26(1):65–75, <http://dx.doi.org/10.1080/01926189808251087>
 18. Griffiths M.: A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *J. Subst. Use.* 2005;10(4):191–197, <http://dx.doi.org/10.1080/14659890500114359>
 19. Szpitalak M.: *Wielowymiarowy Kwestionariusz Oceny Pracoholizmu.* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012
 20. Malinowska D., Tokarz A., Gad N.: Wstępne badania nad adaptacją skali Workaholism Battery (WorkBAT) Spence i Robbins. *Stud. Psychol.* 2010;48(3):35–42
 21. Robinson B.E.: The Work Addiction Risk Test: Development of a tentative measure of workaholism. *Percept. Mot. Skills* 1999;88:199–210, <http://dx.doi.org/10.2466/pms.1999.88.1.199>
 22. Malinowska D., Jochymek S., Tokarz A.: The assessment of workaholism as a work-life imbalance: „Time Use Inventory” development and preliminary empirical testing. W: Iavicoli S., Jain A., Petyx M., Tang J. [red.]. *Book of proceedings. 9th Conference of the European Academy of Occupational Health Psychology.* 29–31 marca 2010, Rzym, Włochy. Nottingham University Press, Nottingham 2010, s. 393
 23. Wojdyło K., Baumann N., Buczny J., Owens G., Kuhl J.: Work craving. A conceptualization and measurement. *Basic Appl. Soc. Psychol.* 2013;35(6):547–568, <http://dx.doi.org/10.1080/01973533.2013.840631>
 24. Hagedorn W.B.: The call for a new diagnostic and statistical manual of mental disorders diagnosis: Addictive disorders. *J. Addict. Offender Couns.* 2009;29(2):110–127, <http://dx.doi.org/10.1002/j.2161-1874.2009.tb00049.x>
 25. Smyth J.M., Stone A.A.: Ecological momentary assessment research in behavioral medicine. *J. Happiness Stud.* 2003;4(1):35–52
 26. Stemplewska-Żakowicz K., Paluchowski J.W.: *Podstawy diagnozy psychologicznej.* W: Strelau J., Doliński D. [red.]. *Psychologia akademicka. Podręcznik. Tom 2.* Gdańskie Wydawnictw Psychologiczne, Gdańsk 2010, ss. 23–94
 27. Heszen I., Sęk I.: *Psychologia zdrowia.* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007
 28. Van Wijhe C.I., Schaufeli W.B., Peeters M.C.W.: Understanding and treating workaholism: Setting the stage for successful interventions. W: Burke R.J., Cooper C. [red.]. *Psychological, physical and financial costs of high risk behavior in organizations.* Gower Publishing, Farnham 2010, ss. 107–134
 29. Burke R.J.: *Workaholism.* W: Plante T.G. [red.]. *Mental disorders of the new millennium.* Praeger, Westport 2006, ss. 171–192

30. Brady B.R., Vodanovich S.J., Rotunda R.: The impact of workaholism on work-family conflict, job satisfaction, and perception of leisure activities. *Psychol. Manage. J.* 2008;11(2):241–263, <http://dx.doi.org/10.1080/10887150802371781>
31. Seybold K.C., Salomone P.R.: Understanding workaholism: A review of causes and counseling approaches. *J. Couns. Dev.* 1994;73(1):4–9, <http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6676.1994.tb01702.x>
32. Piotrowski C., Vodanovich S.J.: The workaholism syndrome: An emerging issue in the psychological literature. *J. Instr. Psychol.* 2008;35(1):103–105
33. Robinson B.E., Kelley L.: Adult children of workaholics: Self-concept, anxiety, depression, and locus of control. *Am. J. Fam. Ther.* 1998;26(3):223–238, <http://dx.doi.org/10.1080/01926189808251102>
34. Robinson B.E.: Psychosocial and familial dimensions of work addiction: Preliminary perspectives and hypotheses. *J. Couns. Dev.* 1996;74(5):447–452, <http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6676.1996.tb01891.x>
35. Robinson B.E.: Workaholism and family functioning: A profile of familial relationships, psychological outcomes, and research considerations. *Contemp. Fam. Ther.* 2001;23(1):123–135, <http://dx.doi.org/10.1023/A:1007880301342>
36. Robinson B.E., Carroll J.J., Flowers C.: Marital estrangement, positive affect, and locus of control among spouses of workaholics and spouses of nonworkaholics: A national study. *Am. J. Fam. Ther.* 2001;29(5):397–410, <http://dx.doi.org/10.1080/01926180127624>
37. Robinson B.E.: Adult children of workaholics: Clinical and empirical research with implications for family therapists. *J. Fam. Psychother.* 2000;11(3):15–26, http://dx.doi.org/10.1300/J085v11n03_02
38. Van Wijhe C., Peeters M., Schaufeli W.: Irrational beliefs at work and their implications for workaholism. *J. Occup. Rehabil.* 2013;23(3):336–346, <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-012-9416-7>
39. Robinson B.E.: Workaholism: Bridging the gap between workplace, sociocultural, and family research. *J. Employ. Couns.* 2000;37(1):31–47, <http://dx.doi.org/10.1002/j.2161-1920.2000.tb01024.x>
40. Chamberlin C.M., Zhang N.: Workaholism, health, and self-acceptance. *J. Couns. Dev.* 2009;87(2):159–169, <http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6678.2009.tb00563.x>
41. Dungan F.A.: Work addiction: Cunning, baffling, and powerful. *Am. J. Pastor. Counsel.* 2005;8(1):35–45, http://dx.doi.org/10.1300/J062v08n01_04
42. Nelson D.L., Burke R.J.: Women, work stress and health. W: Davidson M.J., Burke J. [red.]. *Women in management: Current research issues*. Wol. II. Sage, Londyn 2000, ss. 177–191
43. Garson B.: *Work addiction: Organizational boon or doom?* Garon and Associates, Atlanta (GA) 1990
44. Porter G.: Workaholic tendencies and the high potential for stress among co-workers. *Int. J. Stress Manag.* 2001;8(2): 147–164, <http://dx.doi.org/10.1023/A:1009581330960>
45. Wojdyło K.: Pracoholizm – poznawczo-behawioralny model psychoterapii. *Nauka* 2013;4:123–134
46. Aziz S., Uhrich B., Wuensch K.L., Swords B.: The Workaholism Analysis Questionnaire: Emphasizing work-life imbalance and addiction in the measurement of workaholism. *J. Behav. Appl. Manage.* 2013;14(2):71–86
47. McMillan L.H.W., O’Driscoll M.P., Marsh N.V., Brady E.C.: Understanding workaholism: Data synthesis, theoretical critique, and future design strategies. *Int. J. Stress Manag.* 2001;8(2):69–91
48. Porter G.: Organizational impact of workaholism: Suggestions for researching the negative outcomes of excessive work. *J. Occup. Health Psychol.* 1996;1(1):70–84, <http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.70>
49. Van Beek I., Taris T.W., Schaufeli W.B.: Workaholic and work engaged employees: Dead ringers or worlds apart? *J. Occup. Health Psychol.* 2011;16(4):468–482, <http://dx.doi.org/10.1037/a0024392>
50. Jellinek E.M.: *The disease concept of alcoholism*. Hillhouse Press, New Haven 1960, <http://dx.doi.org/10.1037/14090-000>
51. Juczyński Z.: Dylematy i kontrowersje wokół uzależnień. W: Brzeziński J.M., Cierpiałkowska L. [red.]. *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008
52. Cameron K.S., Quinn R.E.: *Kultura organizacyjna: diagnoza i zmiana*. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003
53. Maslach C., Leiter M.P.: Early predictors of job burnout and engagement. *J. Appl. Psychol.* 2008;93(3):498–512, <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498>
54. Caulfield N., Chang D., Dollard M.F., Elshaug C.: A review of occupational stress interventions in Australia. *Int. J. Stress Manage.* 2004;11(2):149–166
55. Harden A., Peersman G., Oliver S., Mauthner M., Oakley A.: A systematic review of the effectiveness of health promotion interventions in the workplace. *Occup. Med.* 1999;49(8):540–548, <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/49.8.540>
56. Lamontagne A.D., Keegel T., Louie A.M., Ostry A., Landsbergis P.A.: A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1990–2005. *Int. J. Occup. Environ. Health.* 2007;13:268–280, <http://dx.doi.org/10.1179/oeht.2007.13.3.268>

57. Van der Klink J.J., Blonk R.W., Schene A.H., van Dijk F.J.: The benefits of interventions for work-related stress. *Am. J. Public Health.* 2001;91(2):270–276, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.91.2.270>
58. Kompier M., Cooper C.L.: Improving health and productivity through stress prevention. W: Kompier M., Cooper C.L. [red.]. *Preventing stress, improving productivity: European case studies in the workplace.* Routledge, London 1999, ss. 1–8
59. Deci E.L., Ryan R.M.: Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Can. Psychol.* 2008;49(1):14–23, <http://dx.doi.org/10.1037/0708-5591.49.1.14>