MAGDALENA ROWICKA

# E-UZALEŻNIENIA

*Teoria, profilaktyka, terapia*

*Magdalena Rowicka*

# E-UZALEŻNIENIA

*Teoria, profilaktyka, terapia*

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii
Fundacja Praesterno

E-UZALEŻNIENIA
*Teoria, profilaktyka, terapia*

Autor:
Magdalena Rowicka

Redakcja i korekta:
Pracownia COGITO

Nadzór merytoryczny:
Tomasz Kowalewicz

Projekt typograficzny, okładki i skład:
Adam Michalski
adam@365studio.pl
www.365studio.pl

© by Minister Zdrowia, Krajowe Biuro do Spraw
Przeciwdziałania Narkomanii.
Warszawa, 2018

ISBN 978-83-940806-6-2

Egzemplarz bezpłatny

Wydawca:
Fundacja Praesterno
ul. Widok 22 lokal 30,
00-023 Warszawa
tel. 22 621 27 98 i 22 621 28 98; faks 22 621 21 99
biuro@praesterno.pl; www.praesterno.pl

# Spis treści

**Wstęp** **5**

**Część 1. Uzależnienia behawioralne – teoria** **13**

Rozdział 1. Wprowadzenie 14
1.1. Definicje i kryteria diagnostyczne uzależnień behawioralnych 15
1.2. Modele teoretyczne uzależnień behawioralnych 20
Podsumowanie 31

Rozdział 2. Uzależnienie od internetu 32
2.1. Przegląd koncepcji 32
2.2. Narzędzia do pomiaru uzależnienia od internetu 39
Podsumowanie 42

Rozdział 3. Zaburzenie grania w gry 43
3.1. Rodzaje gier 43
3.2. Zaburzenia grania w gry 46
3.3. Motywacja do grania 52
3.4. Narzędzia 59
Podsumowanie 61
Narzędzie *Problematic Video Game Play – Revised* 62
Narzędzie POGQ – SF (wersja skrócona) 63

Rozdział 4. Portale społecznościowe 64
4.1. Używanie i nadużywanie SNS 68
4.1.1. Korelaty używania i nadużywania SNS 68
4.1.2. Wybrane narzędzia 71
4.1.3. Analiza używania 72
Podsumowanie 73

Rozdział 5. Inne zaburzenia związane z korzystaniem z internetu 74
5.1. E-hazard – czynniki ryzyka 76
5.2. Czy smartfony uzależniają? 77
Podsumowanie 84

**Część 2. Uzależnienia behawioralne – profilaktyka i terapia** **85**

Rozdział 6. Przegląd strategii profilaktycznych 87
6.1. Poziomy profilaktyki i strategie 90
6.2. Profilaktyka problemowego korzystania z internetu 93
6.2.1. Grupa docelowa 93
6.2.2. Trening wybranych umiejętności 95
6.2.3. Charakterystyka programów 97
Podsumowanie 100

Rozdział 7. Terapia 101
7.1. Przegląd badań terapii uzależnień od nowych technologii 102
7.2. Terapia poznawczo-behawioralna a uzależnienia od nowych technologii 105
7.3. Wskazówki terapeutyczne 118

Rozdział 8. Implikacje – rozmowa z terapeutami 122
Obraz osób poszukujących pomocy 123
Stan wiedzy terapeutów 124
Stan wiedzy społeczeństwa 126
Profilaktyka 127
Diagnoza 129

**Zakończenie: rekomendacje i nowe kierunki** **131**

Rekomendacje dla dalszych badań 133

Rekomendacje dlapraktyk i terapii 137

Spis tabel 140

Spis rycin 141

Spis ramek 142

Bibliografia 143

# Wstęp

Internet zasadniczo zmienił wiele obszarów ludzkiego funkcjonowania. Stał się medium uniwersalnym. Jest źródłem informacji, narzędziem do pracy, nauki, ale i rozrywki. Staje się coraz bardziej dostępny – można z niego korzystać z niemal każdego sprzętu (komputery, tablety, smartfony), jak również w niemal każdym miejscu (w szkołach, kawiarniach, parkach). Można przyjąć, że internet stał się równoległym do realnego wymiarem funkcjonowania człowieka (dotyczy to głównie młodych osób), częścią współczesnej rzeczywistości, którą zarazem zmienia. Jest potężnym źródłem wpływu społecznego. Jak każda innowacja technologiczna zaaplikowana na tak dużą skalę generuje pewne konsekwencje zarówno dla jednostek, grup jak i społeczeństw. Z jednej strony komputer, ale przede wszystkim internet, zmieniły sposób pozyskiwania informacji, nie tylko do nauki, lecz także do pracy (kursy e-learningowe, programy studiów dostępne na platformach internetowych, praca wykonywana zdalnie) czy usprawniły sposób komunikowania się (zarówno ze znajomymi w celu podtrzymania relacji, jak i nowymi osobami). Z drugiej strony dynamiczny rozwój zapośredniczonych przez technologię cyfrową kanałów komunikacji ujawnił specyfikę i odmienność kontaktów w cyberprzestrzeni. Widać to w szczególności na poziomie komunikacji niewerbalnej, dostępnej w pełni tylko w trakcie bezpośredniego kontaktu (w postaci gestów, mimiki, natężenia głosu czy kontaktu wzrokowego), ograniczonej natomiast w kontakcie zapośredniczonym.

Dominacja zapośredniczonej przez narzędzia cyfrowe komunikacji ma swoje konsekwencje dla funkcjonowania poznawczego i psychologicznego. Dotyczy to w szczególności dzieci i młodzieży, których układ nerwowy, a w szczególności mózg, dynamicznie zmienia się i kształtuje. McLuhan (1968), analizując specyfikę mediów, zwraca uwagę na to, że w dłuższej perspektywie przekazywana treść okazuje się mniej istotna od samego medium, które wpływa na to, jak myślimy i działamy. Dzieci korzystające ze smartfona czy tablet do oglądania bajek mogą być przebodźcowane, co z kolei może prowadzić do rozdrażnienia, obniżenia koncentracji czy skuteczności zapamiętywania. Dzieje się tak m.in. dlatego, że technologie cyfrowe w większym stopniu skupiają na sobie uwagę niż inne media (telewizor czy radio). Tablet (zwłaszcza ten z dostępem do internetu) pozwala na nieprzerwane oglądanie bajek, co może nasilać impulsywność i osłabiać umiejętności odraczania przyjemności. Ponadto środowisko on-line powoduje nasilenie rozproszenia uwagi i powierzchowność przetwarzania informacji.

Wpływ mediów na ludzkie funkcjonowanie dobrze oddaje koncepcja praw mediów kanadyjskiego filozofa Herberta Marshalla, zgodnie z którą każde nowe medium (w znaczeniu wynalazku) będzie spełniało cztery funkcje:

- wzmocnienie (ang. *enhancement*);
- zanikanie (ang. *obsolescence*);
- odzyskiwanie (ang. *retrieval*);
- odwrócenie (ang. *reversal*).

**Wzmocnienie** jest rozumiane jako poszerzenie wachlarza możliwości. Internet faktycznie sprawił, że komunikacja stała się szybsza i w pewnym stopniu łatwiejsza (kiedyś były to listy pisane odręcznie, przesyłane pocztą, a obecnie wysyłamy e-mail, wiadomość na Facebooku czy innym portalu społecznościowym, które niemal natychmiast docierają do odbiorcy). Ta funkcja internetu jest postrzegana jako jego największa zaleta i wykorzystywana niemal w każdym obszarze życia, nie tylko w nauce i pracy, ale także w promocji zdrowia[1] (poprzez aplikacje mające na celu np. prewencję samobójstw, por. Mohammadi, 2017), we wspieraniu dzieci rodziców chorujących psychicznie (projekt Camilla[2]) czy w terapii (przez zwiększenie oferty kontaktu z terapeutą, także przez e-mail lub Skype albo wdrożenie programu o charakterze e-terapii[3]).

Internet poszerzył również ofertę rozrywki – od możliwości oglądania filmów bez wychodzenia do kina, przez granie w gry, wirtualne zwiedzanie innych krajów, aż po szeroko pojętą komunikację. Komunikacja oferowana w dobie internetu nie ogranicza się tylko do wysyłania e-maili (czyli do przyspieszenia i zmniejszenia dystansu), ale także do wymiany doświadczeń za pomocą licznych narzędzi, takich jak blogi, fora czy grupy dyskusyjne (np. na Facebooku czy YouTube), które pozwalają na interakcję. Nie trzeba kupować nowej książki kucharskiej ulubionego kucharza, aby znać jego najnowsze przepisy. Można być fanem jego programu na Facebooku albo na kanale YouTube, pisać komentarze lub własne pomysły, wyrażać opinie w formie polubień czy zadawać pytania. Podobnie nie musimy kupować przewodnika na temat miejsca, do którego się wybieramy, aby wiedzieć, co warto tam zobaczyć, gdzie zanocować, na co uważać. Wystarczy przejrzeć fora tematyczne, a po powrocie zamieścić swoje spostrzeżenia, rady czy zdjęcia. Taka forma pozwala na poziom interakcji, jakiego wcześniej nie było – na współtworzenie (w pewnym sensie) dzieła.

---

[1] Temu zagadnieniu była poświęcona konferencja The Virtual World & Mental Health organizowana przez Sieć ENTER – European Network on Training, Evaluation and Research in Mental Health, która odbyła się w czerwcu 2017 r. w Danii (www.entermentalhealth.net).

[2] CAMILLE – Empowerment of Children & Adolescents of Mentally Ill Parents (www.entermentalhealthnet/Camille).

[3] Najczęściej poznawczo-behawioralnej, gdyż w tym podejściu terapeutycznym wykorzystuje się w największym stopniu zestawy ćwiczeń, które można wykonywać poza spotkaniami z terapeutą.

**Zanikanie** jest rozumiane dość dosłownie, jako wypieranie jednych obszarów czy zachowań przez inne. Coraz częstszym widokiem z okna są nieruchome huśtawki i karuzele, z których nikt nie korzysta. Coraz rzadziej widzimy bawiące się na podwórkach dzieci. Internet zastąpił inne formy spędzania wolnego czasu. Na przerwach w szkołach powszechnie można zobaczyć siedzących na podłodze uczniów, komunikujących się za pomocą telefonów. Nieco łatwiej układa się puzzle w komputerze czy na tablecie, gdzie w razie pomyłki program podpowie, gdzie i który element ułożyć. Nieco łatwiej iść na zakupy z listą zapisaną w aplikacji, niż ją zapamiętać. Jednakże to, co może wydawać się ułatwieniem, zabiera możliwość ćwiczenia pewnych umiejętności (np. pamięci). Istnieje ryzyko, że sposób komunikacji za pomocą klawiatury i ekranu wyprze (choćby częściowo) ten standardowy twarzą w twarz. Jest to niepokojące zjawisko, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży, którzy zamiast nabywać umiejętności społeczne (np. wynikające z komunikacji z innymi twarzą w twarz), ale także rozwijać intrapsychiczne (np. samoocenę), wybierają komputer.

**Odzyskiwanie** odnosi się do przywracania zapomnianych czy niepodejmowanych czynności. Sposób komunikowania staje się coraz bardziej uproszczony. Dzieci posługują się ikonami emocji (emotikonami) lub symbolami (takimi jak kciuk skierowany do góry lub do dołu). Jeśli uznamy, że jest to znak nowych czasów, gdzie poza świadomością własnych emocji i uczuć, a także umiejętności ich odczytywania i okazywania, mamy także rozumieć i prawidłowo używać emocji uproszczonych – ikonicznych, to stanowią one poszerzenie komunikacji. W takiej sytuacji dzieci w szkole czy przedszkolu mogłyby uczyć się rozumienia emocji przez użycie technologii. Jeśli jednak brakuje takiej edukacji, a emocje i ich przeżywanie zostają spłycone do obrazków, to mamy do czynienia z wypieraniem komunikacji, jaką dotychczas znamy, przez pismo obrazkowe.

Ostatnią wymienioną przez McLuhana funkcją, którą można zaadaptować do internetu i nowych technologii jest **odwrócenie**, które oznacza odwrotny do zamierzonego efekt, jaki generuje używanie tego medium. Internet miał za zadanie m.in. ułatwić pozyskiwanie informacji czy zbliżać ludzi (np. sieci społecznościowe). Jednak przez ogrom zamieszczanych treści (i brak ich weryfikacji), niekiedy niełatwo jest znaleźć rzetelne informacje. Badania naukowe potwierdzają, że sieci społecznościowe w wielu przypadkach raczej izolują niż zbliżają ludzi do siebie.

Technoentuzjaści zwróciliby uwagę na wiele pozytywnych aspektów, jakie niesie ze sobą technologia, skupiliby się na pierwszych dwóch funkcjach. Technosceptycy zwróciliby uwagę na to, co przez technologię tracimy. Jedni i drudzy mają rację – internet, podobnie jak wcześniejsze innowacje technologiczne (np. samochód), niosą ze sobą pewne ryzyko. Można opisać je w kontekście konkret-

nych zjawisk, takich jak cyberprzemocy czy cyberprzestępstw, ale także w szerszym kontekście psychologicznym i psychospołecznym. Za najpoważniejsze zagrożenie z punktu widzenia psychologii uznaje się **zachowania problemowe związane z internetem czy nowymi technologiami**, ale także (w szerszym ujęciu) ryzyko nieprawidłowego rozwoju psychofizycznego i psychospołecznego dziecka czy nastolatka. W dużej mierze te dwie kwestie są ze sobą powiązane, gdyż nieprawidłowy rozwój psychospołeczny jest jednym z czynników zwiększających szanse uzależnień (zgodnie z koncepcjami biopsychospołeczną oraz czynników chroniących i czynników ryzyka).

Nie każdy kto korzysta z internetu, sieci społecznościowych czy gra w gry komputerowe jest zagrożony uzależnieniem, ale – podobnie jak w przypadku alkoholu – pewien procent użytkowników znajduje się w grupie ryzyka (5%–15%) lub jest uzależniony (ok. 5%) (Gentile i in., 2011). W związku ze wzrostem używania technologii specjaliści alarmują, że może nas czekać przyrost zaburzeń związanych z technologiami (głównie wśród dzieci i młodzieży).

Odpowiedzią na rosnące zapotrzebowanie na wskazówki praktyczne są badania nad efektywnością oddziaływań profilaktycznych i terapeutycznych w odniesieniu do zaburzeń związanych z nowymi technologiami (internetem, grami, sieciami społecznościowymi). Jednakże zanim powstaną protokoły do prowadzenia terapii i zanim specyficzne oddziaływania profilaktyczne będą rekomendowane, trzeba zrozumieć mechanizmy poszczególnych zaburzeń.

Wiedza na ich temat jest ograniczona – część badaczy korzysta z kryteriów diagnostycznych patologicznego hazardu (tj. z DSM-IV), inni opisują je za pomocą kryteriów zaproponowanych w latach 90. XX wieku przez pionierkę badań nad tą tematyką Kimberly Young (1998). W naukowej literaturze anglojęzycznej coraz częściej wskazuje się na zasadność wielowymiarowych modeli, które poza charakterystyką kryteriów diagnostycznych zawierają także opis mechanizmów zaburzenia. Zrozumienie mechanizmów wydaje się kluczowe dla efektywnego procesu terapeutycznego, który wykracza poza koncentrację na objawach, skupiając się także na modyfikacji mechanizmów. Właśnie takie kompleksowe modele zostały opisane w rozdziałach poświęconych internetowi, grom i sieciom społecznościowym.

Opisywane zjawiska to nowy obszar więc wszelkie próby klasyfikacji i stworzenia ram opisowych z natury rzeczy na początku generują pewien chaos terminologiczny. W literaturze bowiem mamy do czynienia z różnymi etykietami tych samych zjawisk, tj: e-uzależnienie, uzależnienie od nowych technologii, zaburzenia korzystania z nowych technologii. Jednymi z poważniejszych rozwa-

żań jest dyskusja nad używaniem słowa „uzależnienia", „nałogi" czy „zaburzenia". W klasyfikacji DSM-5 (najnowszej rewizji DSM) obok kategorii zaburzeń związanych z substancjami psychoaktywnymi utworzono nową kategorię tak zwanych uzależnień/zaburzeń niezwiązanych z substancjami psychoaktywnymi (ang. *non-substance addictions*), w której umieszczono grania w gry hazardowe (ang. *gambling disorder*). Oznacza to, że osoba cierpiąca z powodu uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz osoba cierpiąca z powodu grania w gry hazardowe będą diagnozowane w ramach tej samej kategorii zaburzenia.

Należy zwrócić uwagę, że ze względu na potencjalnie negatywny odbiór diagnozy przez osobę zgłaszającą się do psychoterapeuty, a także ogół społeczeństwa podjęto decyzję o złagodzeniu nazewnictwa, stąd uzależnienie od hazardu zostało oficjalnie nazwane zaburzeniem grania w gry hazardowe (ang. *gambling disorder*, mimo że w wersji polskiej pozostawiono nazwę „patologiczny hazard"). Podobnie rzecz się ma w odniesieniu do uzależnienia od grania w gry komputerowe, które w DSM-5 zostało również opisane jako zaburzenie.

Można zatem powiedzieć, że określenie kategorii „zaburzeń niezwiązanych z substancjami psychoaktywnymi" (ang. *non-substance addictions*) mianem **uzależnień behawioralnych**, podobnie jak używanie sformułowania **zaburzenia zachowania/behawioralne** jest uzasadnione. Pojęcie „uzależnienie" wskazuje na wspólne podłoże i mechanizmy zarówno do uzależnienia/zaburzenia behawioralnego, jak i uzależnienia od substancji. Poza określeniami „uzależnienia behawioralne", „zaburzenia zachowania/behawioralne" w literaturze przedmiotu można zrobić wyrażenie „problemowe używanie", zwłaszcza w odniesieniu do sieci społecznościowych. W związku z brakiem sformalizowanej diagnozy tego ostatniego także w tym obszarze brakuje konsensusu co do nazewnictwa. W związku z tym w tej monografii będą używane takie określenia, jakie były oryginalnie stosowane przez cytowanych autorów (zaburzenie/uzależnienie[4], problemowe używanie, używanie), z rozgraniczeniem zaburzenia (równoznacznego uzależnieniu) od problemowego używania.

W obliczu zjawisk związanych z uzależnieniem behawioralnym palącą kwestią stają się narzędzia przesiewowe i diagnostyczne. Z jednej strony praktycy podkreślają potrzebę stosowania narzędzi krótkich, pozwalających podczas jednego spotkania wyodrębnić te zachowania, z którymi zgłaszająca się osoba może mieć problem. Z drugiej strony w obliczu ciągle ograniczonej wiedzy na temat istoty

[4] W celu uproszenia terminologii używanej w tej monografii, w kontekście uzależnień behawioralnych będą stosowane określenia: zaburzenie grania w gry komputerów/online, uzależnienie od internetu, problemowe używanie internetu (w zależności od modelu teoretycznego), problemowe używanie portali społecznościowych.

tych zaburzeń, naukowcy zgłaszają zapotrzebowanie na narzędzia kompleksowe, które pozwolą na zrozumienie mechanizmów tych zaburzeń. Nie da się jednak stworzyć narzędzi przesiewowych, nie mając jasności co do charakterystyki zjawiska. Oznacza to zatem, że prace w jednym i drugim obszarze muszą być ściśle ze sobą powiązane i przeprowadzone bardzo szybko.

W związku z tym, że tak zwane e-uzależnienia czy zaburzenia związane z nowymi technologiami są nowym, ale szybko rozwijającym się zjawiskiem (od połowy lat 90. XX w.) niezbędne jest uporządkowanie wiedzy na ich temat (lub porządkowanie jej systematycznie co kilka lat). W tej monografii Czytelnik znajdzie zarówno przegląd koncepcji dotyczących poszczególnych typów e-uzależnień (w części pierwszej), jak i wskazówki do prowadzenia działań profilaktycznych i terapeutycznych (w części drugiej).

Rozdział 1 wprowadza do zagadnienia uzależnień behawioralnych i e-uzależnień. Omówiono w nim kryteria diagnostyczne wraz z przykładami, a także dwa dominujące modele uzależnień – tj. model biopsychospołeczny oraz model czynników chroniących i czynników ryzyka – wraz z przeglądem badań (polskich i światowych) oraz wskazaniem, czynników wspólnych dla obu podejść.

W rozdziale 2 omówiono koncepcje uzależnienia od internetu. Przytoczono kategoryzację Kimberly Young, która zaproponowała pięć różnych zaburzeń związanych z internetem, a także przedstawiono wybrane i dominujące koncepcje uzależnienia od/zaburzenia korzystania z internetu (w tym m.in. model problemowego zgeneralizowanego używania internetu). W rozdziale opisano także, jakie mogą wystąpić zaburzenia towarzyszące.

Rozdział 3 poświęcono grom komputerowym – omówiono, czym są gry, które z nich (zgodnie z wynikami badań) mają potencjał uzależniający i na czym on polega. Mimo że sam model teoretyczny zaburzenia grania w gry i używania internetu jest podobny, to ich mechanizmy są różne. Na zakończenie rozdziału opisano motywy, które można traktować jako mediatory (czyli czynniki pośredniczące) w związku pomiędzy cechami psychicznymi a uzależnieniem/zaburzeniem czy graniem problemowym. Rozdział ten jest szczególnie polecany Czytelnikom, którzy mają kontakt z dziećmi czy młodzieżą grającą w gry, ponieważ omówiono w nim zarówno negatywną, jak i pozytywną stronę grania.

Rozdział 4 jest skoncentrowany na tematyce portali społecznościowych takich jak Facebook i ich potencjału uzależniającego. Zaprezentowano także model wskazujący źródła zaburzeń zlokalizowanych zarówno z osobie i specyfice jej funkcjonowania psychospołecznego, jak i te wynikające z samego medium.

W rozdziale 5 omówiono inne zaburzenia związane z internetem jako medium, takie jak e-hazard (czym jest, czym się charakteryzuje, w jaki sposób różni się od tradycyjnego hazardu i w jaki sposób jest z nim związany). Drugą część tego rozdziału poświęcono rozważaniom, na temat możliwości uzależnienia się od smartfona (czyli od telefonu).

Część drugą monografii otwiera rozdział 6 poświęcony przeglądowi literatury światowej z obszaru profilaktyki e-uzależnień. Omówiono w nim trzy zagadnienia: (1) kto jest najczęstszym odbiorcą programów profilaktycznych na danym poziomie oddziaływań; (2) które strategie okazały się skuteczne (treningi których umiejętności); (3) czym charakteryzują się skuteczne programy. Gwarancją adekwatności programów profilaktycznych jest ich ewaluacja, która potwierdza ich efektywność i trafność. Tylko takie programy są rekomendowane. Zatem nawet jeśli wydaje nam się, że dany program odpowiada na potrzeby grupy docelowej, to bez badań ewaluacyjnych nie jesteśmy w stanie ocenić jego skuteczności (Ostaszewski, 2003; Szymańska, 2012).

Rozdział 7 został poświęcony terapii e-uzależnień. Mimo że zakres działań i terapeutycznych (jak i profilaktycznych) jest ograniczony, w rozdziale opisano wskazówki do pracy terapeutycznej.

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom praktyków, w rozdziale 8 zaprezentowano wnioski wysnute na podstawie rozmów z terapeutami zajmującymi się tematyką uzależnień behawioralnych. Doświadczenia w pracy z osobami nieprawidłowo używającymi nowych technologii lub wręcz uzależnionymi od nich potwierdzają spójny obraz psychologiczny tych osób (niestabilny emocjonalnie, z niską samooceną, z brakiem kompetencji społecznych). Terapeuci dzielą się także swoimi spostrzeżeniami na temat różnych aspektów pracy z takimi osobami (np. wskazówkami behawioralnymi). Jest to tym cenniejsze, że w zasadzie nie istnieją protokoły pracy z osobami z takimi zaburzeniami. Dlatego też nawet pojedyncze doświadczenia mogą być niezmiernie pomocne dla osób, do których coraz częściej tacy klienci będą się zgłaszali.

Rozdział 9 zamiast podsumowania zawiera rekomendacje i opis kierunku dalszych badań – zarówno naukowych (zrozumienie modelu zaburzeń), jak i aplikacyjnych (związanych np. z tworzeniem krótkich narzędzi przesiewowych).

**Adnotacja:** Internet w języku angielskim przyjęto pisać wielką literą jako nazwę własną. Ponad 15 lat temu Rada Języka Polskiego uznała, że Internet pisany wielką literą odnosi się do nazwy globalnej sieci, podczas gdy internet pisany małą literą określa medium porównywalne z telewizorem[5]. Jedna z największych agencji prasowych na świecie Associated Press od 1 czerwca 2016 roku zapisuje internet tylko małą literą (Associated Press, 2016). Polscy językoznawcy nie są jednomyślni co do tego, w jaki sposób powinno się zapisywać słowo „internet". Na przykład Jan Miodek przychyla się do zdania Rady Języka Polskiego, podczas gdy Jerzy Bralczyk uważa, że „internet" spowszedniał na tyle, aby zapisywać go małą literą[6]. W niniejszej monografii przyjęto znaczenie internetu jako medium, w związku z czym konsekwentnie stosuje się zapis małą literą.

[5] Uzyskano dostęp 15.04.2018, http://www.rjp.pan.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=1032:internet-&catid=44.

[6] Uzyskano dostęp 15.04.2018, https://kultura.onet.pl/fragmenty-ksiazek/fragment-wszystko-zalezy-od-przyimka--jan-miodek-jerzy-bralczyk-andrzej-markowski/2q0ptqk.

# Część 1

# Uzależnienia behawioralne – teoria

# Rozdział 1. Wprowadzenie

Uzależnienia behawioralne (zwane także nałogami behawioralnymi) stanowią względnie nową kategorię zaburzeń. Pierwszym zburzeniem zachowania, które zostało uznane za zwiastun uzależnień behawioralnych, było granie w gry hazardowe w sposób problemowy (zwane patologicznym hazardem w DSM-III, DSM-IV). Zaburzenie to było zaklasyfikowane do kategorii zaburzeń kontroli impulsów, takich jak kleptomania (impuls związany z kradzieżą), piromania (impuls związany z podpalaniem) czy trychotylomania (impuls związany z wyrywaniem włosów) (Black i Grant, 2013). Dopiero w 2013 roku wprowadzono je formalnie do klasyfikacji DSM-5 – nowo powstałej kategorii zaburzeń, którą można interpretować jako zaburzenia/nałogi/uzależnienia behawioralne. Klasyfikacja DSM-5 zawiera dwie ważne modyfikacje dotyczące tego zaburzenia:

- zmieniono jego nazwę na zaburzenie grania w gry hazardowe (ang. g*ambling disorder*)[7];
- zaklasyfikowano je do nowo utworzonej kategorii zaburzeń – niezwiązanych z substancjami psychoaktywnymi (ang. *non-substance addictions*).

Decyzja dotycząca zmiany w DSM-5 była owocem wieloletnich badań, które coraz silniej wskazywały na podobieństwa pomiędzy zaburzeniem wynikającym z problemowego grania w gry hazardowe i zażywania substancji psychoaktywnych. Utworzenie nowej kategorii zaburzeń, tj. zaburzeń niezwiązanych z substancjami psychoaktywnymi (co można rozumieć jako uzależnienia behawioralne), jest bardzo ważne dla terapeutów, profilaktyków, badaczy, a także dla osób cierpiących z powodu grania w gry hazardowe. Nowa kategoryzacja stanowi wskazówkę dla terapeutów (zwłaszcza terapeutów uzależnień), w jaki sposób prowadzić terapię z klientem, który zgłasza się z tym problemem. Dla osób poszukujących pomocy jest to informacja, że można udać się po nią do ośrodków i poradni terapii uzależnień. Dla profilaktyków oznacza to, że programy i strategie o dowiedzionej skuteczności w odniesieniu do uzależnień chemicznych mają duże prawdopodobieństwo skuteczności także w przypadku uzależnień behawioralnych.

Ponadto rozważano włączenie zaburzenia korzystania z internetu do nowej klasyfikacji (Tao i in., 2010), ale ze względu na zbyt szeroki jego zakres podjęto decyzję o włączeniu tylko jednego jego wymiaru – zaburzenia grania w gry, które

[7] Choć w polskiej wersji DSM-5 utrzymano wersję poprzednią, tj. „hazard patologiczny".

znalazło się w sekcji III, tj. do dalszych badań (APA, 1994). W ramach szerokiego spektrum zaburzeń związanych z internetem badacze wyróżniają także (poza zaburzeniem związanym z graniem w gry komputerowe/online):

- zaburzenie związane z korzystaniem z samego internetu, ale bez specyficznego celu;
- zaburzenie związane z korzystaniem z sieci społecznościowych (np. Facebooka);
- zaburzenie związane z korzystaniem z telefonów komórkowych typu smartfon.

To ostatnie jednak jest w najmniejszym stopniu poddawane badaniom naukowym.

## 1.1. Definicje i kryteria diagnostyczne uzależnień behawioralnych

Punktem odniesienia dla sposobu definiowania i opisu potencjalnych kryteriów diagnostycznych uzależnień/zaburzeń behawioralnych był patologiczny hazard i jego definicja w DSM-IV (APA, 1994). Kimberly Young (1996, 1998) zmodyfikowała kryteria patologicznego hazardu w taki sposób, aby były one lepiej dostosowane do zaburzenia związanego z używaniem internetu. Występowanie pięciu z ośmiu kryteriów świadczy o zaburzeniu. W tabeli 1 przedstawiono porównanie kryteriów patologicznego hazardu (DSM-IV) i uzależnienia od (zaburzenia związanego z) internetu.

**Tabela 1. Zestawienie kryteriów diagnostycznych patologicznego hazardu i uzależnienie od internetu**

| **Patologiczny hazard (spełnienie 5 z 10 kryteriów):** | **Uzależnienie od internetu (spełnienie 5 z 8 kryteriów)** |
|---|---|
| 1. Zaabsorbowanie hazardem (przejawiające się między innymi silnym przeżywaniem minionych zdarzeń związanych z grą, planowaniem przyszłych zachowań hazardowych, poszukiwaniem nowych źródeł zdobycia pieniędzy umożliwiających granie itp.).<br>2. Potrzeba podwyższania podczas gry stawek pieniędzy niezbędnych do uzyskania odpowiedniego poziomu zadowolenia (satysfakcji, pożądania).<br>3. Powtarzające się podejmowanie bezskutecznych wysiłków mających na celu ograniczenie lub zaprzestanie hazardowego grania.<br>4. Podenerwowanie lub poirytowanie przy próbach ograniczenia lub zaprzestania grania.<br>5. Traktowanie gry jako sposobu ucieczki przed problemami lub na poprawienie złego samopoczucia (odczuwanie bezradności, winy, lęku, stanów depresyjnych).<br>6. Podejmowanie prób odegrania się po wcześniejszej utracie pieniędzy w grze.<br>7. Okłamywanie członków rodziny, terapeuty lub innych w celu ukrycia prawdziwych rozmiarów swojego hazardowego grania.<br>8. Podejmowanie nielegalnych działań, takich jak fałszerstwo, oszustwo, kradzież lub malwersacja w celu zdobycia pieniędzy na hazardowe granie.<br>9. Utrata lub narażenie na szwank, z powodu zaangażowania w hazardowe granie, ważnych związków emocjonalnych, możliwości edukacyjnych, zawodowych itp.<br>10. Szukanie u innych osób pomocy finansowej w celu poprawienia złej sytuacji ekonomicznej spowodowanej hazardowym graniem. | 1. Zaabsorbowanie internetem (przejawiające się między innymi przeżywaniem minionych aktywności online, planowaniem kolejnych sesji online).<br>2. Potrzeba zwiększania czasu przeznaczonego na używania internetu w celu uzyskania odpowiedniego poziomu satysfakcji.<br>3. Powtarzające się podejmowanie bezskutecznych wysiłków mających na celu ograniczenie lub zaprzestanie używania internetu.<br>4. Podenerwowanie, pogorszenie nastroju lub poirytowanie przy próbach ograniczenia lub zaprzestania używania internetu.<br>5. Pozostawanie online dłużej niż się planowało.<br>6. Utrata lub narażenie na szwank, z powodu korzystania z internetu, ważnych związków emocjonalnych, możliwości edukacyjnych, zawodowych itp.<br>7. Okłamywanie członków rodziny, terapeuty lub innych w celu ukrycia prawdziwych rozmiarów swojego zaangażowania w używanie internetu.<br>8. Traktowanie internetu jako sposobu ucieczki przed problemami lub na poprawienie złego samopoczucia (odczuwanie bezradności, winy, lęku, stanów depresyjnych). |

Opracowanie własne na podstawie DSM-IV i Young, 1998.

Mimo że koncepcja uzależnienia od internetu ewoluowała przez ostatnie dwie dekady, to pierwsza próba jej definicji stanowiła punkt wyjścia do dalszych badań – analizowano i definiowano poszczególne kryteria, poddawano je weryfikacji empirycznej. Był to także pierwszy krok w kierunku umiejscowienia tego zaburzenia – w kategorii zaburzeń kontroli impulsów (podobnie jak sam hazard patologiczny) (Beard i Wolf, 2001). Chociaż kryteria zaproponowane przez Young są relatywnie łatwe do zoperacjonalizowania (identyfikacji ich przejawów), to sam ich wybór (i pominięcie innych) było krytykowane przez innych badaczy – niekoniecznie dlatego, że jest to zły wybór, ale dlatego, że jest wyborem ad hoc. Young nie uwzględniła w swojej propozycji dwóch kryteriów patologicznego hazardu – dokonywania nielegalnych czynów i odegrania się. Z punktu widzenia obecnej wiedzy była to słuszna decyzja – kryterium związane z dokonywaniem nielegalnych czynów zostało wyłączone z diagnozy patologicznego hazardu w DSM-5, a kryterium związane z chęcią odegrania się okazało się bardzo specyficzne dla gier hazardowych, w których się przegrywa (w internecie, nawet w grach komputerowych, nie przegrywa się z taką intensywnością jak w grach hazardowych).

Kimberly Young (1998) po analizie różnych zachowań, które wchodzą w skład uzależnień behawioralnych, dokonała modyfikacji opracowanych przez siebie kryteriów. Ta modyfikacja była związana z tym, że pierwsze pięć kryteriów zostało ocenionych jako możliwe do wystąpienia w każdym rodzaju zachowania składającego się na uzależnienie od internetu, natomiast pozostałe trzy kryteria są bardziej specyficzne i opisują zaburzone funkcjonowanie jednostki (negatywne konsekwencje i regulację emocji).

Po niemal dwóch dekadach badań prowadzonych w tym obszarze jeden z czołowych badaczy Mark Griffiths (2005a) zaproponował ogólne zestawienie charakterystyk uzależnień behawioralnych obejmujące sześć kryteriów (por. ramka 1).

**Ramka 1. Kryteria uzależnień behawioralnych według Griffithsa**

- zaabsorbowanie poznawcze i behawioralne danym zachowaniem;
- modyfikacja nastroju (angażowanie się w dane zachowanie na skutek nieradzenia sobie z negatywnymi emocjami, stresem lub z powodu dobrego nastroju);
- wzrastająca tolerancja na działanie danego zachowania;
- obecność symptomów odstawiennych (głównie psychologicznych);
- konflikt na każdym wymiarze funkcjonowania (rodzina, praca, hobby);
- nawrót.

Wymienione w ramce 1 kryteria zostały zilustrowane przykładem opisu przypadku umieszczonego w ramce 2.

**Ramka 2. Opis przypadku ilustrujący kryteria uzależnień behawioralnych według Griffithsa**

Rafał ma 35 lat, jest księgowym. Gdy był nastolatkiem, podczas wakacji na Mazurach koledzy pokazali mu, czym jest granie w prowizoryczną ruletkę. Rok później zaczął grać na automatach w sklepie. Podobało mu się, ale robił to tylko na wakacjach. Ostatnio zaczął do tych czasów wracać myślami. Zwłaszcza, że w domu jest żona i nowo narodzone dziecko. Żona Rafała bardzo chciała mieć dziecko, a on uznał, że taka jest kolej rzeczy. W pracy szef wymyślił nowe zasady motywowania i trzeba się bardziej starać. Raz, wracając do domu po ciężkim dniu, zajrzał do klubu, gdzie można grać na automatach. Pograł godzinę i poczuł się lepiej. Wrócił do domu w lepszym humorze. Zaczął coraz częściej zaglądać do tego klubu. Na początku grał za 20–30 złoych i raz w tygodniu, ale po pewnym czasie chodził tam już codziennie. W pracy pod koniec dnia nie mógł się doczekać, aż będzie mógł iść do klubu, w weekendy mówił, że potrzebuje przewietrzyć głowę i szedł do klubu. Początkowy efekt dobrego samopoczucia zaczął powoli ustępować i w jego miejsce zaczęła pojawiać się frustracja. Zdawał sobie sprawę z tego, że ciągle przegrywa i zaczął marzyć o wygranej. Zaczął czytać na forach, od czego zależy wygrana na automatach, na jakich automatach ostatnio ktoś wygrał. Pewnego dnia dziecko się rozchorowało i żona poprosiła go, aby został i pomógł się nim zająć. Był zły, zaczął krzyczeć na żonę, że to jej wina, że pozwoliła dziecku się rozchorować. Po chwili zorientował się, że przecież to nie jest prawda, przeprosił. Po tym incydencie starał się więcej czasu poświęcać rodzinie, ale natłok obowiązków spowodował, że znowu zaczął chodzić do klubu.

W przytoczonym opisie przypadku można zaobserwować, że przy zwiększonych obowiązkach (małe dziecko, zmiana w pracy) Rafał nie miał żadnego obszaru, który sprawiałby mu przyjemność, nie miał hobby, praca nie była jego pasją, nie spełniał się w niej. W domu nastąpiła ogromna zmiana – pojawiło się dziecko. Z dostępnych danych wynika, że Rafał przyjął wiadomość o dziecku jako kolejny krok w życiu, po czym obowiązki i brak snu przytłoczyły go. Powrócił pamięcią do jednej z aktywności, którą wykonywał wiele lat wcześniej, a która kojarzyła mu się przyjemnie – do grania hazardowego. Mając pozytywne oczekiwania (związane z poprawą nastroju), zaczął grać. Grał coraz częściej, gdy był w pracy, powracał myślami do grania, grał w weekendy, nie mówiąc żonie prawdy o tym, gdzie idzie. Zaczął się oddalać emocjonalnie od żony i nowo narodzonego dziecka. Kiedy był poniekąd zmuszony nie iść zagrać, poczuł złość, mimo że powodem była choroba dziecka. W przytoczonej analizie została ujęta tylko część historii – w celu zilustrowania tego, jak mogą się przejawiać symptomy diagnostyczne. W toku psychoterapii należałoby poruszyć także kwestię potrzeb Rafała, być może jego relacji z rodzicami czy ogólnie z dzieciństwa.

W związku z tym, że zaburzenie grania w gry hazardowe (hazard patologiczny) zostało włączone do tej samej kategorii co uzależnienia od substancji, specjaliści dają jasno do zrozumienia, że mechanizmy leżące u podłoża, jak również odpowiadające za proces uzależnienia (na poziomie ogólnym) są podobne. Już w latach 80. XX wieku badacze zwracali uwagę na to, że nie tylko substancje mogą uzależniać, lecz także pewne zachowania (takie jak granie w gry hazardowe) (por. ramki 3, 4).

Donegan wraz ze współpracownikami (1983, za: Griffiths, 1996) opisali czynniki psychologiczne wspólne dla obu uzależnień (patrz ramka 3).

**Ramka 3. Czynniki psychologiczne wspólne dla uzależnień od substancji i od zachowania**

- traktowanie danego zachowania jako nagrody;
- wzrastająca tolerancja na to zachowanie;
- fizyczne symptomy odstawienne;
- zmiany afektywne (euforia/dysforia);
- wpływ czynników emocjonalnych na zwiększoną chęć wykonywania danego zachowania (na skutek braku umiejętności adaptacyjnego radzenia sobie ze stresem lub negatywnymi emocjami).

Kandel i Maloff (1983; za: Griffiths, 1996) poszerzyli tę listę o czynniki społeczne i środowiskowe (patrz ramka 4).

**Ramka 4. Czynniki społeczne i środowiskowe wspólne dla uzależnień od substancji i od zachowania**

- podobne społeczne i rozwojowe korelaty związane z grupą rówieśniczą, rodzicami, szkołą;
- wczesna ekspozycja jako czynnik ryzyka dla rozwoju uzależnienia;
- podobne czynniki związane z przekonaniami i stylem życia (w tym konformizm, niskie osiągnięcia szkolne, słabe więzi społeczne).

## 1.2. Modele teoretyczne uzależnień behawioralnych

Jedną z dominujących teorii wyjaśniających zarówno uzależnienia od substancji, jak i uzależnienia behawioralne jest **model biopsychospołeczny** uzależnień (patrz ramka 5). Jest to obecnie najbardziej kompleksowe podejście łączące teorie neurobiologiczne oraz czynniki psychologiczne, społeczne i środowiskowe.

**Ramka 5. Model biopsychospołeczny**

**Model biopsychospołeczny** jest obecnie dominującym zarówno w psychologii klinicznej (i opisuje właśnie uzależnienia), jak i w psychologii zdrowia (Ogden, 2007). Postuluje , że na proces uzależnienia składają się czynniki biologiczne (np. predyspozycje genetyczne, ale i neurobiologia), czynniki psychologiczne (emocjonalne, poznawcze i behawioralne elementy), a także czynniki społeczne (np. środowisko rodzinne, rówieśnicze oraz szeroko rozumiana kultura czy społeczeństwo) (por. Griffiths, 2005).

**Czynniki biologiczne** można podzielić na dwie grupy:

- neurobiologiczne;
- genetyczne.

Neurobiologia (w dużym uproszczeniu) jest głównie związana z układem nagrody i neuroprzekaźnikami (głównie serotoniną i dopaminą). W rozwoju uzależnień od substancji, ale także od czynności, główną rolę odgrywa właśnie układ nagrody – jest odpowiedzialny za kontynuowanie (powtarzanie) zachowań (Weiss, 2005), natomiast jego dysfunkcje prowadzą do odczuwania przyjemności po wykonywaniu zachowań problemowych czy ryzykownych (por. Rowicka, 2015). Serotonina i dopamina odgrywają istotną rolę w rozwoju i podtrzymywaniu zachowań kompulsywnych – zaburzenia w systemach serotoninergicznych i dopaminergicznych współwystępują z zaburzeniami kontroli (Blum, Cull, Braverman i Comings, 1996), a to właśnie w utracie kontroli upatruje się głównego źródła uzależnienia. Badania neuroobrazowania sugerują, że neuronalne mechanizmy uzależnienia od substancji i od zachowania mogą być bardzo podobne (głównie w obszarze funkcji wykonawczych, czyli obszarów przedczołowych związanych z hamowaniem, dystansowaniem się, a także podejmowaniem decyzji i procesami uwagowymi (por. Brand, Young i Laier, 2014).

W ramach drugiej grupy czynników – genetycznych, można przywołać między innymi wyniki badań nad malformacją na genie kodującym dopaminę, która jest częstsza nawet dwukrotnie u osób uzależnionych niż w grupie normatywnej (Comings, 1998). Badania nad genetyczną podatnością do uzależnień/zaburzeń behawioralnych, zwłaszcza tych związanych z internetem i graniem w gry, są jednak dość złożone i być może potrzebują nowego paradygmatu. Dla przykładu w badaniach południowokoreańskich, w których zbadano 63 osoby z zaburzeniem grania w gry komputerowe i 87 osób kontrolnych, uzyskano wyniki sugerujące, że ani polimorfizm Taq1A, ani malformacja na genie kodującym dopaminę (DRD2) nie są związane z zaburzeniem grania w gry (brak istotnych predykcji). Badacze sugerują, że być może związek ten jest pośredni, na przykład poprzez

temperament (Soo-Hyun i in., 2017). Oznacza to, że najbliższe lata powinny zostać poświęcone na identyfikację czynników wyzwalających ekspresję genów.

Grupę **czynników psychologicznych** można podzielić przynajmniej na dwa sposoby. Pierwszym (popularnym w psychologii klinicznej) jest model poznawczo-behawioralny, wskazujący na znaczenie czynników zróżnicowanych na emocjonalne, poznawcze i behawioralne. Drugim sposobem jest podział ze względu na poszczególne cechy wynikające z psychologii różnic indywidualnych (w tym: temperament, osobowość, strategie radzenia sobie ze stresem itd.). Oba sposoby podziału wzajemnie się przenikają, na przykład czynniki emocjonalne mogą być związane z osobowościową neurotycznością, temperamentalną reaktywnością emocjonalną, ale także z emocjonalną strategią radzenia sobie ze stresem czy obniżonym nastrojem (nawet subdepresyjnym). Zarazem wspomniana w poprzednim paragrafie utrata kontroli jest często wiązana z temperamentalną impulsywnością. Rezultaty innych badań upatrują związku pomiędzy temperamentalną potrzebą doznań a uzależnieniami (w tym od hazardu), ale wyniki nie są jednoznaczne – część wskazuje na większe zapotrzebowanie u osób uzależnionych (Anderson i Brown, 1984), inne na brak związku (Allcock i Grace, 1988), a jeszcze inne na podwyższone (Blaszczynski, McConaghy i Frankova, 1990). Może to być tłumaczone tym, że osoby uzależnione zasadniczo są mniej elastyczne poznawczo w związku z czym, jeśli poszukują doznań, to jedynie w obszarze bezpośrednio związanym z uzależnieniem, a nie poza nim. To powoduje, że narzędzie do pomiaru temperamentalnej potrzeby poszukiwania doznań jest mało rzetelne w tej grupie (Griffiths i Delfabbro, 2001).

Do **czynników społecznych** (raczej z pogranicza psychologicznych i społecznych), należą między innymi wzorce socjalizacji kształtowane w bliskich relacjach (rodzina, szkoła, rówieśnicy; Ostaszewski, Rustecka-Krawczyk i Wójcik, 2011) i nabyte towarzyszące im przekonania, oraz niezaspokojone potrzeby (np. potrzeba akceptacji, miłości, lub niewłaściwe wzorce zaspakajania tych potrzeb (por. Rowicka, 2015). Kolejnym, ważnym komponentem stanowiącym integrację czynników psychologicznych i społecznych są deficyty umiejętności w obu obszarach, tj. brak umiejętności radzenia sobie ze stresem i negatywnym afektem, brak umiejętności rozwiązywania problemów, podejmowania decyzji, brak umiejętności rozumienia swoich i cudzych emocji, brak umiejętności nawiązywania i podtrzymywania relacji (por. rozdział 6).

Drugim dominującym modelem jest **koncepcja czynników chroniących i czynników ryzyka**. Obejmuje kilka obszarów, w ramach których rozwijają się zarówno czynniki chroniące przed zachowaniami ryzykownymi, jak i te które sprzyjają angażowaniu się w zachowania ryzykowne. W literaturze można

wyróżnić kilka takich obszarów. Na przykład Fergus i Zimmerman (2005) wyodrębnili dwa rodzaje czynników chroniących: (1) czynniki wewnętrzne, takie jak kompetencje, umiejętności, poczucie własnej skuteczności; (2) zasoby zewnętrzne, tj. wsparcie rodziców, szkoły, posiadanie mentora, uczestniczenie w działaniach organizacji społecznych. Jessor (1991, 1998; Jessor i Jessor, 1977), rozwijając koncepcję czynników chroniących i czynników ryzyka, zaproponował następujący podział (w odniesieniu do ogółu zachowań ryzykownych):

1. uwarunkowania biologiczno-genetyczne:
   - czynniki ryzyka: alkoholizm lub inne uzależnienia rodziców;
   - czynniki chroniące: wyższy niż przeciętny poziom inteligencji;
2. wpływ szerszego otoczenia społecznego:
   - czynniki ryzyka: ubóstwo, osłabienie norm społecznych, wysoka dostępność substancji psychoaktywnych;
   - czynniki chroniące: organizacje społecznościowe, dostępność zajęć pozaszkolnych, brak społecznej akceptacji dla zachowań odbiegających od normy;
3. wpływ bliższego otoczenia społecznego:
   - czynniki ryzyka: niespójne praktyki wychowawcze rodziców, rówieśnicy, którzy demonstrują zachowania problemowe;
   - czynniki chroniące: pozytywne wzory zachowań bliskich kolegów i rówieśników;
4. uwarunkowania osobowościowe:
   - czynniki ryzyka: niska motywacja do osiągnięć, wysokie zapotrzebowanie na stymulację, skłonność do podejmowania ryzyka, deficyt uwagi, nadpobudliwość;
   - czynniki chroniące: pozytywny stosunek do nauki w szkole, nietolerancja dla zachowań odbiegających od norm społecznych;
5. zachowania:
   - czynniki ryzyka: używanie substancji psychoaktywnych, niewywiązywanie się z obowiązków szkolnych;
   - czynniki chroniące: uczestniczenie w praktykach religijnych, udział w zajęciach pozalekcyjnych organizowanych przez szkołę, uczestniczenie w zajęciach pozaszkolnych (organizacje młodzieżowe, wolontariat, grupy kościelne).

W efekcie przeglądu badań zaproponowano cztery obszary czynników zarówno chroniących, jak i ryzyka (patrz ramka 6).

**Ramka 6. Obszary rozwoju czynników chroniących i czynników ryzyka**

Czynniki chroniące i czynniki ryzyka rozwijają się w ramach następujących obszarów:

- środowiska rodzinnego (w tym relacje i związki z bliskimi ludźmi);
- środowiska pozarodzinnego (między innymi rówieśnicze);
- środowiska szkolnego, związanego z miejscem zamieszkania i środowiskiem lokalnym;
- cech, umiejętności i zdolności indywidualnych.

W ramach środowiska rodzinnego pewne zachowania czy relacje mogą stanowić czynnik chroniący dziecko przed angażowaniem się w zachowania problemowe, podczas gdy inne mogą stanowić czynnik ryzyka. Na przykład silne więzi z rodzicami i dobry kontakt zaliczamy do czynników chroniących, podczas gdy zbyt silna dyscyplina czy brak jakiejkolwiek troski są uznawane za czynniki ryzyka (Ostaszewski i in., 2011).

W ramach środowiska szkolnego i lokalnego do czynników chroniących należą: **„bezpieczne sąsiedztwo, dobry klimat szkoły, wsparcie nauczycieli, konstruktywne formy aktywności dostępne w społeczności lokalnej, takie jak: wolontariat, wspólnoty religijne**, **organizacje młodzieżowe oraz dostęp do miejsc rekreacji, świetlic i klubów młodzieżowych**. Duże znaczenie ma dostęp do zasobów materialnych oraz «kapitału społecznego», czyli wsparcia, opieki i pomocy ze strony mentorów i mieszkańców społeczności. Sprzyja to pozytywnemu rozwojowi dzieci i młodzieży. Ważną rolę odgrywa również jakość opieki specjalistycznej nad młodzieżą i rodziną, w tym dostęp do ośrodków zdrowia, poradni specjalistycznych i ośrodków interwencji kryzysowej" (Ostaszewski i in., 2011, s.13).

Znakomita większość badań jest prowadzona w celu identyfikacji czynników ryzyka, natomiast zdecydowana mniejszość – w celu identyfikacji czynników chroniących. Jest to związane w dużej mierze z nieco większym zapotrzebowaniem obniżania znaczenia czynników ryzyka, co nawet przy braku obecności specyficznych czynników chroniących powinno obniżać skłonność do angażowania się w zachowania problemowe.

Badacze z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie przeprowadzili badania podłużne i jako nieliczni opisali także czynniki chroniące przed poszczególnymi uzależnieniami behawioralnymi (Ostaszewski, Biechowska, Pisarska i Sowińska, 2017). Wyniki ich badań sugerują, że do czynników chroniących

przed graniem w gry hazardowe w sposób problemowy należą: **akceptacja siebie** (samoocena) i **wykorzystywanie przez młodzież czasu wolnego do czytania książek dla przyjemności**. Znaczenie obu jest jednak marginalne (każdy wyjaśnia nie więcej niż 3% zmienności problemowego grania). W przypadku nadużywania internetu do czynników chroniących należą: **utrzymywanie dobrych relacji** z rodzicami oraz **sposób spędzania wolnego czasu** (przeznaczanie czasu wolnego na odrabianie lekcji, spędzanie czasu wolnego poza domem). W przypadku problemowego grania w gry komputerowe – utrzymywanie dobrych relacji z rodzicami. W przypadku problemowych zakupów – jedynie samoocena. Z zaprezentowanych wyników badań wynika, że zarówno czynniki indywidualne i te związane ze wsparciem ze strony rodziców mają znaczenie w przeciwdziałaniu zachowaniom problemowym.

Z badań nad e-czynnościami (tj. e-hazard, e-granie, e-zakupy) wynika, że do czynników chroniących przez e-uzależnieniami należą odmienne sposoby spędzania wolnego czasu (Styśko-Kunkowska i Wąsowicz, 2014). Autorki raportu sugerują, że wspólna aktywność dzieci z rodzicami w internecie może zwiększać prawdopodobieństwo e-uzależnienia, przy czym warto zaznaczyć, że to zależy jednak od tego, co się wspólnie robi. W badaniach zastosowano narzędzie, w skład którego wchodziły następujące czynności wykonywane online: robienie zakupów, granie w gry, buszowanie po internecie, oglądanie filmów, słuchanie muzyki. Poza graniem w gry pozostałe aktywności można scharakteryzować jako raczej reaktywne, pasywne. W zależności od tego, o jakich grach mowa, także one mogą nie stanowić wyzwania. Można natomiast sobie wyobrazić inne, bardziej kreatywne czynności online. Takich właśnie aktywności uczy program „Mistrzowie kodowania", który od wielu lat nie tylko promuje rozwój kompetencji związanych z programowaniem komputerowym, ale także logicznego i kreatywnego myślenia (namawiając rodziców do wspólnego z dziećmi spędzania czasu między innymi na programowaniu). Badania ewaluacyjne nie pokazują, aby angażowanie się w te czynności (samodzielnie przez dziecko czy wspólnie z rodzicami) przynosiło negatywne konsekwencje, wręcz przeciwnie (Buchner, Kisilowska i Wierzbicka, 2016). Jest to prawdopodobnie związane z innym czynnikiem chroniącym, jakim jest posiadanie hobby, pasja czy angażowanie się w dowolne adaptacyjne zachowanie z przekonaniem czy chęcią.

Kto jest w większym stopniu narażony na zaburzenia związane z używaniem nowych technologii? Przywołane modele (biopsychospołecznej i koncepcja czynników chroniących i czynników ryzyka), wskazują przede wszystkim na rolę czynników indywidualnych (np. osobowość, radzenie sobie ze stresem czy niezaspokojone potrzeby), następnie na te związane ze środowiskiem rodzin-

nym i rówieśniczym. Wiele z tych czynników można uznać za wspólne dla obu typów uzależnień – od substancji i od zachowania.

Badacze wskazują, że na wymiarze osobowości czynnikiem ryzyka jest **neurotyczność** (im wyższa neurotyczność, tym większe ryzyko uzależnień/zaburzeń behawioralnych, w tym od nowych technologii), ale także **sumienność** (im niższa sumienność, tym większe ryzyko uzależnienia) (Andreassen, Torsheim, Brunborg i Pallesen, 2012). Oznacza to, że osoby o **niskiej odporności na stres, i lękowe** mają większą skłonność do uzależnień i zaburzeń behawioralnych. Ekstrawersja natomiast nie ma określonego statusu – w części badań okazuje się pozytywnie związana z uzależnieniami/zaburzeniami od nowych technologii, w innych – negatywnie (Peters i Malesky, 2008). Kolejne często wskazywane czynniki ryzyka uzależnień to **impulsywność** (Kim i Grant, 2001) i **kompulsywność** (rozumiane jako dwa niezależne wymiary, co oznacza, że jednostka może cechować się wysokim natężeniem każdego z nich) (Blanco i in., 2009). Zatem zarówno impulsywność, jak i kompulsywność sprzyjają skłonności do uzależnień.

Wyniki badań neurobiologicznych sugerują, że **upośledzone funkcjonowanie systemów związanych z serotoniną i dopaminą** może mieć związek z podwyższonym ryzykiem uzależnień, także behawioralnych (O'Sullivan, Evans i Lees, 2009; Potenza, 2008).

Kolejny, najmniej zbadany, **obszar czynników ryzyka obejmuje relacje rodzinnne i dominujące style wychowawcze**. Zgodnie z przewidywaniami zbyt restrykcyjna kontrola tego, co dzieci robią „w sieci" odnosi odwrotny do zaplanowanego skutek – jest czynnikiem ryzyka (Li, Li i Newman, 2013). Ponadto do rodzinnych czynników ryzyka są zaliczane:

- **dezintegracja rodziny**;
- **konflikty w diadach małżeńskich i pomiędzy rodzicami a dziećmi**;
- **niski poziom wsparcia emocjonalnego okazywany dziecku**;
- **karanie** (Li, Garland i Howard, 2014).

Wymienione czynniki ryzyka są związane z tzw. stylami wychowania w rodzinie. Autorzy tej koncepcji wyróżniają style w oparciu o dwa wymiary: (1) ciepło i wrogość, (2) permisywność i restrykcyjność (Schaffer, 2006). Najbardziej pożądane połączenie to ciepło z ustalaniem granic (najlepiej wspólnie z dzieckiem), natomiast każde inne połączenie jest uznawane przez psychologów jako niesprzyjające rozwojowi dziecka (styl permisywny, czyli ciepły, ale permisywny; styl autorytarny, czyli chłodny i restrykcyjny; styl odrzucająco-zaniedbujący, czyli chłodny i permisywny).

Podobnie jak w przypadku przywołanych zachowań ryzykownych, także status rodziny – pochodzenie z rodziny rozwiedzionej – czy wychowywanie się z jednym rodzicem – stanowi czynnik ryzyka (Li i in., 2014). Warto jednak traktować tę dane z pewną ostrożnością, gdyż rozwód bardzo często jest traumatycznym wydarzeniem dla dziecka, a sposób komunikacji między rodzicami może nasilać negatywne emocje u dziecka. Zatem można postawić hipotezę, że to negatywne emocje towarzyszące rozwodowi, skupienie się rodziców na sobie i w pewnym sensie zaniedbanie emocjonalne dziecka stanowią czynniki ryzyka.

Zaburzenie związane z używaniem internetu może współwystępować z innymi zaburzeniami, na przykład lękowymi, depresją (Cho, Sung, Shin, Lim i Shin, 2012) lub **ADHD** (Carli i in., 2013). Nie do końca jasny jest kierunek zależności, zwłaszcza w odniesieniu do pierwszych dwóch – czy depresja albo stany depresyjne są przyczyną, czy skutkiem uzależnienia od internetu (albo jednym i drugim). Zagadnienie to z pewnością wymaga dalszych badań.

Badania podłużne na próbie polskiej młodzieży wskazują, że czynnikiem ryzyka problemowego korzystania z internetu są dolegliwości somatyczne i psychiczne oraz przykre doświadczenia związane zarówno z byciem ofiarą cyberprzemocy, jak i problemowe zakupy (Ostaszewski i in., 2017). Dolegliwości somatyczne i psychiczne mogą znacząco ograniczać interakcje z rówieśnikami, a komunikacja internetowa pozwala na ukrycie niepełnosprawności czy tego, że się często choruje i jest się nieobecnym w szkole. Natomiast związek pomiędzy problemowym robieniem zakupów i problemowym używaniem internetu należy z dużą ostrożnością traktować jako predykcję (w tym przypadku jako czynnik ryzyka), ponieważ nie ma danych, które potwierdzałyby bezpośredni ich związek. Bezpieczniej byłoby traktować te wyniki jako informację o współwystępowaniu tych zachowań problemowych, co sugeruje pewne wspólne podłoże jednego i drugiego. Te same badania wskazują, że czynnikiem ryzyka nadmiernego grania w gry komputerowe jest bycie sprawcą cyberprzemocy (Ostaszewski i in., 2017). Jest to wynik dość zaskakujący zwłaszcza w kontekście opisanym w rozdziale 3 tej monografii. Próbując go wyjaśnić, można odnieść się do wyników statystycznych, gdzie procent wyjaśnionej wariancji nie jest imponujący – bycie sprawcą cyberprzemocy wyjaśnia zaledwie 2,6% zmienności problemowego grania. Istnieje pewne ryzyko, że ten związek można interpretować jako większą skłonność do zachowań agresywnych ujawnianych przez osoby grające w gry w sposób problemowy.

Należy jednak pamiętać, że wyniki badań i ich możliwość interpretacyjna są w dużej mierze zależne od użytych narzędzi. Dla przykładu, jeśli do zmierzenia cyberprzemocy użyto skali, która pozwala na określenie, jak poważnego czynu

jest się sprawcą, to można przyjąć interpretację, że im bardziej jest się agresywnym w cyberprzestrzeni, tym bardziej problemowo gra się w gry. Ale w dalszym ciągu ostrożnie należy podchodzić do tego, co było pierwsze, czy skłonność do agresji, czy granie w gry. To znaczy, czy bycie agresywnym sprawia, że wybiera się pewne gry i zaczyna się grać tak intensywnie, że traci się kontrolę, czy też granie w gry w sposób problemowy prowadzi do zwiększonej agresywności. Zarówno jeden, jak i drugi kierunek jest możliwy – pierwszy oznacza, że dzieci czy młodzież ze skłonnością do agresywnych zachowań będą wybierały gry, w których mogą być agresywne i grają w nie problemowo. Przy czym dzieci i młodzież bez skłonności do agresji wybierają być może te same lub inne gry i też grają w nie problemowo. A z całą pewnością nie jest tak, że tylko dzieci i młodzież skłonne do agresji będą grały problemowo. Drugi kierunek natomiast opisuje bardzo specyficzne negatywne konsekwencje, to znaczy u niektórych osób symptomy odstawienne przejawiają się zachowaniem agresywnym, autoagresywnym lub wręcz przeciwnie, obniżonym stanem emocjonalnym i smutkiem. Bycie sprawcą cyberprzemocy można także badać, zadając pytanie wprost. Na przykład, które z następujących czynności kiedyś zrobiłeś w sieci: obraziłeś kogoś itd. Jeśli w ten sposób bada się bycie sprawcą cyberprzemocy, to należy wymienić przykłady zachowań, które zaliczają się do cyberprzemocy i jeśli osoba badana odpowie tak na choć jedno pytanie, to będzie to oznaczało, że dopuściła się cyberprzemocy. Jest to jednak mniej trafny sposób pomiaru, ponieważ na równi stawia osoby, które na przykład przeklinały w sieci, z tymi, które przykładowo dopuściły się oszustwa w zależności od tego, co badacze uznali za przejawy cyberprzemocy. Reasumując, należy bardzo ostrożnie podchodzić do interpretacji wyników o związku pomiędzy jakąkolwiek formą agresji a e-uzależnieniami.

Badania prowadzone przez Fundację CBOS (2012) na przełomie 2011 i 2012 roku wykazały, że do czynników ryzyka należą przede wszystkim czynniki indywidualne: **bycie osobą zamkniętą w sobie, nieśmiałą, mającą trudności w nawiązywaniu kontaktów i mającą zaburzone poczucie własnej wartości**. Sami badacze jednak podkreślają, że kierunek zależności nie do końca jest jasny, to znaczy z jednej strony może być tak, że osoby charakteryzujące się tymi cechami są bardziej narażone na zaburzenie związane z korzystaniem z internetu, z drugiej zaś, że te cechy stanowią konsekwencje problemowego używania internetu. Może być też tak, że skierowanie uwagi na relacje online jest wynikiem niesatysfakcjonujących relacji w świecie rzeczywistym. Te relacje mogą nie być satysfakcjonujące, bo nie odpowiadają na potrzeby młodego człowieka (np. nie stanowią wyzwania, nie są interesujące) lub to on nie posiada kompetencji psychospołecznych, żeby się w nie zaangażować (jest nieśmiały, nie umie nawiązywać relacji). Takie rozróżnienie jest ważne, gdyż pozwala na wskazanie kierunków pracy z młodzieżą – w pierwszym przypadku potrzebna jest na przy-

kład praca nad uczynieniem bardziej atrakcyjnym środowiska (więcej o tej potrzebie w rozdziale 3), w drugim – praca nad deficytami psychospołecznymi. Na wymiarze czynników społeczno-środowiskowych wyróżniono w tym badaniu **osłabienie więzi między członkami rodziny oraz ich fizyczną izolację** (mimo wspólnego zamieszkiwania). Osłabienie więzi może być związane z dużą ilością obowiązków, jakie rodzice wykonują, a tym samym, być może przez zmęczenie nie uczestniczą w tym, co robią ich dzieci (w tym nie monitorują ich aktywności w sieci). Osłabienie więzi może też wynikać z przekonania rodziców o pozornym bezpieczeństwie korzystania z internetu (mogą uznawać, że jest to bezpieczniejsze niż wyjście na dwór) i przyzwalania na tę aktywność od wczesnego wieku dziecka.

Warto zwrócić także uwagę na **specyfikę medium**, jakim jest internet. Badania jakościowe pokazały, że ze względu na swój ogromny potencjał (można w nim znaleźć w zasadzie wszystko) jest on postrzegany jako obiekt fascynacji (CBOS, 2012). Treści w nim zawarte są w zasadzie nieograniczone mechanizmami kontroli (np. dostęp do treści pornograficznych jest po deklaracji, że ukończyło się 18 lat). Dość niebezpieczne z punktu widzenia potencjału uzależniającego są ogólnodostępność internetu i łatwość w jego używaniu. Dla odmiany, niektóre gry komputerowe czy online wymagają bardzo dużo zaangażowania, ale także nierzadko umiejętności (np. myślenia strategicznego). Ponadto internet może zaspakajać potrzeby społeczne związane z przynależnością do grupy, zwłaszcza że w sieci tych grup jest więcej niż poza nią i można wybrać, do której chce się należeć (a także testować tę przynależność bez większych konsekwencji). Internet pozwala także na kreowanie własnego Ja, co jest szczególnie widoczne na Facebooku.

Kolejne badanie polskiej młodzieży skupiło się na tak zwanych podmiotowych i środowiskowych czynnikach ryzyka uzależnienia od internetu (Chwaszcz i in., 2015). Badacze wskazali cztery grupy takich czynników: (1) **negatywne relacje z otoczeniem** (aroganckie, wyrachowane, zimne, nieczułe oraz o charakterze wycofania); (2) **niskie wsparcie matki w sytuacjach trudnych**; (3) **stosowanie w sytuacjach trudnych strategii unikowych** i działań agresywnych; (4) używanie marihuany, leków uspakajających i nasennych.

**Teoria biopsychospołeczna** oraz **koncepcja czynników chroniących i czynników ryzyka** nie są przeciwstawne czy konkurencyjne, ale uzupełniają się wzajemnie. Różnica pomiędzy nimi polega na tym, że w pierwszej teorii główny nacisk jest położony na podział czynników na trzy kategorie, podczas gdy w drugiej – na wymiary chroniące i ryzyka w ramach każdej z trzech kategorii (w ramach tej koncepcji autorzy wyróżnili więcej specyficznych kategorii). Mo-

dele poszczególnych uzależnień/zaburzeń związanych z nowymi technologiami bazują na tych dwóch teoriach, wprowadzając pewne modyfikacje polegające na włączeniu do modelu poznawczo-behawioralnego (lub jego części) (por. Davis, 2001; Caplan, 2002). Kluczowa wydaje się interakcja czynników uwzględnianych w każdym z nich. Zasadnym jest więc założenie , że u podłoża każdego zachowania problemowego (w tym uzależnień) leżą pewne predyspozycje jednostki. Należą do nich **predyspozycje genetyczne, biochemiczne, biologiczne i psychologiczne**. Można przyjąć, że te dyspozycje tworzą pewną hierarchię: w której dyspozycje genetyczne są czynnikami pierwszego rzędu, podczas gdy biologiczne (np. temperament) – nieco dalszego rzędu. Niemniej to czynniki środowiskowe wyzwalają ekspresję tych indywidualnych dyspozycji. Zatem w zależności od czynników w środowisku może ujawnić się tendencja do zachowań problemowych. Taką zmienną środowiskową może być wystawienie na działanie czynnika stresogennego, na przykład niezdany egzamin maturalny albo śmierć bliskiej osoby. W zależności od czynników wewnątrzosobowych jednostka będzie sobie różnie radziła z tą sytuacją, na przykład będzie szukała wsparcia w zasobach społecznych lub zastosuje strategię ucieczkową (w pracę, alkohol, internet itp.). W zależności od tego, którą dziedzinę nauki reprezentuje badacz, będzie upatrywał predyspozycji w bardziej lub mniej szerokim spektrum czynników. Do najbardziej wąskiego należą czynniki genetyczne. Dla genetyków cechy psychospołeczne stanowią moderatory i mediatory związku pomiędzy predyspozycjami a zaburzeniem. Moderatory to zmienne, których obecność jest warunkiem wystąpienia zależności miedzy zmiennymi bądź jej braku. Dla przykładu silnym moderatorem związku pomiędzy intensywnością grania w gry komputerowe a zaburzeniem jest płeć – zdecydowanie częściej problemowo grają mężczyźni. Innym przykładem moderatora są strategie radzenia sobie ze stresem – związek pomiędzy stresem a uzależnieniem jest wtedy, kiedy jednostka ma niskie kompetencje radzenia sobie ze stresem; przy wysokich kompetencjach, mimo obiektywnie stresującej sytuacji, nie będzie poszukiwała zastępczych sposobów radzenia sobie z tą trudną/stresującą sytuacją.

Rozszerzając nieco zakres predyspozycji, można przyjąć, że te cechy jednostki, które są względnie stałe, można uznać właśnie za predyspozycje. Mediatorami natomiast są te zmienne, które po wzięciu pod uwagę okazują się wyjaśniać związek pomiędzy predyspozycjami a zaburzeniem. Dla przykładu, wiemy, że istnieje związek pomiędzy neurotycznością a patologicznym hazardem, ale wiemy także, że istnieje związek pomiędzy ucieczkowym stylem radzenia sobie ze stresem a patologicznym hazardem, jak również, że istnieje silny związek pomiędzy neurotycznością a strategią ucieczkową (to znaczy w ramach analizowanych trzech zmiennych – wszystkie są ze sobą powiązane). Pozostaje pytanie, czy jeśli neurotyczność i ucieczkowy styl pojedynczo są związane z patologicznym hazar-

dem, to znaczy w tym przypadku są czynnikami ryzyka patologicznego hazardu, to w połączeniu będą silniejszym czynnikiem ryzyka. Innymi słowy, jeśli wiemy, że osoba, która jest neurotyczna, jest w większym stopniu narażona na hazard patologiczny (niż osoba, która nie jest neurotyczna) i osoba, która stosuje strategię ucieczkową jest w większym stopniu narażona na hazard patologiczny (niż osoba, która takiej strategii nie stosuje), to czy osoba, która jest i neurotyczna oraz stosuje strategie ucieczkowe, będzie w większym stopniu narażona na hazard patologiczny niż tylko neurotyczna lub tylko stosująca strategie ucieczkowe.

Odpowiedź może być negatywna, ponieważ znakomita większość osób stosujących strategie ucieczkowe może być neurotyczna. W takiej sytuacji to nie neurotyczność sama w sobie, ale w połączeniu ze stylem radzenia sobie ze stresem jest dopiero predyktorem uzależnienia i ucieczkowy styl radzenia sobie ze stresem stanowi mediator związku pomiędzy neurotycznością a uzależnieniem (pośredniczy). Może być oczywiście inaczej, to znaczy styl radzenia sobie ze stresem może być w bardzo niewielkim stopniu związany z osobowością i w takiej sytuacji bycie osobą neurotyczną prezentującą styl ucieczkowy zwiększa zagrożenie patologicznym hazardem. W takiej sytuacji nie mamy mediacji tylko niezależny związek dwóch czynników ryzyka z uzależnieniem/zaburzeniem. Reasumując, można przyjąć, że te cechy, które są relatywnie stałe, są predyspozycjami, a te, które są możliwe do modyfikacji (np. przez treningi), stanowią moderatory i mediatory związku pomiędzy predyspozycjami a zaburzeniami.

Interesującym przykładem adaptacji modelu biopsychospołecznego do uzależnień behawioralnych jest model **I-PACE** Branda (2016), który ilustruje związek pomiędzy predyspozycjami i czynnikami pośredniczącymi (mediatorami) a moderatorami w procesie rozwijania uzależnienia/zaburzenia związanego z zachowaniem, w tym z używaniem internetu. Zgodnie z tym modelem istnieją pewne charakterystyki, które predysponują do zaburzenia używania internetu (innymi słowy są to osobowe czynniki ryzyka). Należą do nich zmienne o **charakterze osobowościowym, biopsychologicznym (np. temperament), psychopatologicznym (np. depresja, fobia społeczna), motywacyjnym i społecznym (np. brak wsparcia społecznego)**. Ponadto autorzy wymieniają czynniki moderujące związek pomiędzy charakterystykami predysponującymi a zaburzeniem, to znaczy tylko w ich obecności może dojść do rozwoju zaburzenia. Należą do nich **niskie kompetencje psychospołeczne** (np. ucieczkowe lub emocjonalne strategie radzenia sobie ze stresem, brak umiejętności regulacji emocji) i specyficzne dla internetu zniekształcenia poznawcze. Następnie opisują zaburzone funkcje wykonawcze, które można porównać z **upośledzoną samokontrolą**.

Ostatnim elementem modelu jest rola mechanizmów gratyfikujących i kompensujących – na początku korzystanie z internetu jest nagradzające samo w sobie, ale po pewnym czasie problemowego używania staje się kompensacją pogłębiających się deficytów (por. Brand, Young, Laier, Wölfling i Potenza, 2016). Można się jednak zastanowić nad podziałem zmiennych na predysponujące i pośredniczące, to znaczy Brand upatruje w czynnikach indywidualnych predyspozycji (od podatności genetycznej po specyficzne motywy do angażowania się w dane zachowanie), podczas gdy psychologowie (w tym różnic indywidualnych) starają się dzielić cechy indywidualne na te bardziej stałe (np. temperament czy osobowość) i te podatne na zmianę (np. motywacja). Model I-PACE (w odniesieniu do zaburzenia używania internetu) zakłada wprawdzie interakcję czynników osobowych, afektywnych, poznawczych i wykonawczych (ang. *an interaction of person-affect-cognition-execution*), ale można odnieść wrażenie, że nie dokonuje taksonomii tych czynników (które są bardziej, a które mniej stałe). Niemniej na uwagę zasługuje podkreślana też przez innych badaczy zależność – osoby z pewnymi deficytami są bardziej skłonne do problemowego korzystania z internetu w celu poradzenia sobie ze swoimi problemami, ale ten nieadaptacyjny sposób pogłębia ich deficyty.

## Podsumowanie

Uzależnienia/zaburzenia związane z nieprawidłowym używaniem nowych technologii stanowią w dalszym ciągu niewystarczająco zbadany obszar. Wprawdzie w piątej rewizji DSM włączono zaburzenie związane z graniem w gry komputerowe/internetowe (do sekcji III, czyli załącznika), ale o pozostałych zaburzeniach wiemy wciąż za mało, aby były uwzględnione w klasyfikacjach zaburzeń. Deficyty w tym zakresie ujawniają się w terminologii (brak jednorodnego nazewnictwa od zaburzeń, przez nałogi, po uzależnienia), problemach definicyjnych (brak jednolitej definicji), a w związku z tym także nie mają określonych precyzyjnych kryteriów diagnostycznych. Na poziomie ogólnym można przyjąć te zaproponowane przez Griffithsa, ale w celu prowadzenia terapii czy projektowania działań profilaktycznych należy zrozumieć mechanizmy i specyfikę każdego z nich. **Jedną z ważniejszych konkluzji jest to, że należy rozróżnić uzależnienia/zaburzenia, które manifestują się w internecie (np. e-hazard), od uzależnień/zaburzeń od internetu (np. gier komputerowych/internetowych)**.

# Rozdział 2. Uzależnienie od internetu

## 2.1. Przegląd koncepcji

Tak zwane uzależnienie od internetu (ang. *internet addiction disorder*, IAD)[8] jest dość nowym zjawiskiem i narastającym problemem na świecie (Ko, Yen, Yen, Chen i Chen, 2012). Mimo że zaburzenie może dotyczyć około 5%–10% populacji, a problemowe używanie kolejnych 10%, pozostałe 80% użytkowników na całym świecie nie traci kontroli nad sposobem korzystania z internetu. Jednakże zwiększa się liczba osób, które spędzają coraz więcej wolnego czasu właśnie w internecie, co przy złożeniu pewnych czynników ryzyka może mieć negatywne skutki dla ich funkcjonowania (psychicznego, emocjonalnego, zawodowego).

Chociaż IAD nie zostało oficjalnie opisane w DSM-5, ze względu na zbyt szeroki zakres czynności, które mogą być potencjalnie uzależniające (np. uprawianie hazardu przez internet, oglądanie pornografii czy granie w gry), pozostaje ono w obszarze zainteresowań badaczy.

Kimberly Young (1996) dokonała klasyfikacji, która pozostała aktualna po ponad 20 latach badań. Badaczka wyodrębniła pięć grup zachowań (ramka 7).

**Ramka 7. Rodzaje uzależnień od internetu według Young**

- cyberseks (*chat rooms, cyber porn* itd.);
- socjomania internetowa (*online friendships*);
- e-hazard, aukcje internetowe;
- przeciążenie informacyjne (kompulsywne surfowanie po sieci);
- uzależnienie od komputera (gier).

[8] Nazewnictwo nie jest jednoznaczne, część badaczy odwołuje się do problemowego używania internetu (*problematic internet use*, PIU), inni do zaburzenia używania internetu, jeszcze inni do uzależnienia. W tym rozdziale nazwy te będą stosowane zgodnie z oryginalnym założeniem autorów prac naukowych.

**O ile cyberseks i hazard online stanowią grupę zachowań**, w których internet jest **tylko narzędziem, o tyle socjomania internetowa, kompulsywne surfowanie po sieci i granie w gry komputerowe są względnie nowymi zjawiskami.**

Ponieważ w dalszym ciągu nie ma jednorodnej definicji ani samego zaburzenia, ani jego nazwy, należy za każdym razem wybierać jedną z koncepcji teoretycznych i według niej prowadzić badania naukowe lub dokonywać próby diagnozy. Opisane w tym rozdziale koncepcje nie różnią się zasadniczo między sobą dzięki temu, że podczas lat badań udało się osiągnąć pewien konsensus co do kluczowych charakterystyk (np. nadmierne użycie, wiele godzin w ciągu dnia w czasie prywatnym, zaniepokojenie zachowaniem użytkownika, nieudane próby skrócenia czasu spędzanego online oraz negatywne konsekwencje w różnych dziedzinach życia). Należy jednak pamiętać, że te koncepcje nie są tożsame, na przykład najczęściej używana koncepcja Kimberly Young (1998) opisuje zespół kryteriów diagnostycznych, podczas gdy koncepcja Caplana (2002) skupia się na mechanizmach powstawania zaburzenia. Zarazem to właśnie kwestionariusz Young jest najpopularniejszym narzędziem (mimo że wzbudza pewne wątpliwości związane z jego jakością – trafnością i rzetelnością).

W dalszej części rozdziału zostaną zaprezentowane wybrane (relatywnie popularne) koncepcje omawianego zaburzenia. Warto w tym miejscu podkreślić, że chociaż każda z nich odnosi się do używania internetu, nie jest jasne, o jakim zakresie zachowań jest mowa. Young wyróżniła pięć podkategorii uzależnienia od internetu, ale wielu badaczy uważa, że należy ją zawęzić, to znaczy w zakres „uzależnienia od internetu" nie powinny wchodzić jednocześnie gry komputerowe/internetowe, sieci społecznościowe, telefony komórkowy czy e-hazard. Davis (2001) zaproponował podział pomiędzy specyficzne i zgeneralizowane używanie internetu (i zaburzenie związane zarówno z jednym, jak i drugim). Caplan (2002) natomiast wystąpił z propozycją, aby ograniczyć IAD do wykonywania czynności zgeneralizowanych, to znaczy nie związanych ani z graniem w gry, ani hazardem, ani sieciami społecznościowymi. Według niego będą to: oglądanie filmów na portalu YouTube, przeglądanie portali informacyjnych itp. Wyniki badań pokazują jednak, że zaburzenie związane z oglądaniem pornografii online, graniem w gry hazardowe online czy graniem w gry komputerowe online mają inne mechanizmy (Montag i in., 2015; Pawlikowski i in., 2014), zatem, po pierwsze, należy je wyodrębnić jako specyficzne zaburzenia używania internetu, a po drugie, należy je analizować osobno (Brand, Laier i Young, 2014).

IAD pierwotnie zostało zdefiniowane w następujący sposób (Block, 2008):

- częste nadmierne korzystanie z internetu związane z utratą poczucia czasu lub zaniedbaniem podstawowych potrzeb;
- symptomy odstawienne, w tym uczucia gniewu, napięcia i/lub depresji, gdy komputer jest niedostępny;
- tolerancja, w tym potrzeba lepszego komputera/sprzętu, więcej oprogramowania lub więcej godzin użytkowania;
- negatywne konsekwencje, w tym kłamstwa, pogorszenie ocen lub osiągnięć zawodowych, izolacja społeczna i zmęczenie.

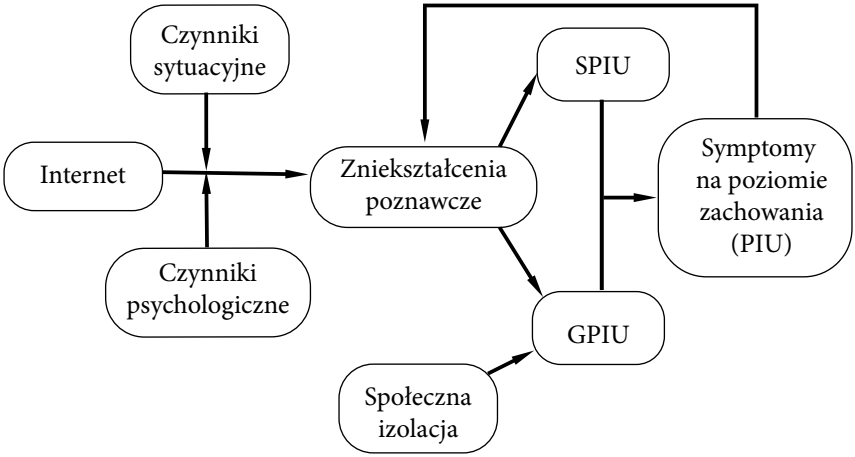
Model Davisa (2001) opisuje mechanizm powstawania **patologicznego korzystania z internetu w ujęciu poznawczo-behawioralnym**. Jak już wspomniano, autor wyróżnia dwa rodzaje patologicznego korzystania – specyficzny (dotyczący konkretnego zachowania, np. oglądania pornografii online, grania w gry hazardowe online czy gania w gry online) i zgeneralizowany (kompulsywne korzystanie z sieci bez dominującego zachowania). Według autora **specyficzne patologiczne używanie internetu (SPIU)** jest związane z wcześniejszymi problemami jednostki (np. psychopatologią), podczas gdy **zgeneralizowane patologiczne używanie internetu (GPIU)** – z izolacją społeczną i wynikającą z niej potrzebą kontaktu społecznego.

Podejście to jest zrozumiałe w odniesieniu do grania w gry hazardowe online, ale zostało już kontestowane w odniesieniu do grania w gry komputerowe online i offline. W przypadku grania w gry w zasadzie są możliwe trzy warianty/ścieżki: **(1) wcześniejsze problemy (np. ADHD), (2) izolacja społeczna (jako przyczyna), (3) żadne z wymienionych, to znaczy brak psychopatologii**. Te trzy ścieżki są zbliżone do podejścia Błaszczyńskiego i zaproponowanego przez niego modelu ścieżek w odniesieniu do patologicznego hazardu (Blaszczynski i Nower, 2002)[9].

W modelu Davisa (2001) zwrócono uwagę na rolę modelu diateza–stres (specyficzne uwarunkowania w połączeniu ze stresem środowiskowym), zgodnie z którym uwarunkowania na przykład temperamentalne w połączeniu ze stresującą sytuacją mogą prowadzić do nieadaptacyjnych zachowań jednostki. Jednakże

[9] Zgodnie z modelem ścieżek, istnieją trzy rodzaje osób, które grają w gry hazardowe w sposób patologiczny: (1) behawioralni (bez zaburzeń, ze specyficznymi przekonaniami ułatwiającymi angażowanie się w granie hazardowe; (2) wrażliwi emocjonalnie (z symptomami depresji, lęku, niskiej samooceny, niskimi umiejętnościami radzenia sobie z problemami); (3) impulsywni i antyspołeczni – przejawiają zaburzenia natury psychologicznej, biologicznej i dodatkowo cechują się impulsywnością (Jarczyńska, 2016).

w przypadku patologicznego używania internetu w ujęciu poznawczo-behawioralnym ważne są także zniekształcenia poznawcze (np. jeśli w życiu codziennym jednostka doświadcza negatywnych emocji, a używanie internetu będzie skojarzone z czymś pozytywnym, to mogą pojawić się myśli takie jak „tylko w sieci jestem kimś", „tylko w sieci nie jest smutno/nudno/beznadziejnie" (rycina 1)



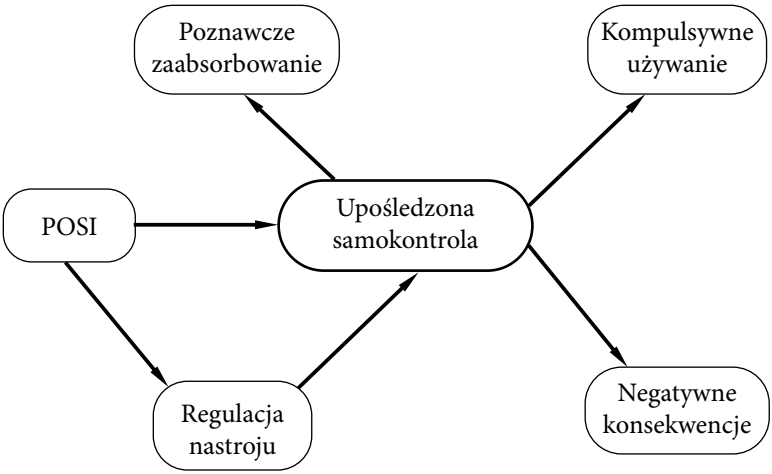

**Rycina 1. Model poznawczo-behawioralny patologicznego używania internetu (Davis, 2001)**

Korzystając z modelu Davisa, Caplan (2002) zaproponował koncepcję **zgeneralizowanego problemowego używania internetu** (GPIU), która także przedstawia mechanizmy prowadzące do zaburzenia. Caplan identyfikuje cztery podstawowe elementy, które tworzą omawiany mechanizm:

- **preferencja relacji online nad offline** (ang. *preference of online social interaction*, POSI), co oznacza, że z powodu pewnych deficytów jednostka wybiera bezpieczniejszy dla siebie sposób komunikacji (przykładowe stwierdzenie: „wolę wchodzić w relacje online niż takie twarzą w twarz");
- **regulacja nastroju**, polegająca na uciekaniu do internetu w sytuacji stresu czy problemu w celu odreagowania negatywnych emocji (przykładowe stwierdzenie „siadam do komputera, aby poczuć się lepiej");
- **upośledzona samoregulacja**, która prowadzi do kompulsywnego używania i zaabsorbowania poznawczego (przykładowe stwierdzenie „czasem nie jestem w stanie kontrolować tego, jak długo siedzę przy komputerze");
- **negatywne konsekwencje w obszarze funkcjonowania** (przykładowe stwierdzenie „zdarza się, że nie spotykam się z innymi ludźmi, bo jestem w necie").

Według Caplana (2002) u podłoża zaburzenia leżą deficyty psychospołeczne, to znaczy preferencja relacji online nad offline jest powodowana deficytami w obszarze relacji społecznych – lękiem społecznym, niskimi umiejętnościami nawiązywania i podtrzymywania relacji. Specyfika relacji, którą wyznacza przestrzeń cyfrowa, charakteryzująca się względną anonimowością i brakiem relacji „twarzą w twarz", obniża ten lęk. Internet stwarza subiektywne poczucie kontroli, pozwalając na selektywne i wybiórcze autoprezentacje a w grach – nad tworzoną rzeczywistością).

Relacje pomiędzy wymienionymi elementami najlepiej obrazuje rycina 2.




**Rycina 2. Model kompetencji psychospołecznych (Caplan, 2002)**

Jak przedstawiono na rycinie 2 preferencja relacji online nad offline (która może być związana z niskimi kompetencjami społecznymi, np. byciem nieśmiałym, brakiem umiejętności nawiązywania czy podtrzymywania rozmowy) może prowadzić do wykorzystywania internetu jako narzędzia regulującego nastrój. Pozytywne doświadczenia związane z regulacją nastroju wzmacniają przywiązanie do internetu głównie u osób o niskiej samoocenie, mających ograniczone umiejętności radzenia sobie ze stresem (stąd stosowanie jedynej znanej strategii – ucieczki do sieci). Jeśli takiemu obrazowi towarzyszą deficyty samoregulacji w postaci ograniczonej kontroli dopełnia to charakterystyki osoby z tendencją do zaburzenia. Ten model jest o tyle ważny, że przedstawia, które elementy mają ze sobą współwystępować, aby zachodziło ryzyko zaburzenia.

Niezależnie od tego, z której koncepcji teoretycznej korzystają badacze, dochodzą oni do wniosku, że jest pewna pula cech zwiększających podatność na to zaburzenie.

W obrębie podstawowych czynników ryzyka wymienia się cechy osobowości (impulsywność, niską samoocenę (Fioravanti, Dèttore i Casale, 2012), a także stawia hipotezy, że mogą to być pewne czynniki genetyczne (choć badania wskazują na związek genetyki z impulsywnością). Natomiast dysfunkcjonalne strategie radzenia sobie ze stresem czy kompetencje emocjonalne i poznawcze są wskazywane jako mediatory i moderatory związku pomiędzy osobowością a IAD (Lam, Peng, Mai i Jing, 2009).

Oznacza to, że przy pewnym profilu osobowościowym brak kompetencji psychospołecznych będzie dużym zagrożeniem, podczas gdy przy innym – mniejszym. W większości wcześniejszych badań skoncentrowano się na różnych potencjalnych czynnikach ryzyka związanych z IAD, tj. słabe funkcjonowanie rodziny, niski status społeczno-ekonomiczny i negatywne wydarzenia. Należy jednak pamiętać, że o ile czynniki rodzinne są ważnym elementem w rozwoju dziecka (np. style rodzicielskie), o tyle status socjoekonomiczny często jest pośrednio związany z funkcjonowaniem rodziny (niższy status prowadzi do większego poziomu stresu i częstszych kłótni). Natomiast negatywne (traumatyczne) wydarzenia są postrzegane jako generyczne predyktory zachowań problemowych, choć należy pamiętać, że nie samo negatywne wydarzenie jest czynnikiem ryzyka, ale to, w jaki sposób osoba sobie z nim poradzi (przy adaptacyjnych strategia radzenia sobie ze stresem dane wydarzenie może nie być zagrażające).

Badania przekrojowe ukazują dużą liczbę zaburzeń współwystępujących (Dong, Lu, Zhou i Zhao, 2011):

- zaburzenia afektywne;
- zaburzenia lękowe (np. uogólnione zaburzenie lękowe);
- zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD);
- zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (późniejsza skłonność do uzależnienia od internetu).

Przeglądy badań wykazały związek IAD z depresją (nawet do 75% osób), z lękiem (do 57%), z ADHD (100%), z OCD (o 60%), z wrogością/agresją (do 66%) (Carli i in., 2013). Warto jednak podkreślić, że wskazane zależności mają charakter współwystępowania a nie przyczynowo-skutkowy większość badań miała bowiem charakter korelacyjny. Może to oznaczać, że osoby ze skłonnością do zaburzeń afektywnych są bardziej skłonne do uzależnienia się od internetu, gdyż

zaspakajają w ten sposób pewne potrzeby. Ale może to także oznaczać, że konsekwencją uzależnienia jest inne zaburzenie (np. depresja). Jest to zwłaszcza ważne w przypadku terapii i podejmowania prób leczenia depresji, zwłaszcza wtedy, gdy jest ona konsekwencją uzależnienia, a nie przyczyną stanu klienta.

Kolejne badania ukazały związek uzależnienia od internetu (zoperacjonalizowanego na różne sposoby) z następującymi cechami

w obszarze temperamentu i osobowości:

- neurotyczność, poszukiwanie wrażeń (Mehroof i Griffiths, 2010);
- zależność od nagrody (RD), w tym: deficyty w podejmowaniu decyzji i upośledzenie zdolności kontroli wykonawczej, niskie samokierowanie (Ha i in., 2007);
- podwyższona impulsywność, obniżona samoocena, nieśmiałość, tendencje do prokrastynacji (Wang, Wu i Lau, 2016; Weinstein, Ben Abu, Timor i Mama, 2016);
- nieadaptacyjne strategie radzenie sobie ze stresem (np. uciekanie) (Grusser, Thalemann, Albrecht i Thalemann, 2005);

w obszarze doświadczeń z dzieciństwa:

- brak poczucia bezpieczeństwa (Lin, Ko i Wu, 2011);
- negatywne doświadczenia z dzieciństwa i powiązany z nimi pozabezpieczny styl przywiązania (Dalbudak i in., 2015), atmosfera panująca w domu (Lam, 2015);
- nieadaptacyjne radzenie sobie z wyzwaniami rozwojowymi (Israelashvili, Kim i Bukobza, 2012);

w obszarze społecznym i przekonań:

- niepokój społeczny (Kuss i Griffiths, 2011);
- tworzenie wirtualnego „idealnego Ja" i eskapizm (Zanetta i in., 2011);

w obszarze związanym ze szkołą:

- słabe relacje z nauczycielami (Wang i in., 2011);
- słaby związek ze szkołą, silnym konfliktem rodzinnym, niską funkcją rodzinną, używaniem substancji (Yen, Yen, Chen, Chen i Ko, 2007).

## 2.2. Narzędzia do pomiaru uzależnienia od internetu

U podstaw konstrukcji pomiaru uzależnienia od internetu legła głównie koncepcja IAD autorstwa Kimberly Young (1998). Opracowany kwestionariusz (ang. *Internet Addiction Test*, IAT) składa się z 20 itemów oraz 5-stopniowych skal których poszczególne punkty odzwierciedlają częstości różnych ustosunkowań. W języku polskim funkcjonują dwie adaptacje tego testu (autorstwa Pawła Majchrzaka i Niny Ogińskiej-Bulik, 2006, i Ryszarda Poprawy z 2011 r.). Obie wersje mogą służyć zarówno do badań naukowych, jak i do wstępnej diagnozy (za pozwoleniem autorów)[10].

Warto jednak zwrócić uwagę na kwestie metodologiczne związane z tym narzędziem. Punktem wyjścia jest zdefiniowanie na podstawie koncepcji wymiarów diagnostycznych opracowanie puli itemów do każdego z nich. Kolejnym krokiem jest prowadzenie badań w celu tak zwanej weryfikacji empirycznej. Po przebadaniu odpowiedniej liczby osób (w takich badaniach powinny to być setki osób badanych) należy przeprowadzić analizy statystyczne[11], które odpowiedzą na pytanie, czy założenia teoretyczne podczas tworzenia kwestionariusza zostały potwierdzone empirycznie. Innymi słowy, czy jeśli autor założył, że bada na przykład pięć kryteriów diagnostycznych za pomocą trzech pytań w odniesieniu do każdego kry-

**Tabela 2. Porównanie dwóch analiz kwestionariusza IAT**

| Widyanto i McMurran, 2004 | Ferraro, Caci, D'Amico i Di Blasi, 2007 |
|---|---|
| • zaabsorbowanie<br>• nadużywanie<br>• zaniedbywanie pracy/szkoły<br>• zaniedbywanie relacji<br>• oczekiwanie (związane z powrotem do używania internetu)<br>• utrata kontroli | • używanie internetu w celu pobudzenia/przyjemności<br>• używanie internetu w celu kompensacji<br>• zaniedbywanie szkoły/pracy<br>• zaniedbywanie życia społecznego<br>• upośledzona jakość życia<br>• upośledzona kontrola |

Źródło: opracowanie własne na podstawie Widyanto i McMurran, 2004; Ferraro, Caci, D'Amico i Di Blasi, 2007.

[10] Wersje polskojęzyczne tego narzędzia są dostępne w internecie, ale sugerowane jest korzystanie z wersji po adaptacji ze względu na większą kontrolę treści w nich zawartych.

[11] Procedurą statystyczną służącą weryfikacji jest analiza czynnikowa.

terium, to faktycznie tak jest (może okazać się, że niektóre pytania nie są potrzebne lub że niektóre pytania tak samo dobrze opisują więcej niż jedno kryterium diagnostyczne, a tego należy unikać). Analiza statystyczna kwestionariusza IAT wykazała, że mierzy on różną liczbę wymiarów. Część badań wykazała sześć wymiarów odpowiadających różnym kryteriom diagnostycznym (tabela 2).

Mimo że wymienione w tabeli 1 wymiary (kryteria diagnostyczne) są zbieżne, to pytania z kwestionariusza przynależące do każdego z nich nie są takie same. Sugeruje to pewien problem z konstrukcją samego narzędzia. Ponadto wielu badaczy uzyskało wyniki wskazujące na dwu- (a nie sześcio-) wymiarowość narzędzia:

- emocjonalne i poznawcze zaabsorbowanie internetem;
- utrata kontroli i zaburzenie funkcjonowania (Faraci, Craparo, Messina i Severino, 2013).

Takie rozbieżności (jeden czy dwa, czy sześć wymiarów) sugerują, że narzędzie, jak również sama koncepcja nie są spójne. Powodem może być fakt, że szereg zjawisk opisywanych w kwestionariuszu pod koniec lat 90. nie oddaje aktualnej rzeczywistości cyfrowej (np. narzędzi, którymi dysponuje), a w związku z tym obrazu teraźniejszego funkcjonowania w internecie. (Na przykład pytanie dotyczące tego, jak dużo czasu spędza się w internecie, można uznać za nieadekwatne, gdyż obecnie możemy mieć dostęp do internetu w telefonie.)

Poza koncepcją Kimberly Young (1998) i kwestionariuszem IAT opracowano ponad 40 narzędzi do pomiaru uzależnienia od internetu, z czego mniej niż 10 było poddane weryfikacji w trzech lub więcej oddzielnych badaniach. Ze względu na pionierski charakter prób opisu tego zaburzenia jest to zaskakująco niska liczba potencjalnie godnych polecenia narzędzi (i koncepcji teoretycznych). Najczęściej stosowane narzędzia przedstawiono w tabeli 3 w kolejności chronologicznej (pozostawiono oryginalne nazewnictwo).

Poszczególne narzędzia odnoszą się do innych koncepcji teoretycznych. Podstawą tych narzędzi są inne koncepcje teoretyczne skoncentrowane głównie na uzależnieniach chemicznych, patologicznym hazardzie, podejściu poznawczo-behawioralnym. Na szczególną uwagę zasługują trzy narzędzia: skala GPIUS opracowana przez Caplana (2010), skala służąca do oceny zniekształceń poznawczych (ang. *Online Cognition Scale*, OCS) i narzędzie służące jako matryca do prowadzenia wywiadu *Sample Questions for a Screening Interview Assessing Problematic Internet Use* (Beard, 2005). Skala *Online Cognition Scale* operacjonalizuje cztery wymiary: (1) obniżoną kontrolę impulsów, (2) osamotnienie/symptomy depresyjne, (3) wymiar społeczny i (4) rozkojarzenie. Narzędzie matrycowe do

**Tabela 3. Wybrane narzędzia mierzące uzależnienie od internetu**

| Nazwa kwestionariusza | Autorzy | Zaburzenia kliniczne / teoria, które posłużyły do stworzenia kryteriów diagnostycznych w danym narzędziu | Liczba pytań | Liczba wymiarów |
|---|---|---|---|---|
| Internet Related Problem Scale (IRPS)[a] | Armstrong, Phillips i Saling, 2000 | Uzależnienia | 20 | 4/10 |
| Chen Internet Addiction Scale (CIAS) [a] i CIAS-R wersja zrewidowana | Chen i in., 2003, za: Biechowska, 2013 | Uzależnienia i patologiczny hazard | 26 | 4 |
| Problematic Internet Use Questionnaire (PIUQ) [a I] wersja krótka – PIUQ--SF-6 | Demetrovics, Szeredi i Rózsa, 2008 | Hazard patologiczny | 18/9 | 5 |
| Compulsive Internet Use Scale (CIUS) [a] | Meerkerk, Van Den Eijnden, Vermulst i Garretsen, 2009 | Uzależnienia i patologiczny hazard | 14 | 5 |
| Generalized Problematic Internet Use Scale 2 (GPIUS-2) [a] | Caplan, 2010 | Teoria poznawczo--behawioralna | 15 | 6 |

Źródło: opracowanie własne.
[a] adaptacja Polska: GPIUS (Rowicka, 2016a), pozostałe skale (Biechowska, 2013)

prowadzenia wywiadu jest częściowo wystandaryzowane i obejmuje następujące zagadnienia: prezentacja problemu, omówienie czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych, a także utratę kontroli i nawroty. Narzędzie matrycowe wydaje się szczególnie obiecujące jako pomoc przy prowadzeniu wywiadu.

Narzędzie GPIUS i jego zrewidowana wersja GPIUS 2 zostały zmodyfikowane w oparciu o model zgeneralizowanego problemowego używania internetu Caplana (2002). Narzędzie składa się z 15 itemów odzwierciedlających cztery wymiary. Narzędzie to ma bardzo dobre własności psychometryczne (było testowane w wielu kontekstach kulturowych) i obok narzędzia Young jest drugim co do popularności. Narzędzie GPIUS2 zostało poddane adaptacji na próbie polskiej (16–25 lat) (Rowicka, 2016a).

## Podsumowanie

Uzależnienie od internetu/zaburzenie używania internetu to złożony i wielowymiarowy konsktukt. Obejmuje pięć podkategorii opisujących uzależnienia od : od e-hazardu i e-zakupów, od cyberseksu, od relacji online, od grania w gry komputerowe/internetowe i od używania internetu w innych niż opisane celach. Ta ostatnia kategoria została szerzej opisana przez część badaczy, którzy sugerują, że można nieprawidłowo używać internetu w sposób zgeneralizowany (np. oglądając filmy na YouTube, przeglądając portale). Model ten prezentuje mechanizm uzależnienia i podkreśla, jak ważne są uwarunkowania psychospołeczne.

Pionierska koncepcja uzależnienia od internetu, zawierająca propozycje kryteriów diagostycznych została zaproponowana przez Kimberly Young. Kolejne koncepcje poznawczo-behawioralna Davisa oraz deficytów psychospołecznych Caplana wyjaśniają natomiast mechanizm zaburzenia.

# Rozdział 3. Zaburzenie grania w gry

Granie w gry komputerowe to jedna z bardziej atrakcyjnych aktywności wykonywanych online. Rynek gier jest ogromny – w 2017 roku ponad dwa miliardy graczy wygenerowało ponad 100 miliardów dolarów zysku (108,9) (Warman, 2015). Wśród młodych graczy badacze zauważyli niepokojący trend związany z nadużywaniem grania przy jednoczesnym zaniedbywaniu innych obszarów życia (Kuss, 2013). Zaczął on być na tyle wyraźny, że w 2013 roku w najnowszej rewizji DSM-5 opisano potencjalne zaburzenie – zaburzenie grania w gry komputerowe, a Światowa Organizacja Zdrowia zapowiedziała włączenie tego zaburzenia do tworzonej klasyfikacji ICD-11. Zmiana ta zapewne będzie miała pewne konsekwencje prawne i społeczne (np. związane z możliwością diagnozy, ulgami na leki, finansowaniem terapii, możliwością brania zwolnień lekarskich). W tym rozdziale jednak najwięcej uwagi poświęcono psychologicznym uwarunkowaniom i konsekwencjom tego zjawiska.

Warto podkreślić, że nawet w środowisku psychoterapeutów czy psychiatrów nie ma konsensusu co do statusu samego zaburzenia grania w gry komputerowe – czy jest ono nałogiem, czy uzależnieniem, czy wręcz modą, hobby lub pracą. Oczywiście, granie w gry komputerowe to przede wszystkim jedna z form rozrywki. Jest ona prawdopodobnie dlatego tak atrakcyjna dla młodych osób, że dostarcza bardzo dużo różnorodnej stymulacji. W zależności od tego, jakie mamy preferencje, motywacje czy potrzeby, to znajdziemy taką grę, która na nie odpowiada i je spełnia.

Ze względu na bardzo specyficzną charakterystykę gier w pierwszej kolejności zostaną opisane rodzaje gier i mechanizmy w nich występujące, aby przedstawić, jakie charakterystyki gier mogą mieć potencjał uzależniający i dlaczego tak się dzieje. Następnie zostaną omówione trzy modele problemowego grania wraz z korelatami psychospołecznymi wynikającymi z przeglądu badań. Na zakończenie zostaną zaprezentowane dwie koncepcje motywacji do grania (które bardzo często są uznawane za najważniejsze predyktory uzależnienia).

## 3.1. Rodzaje gier

Istnieje kilka kategoryzacji gier. Jedną z nich jest **rodzaj sprzętu**, na którym się gra, tj.: na komputerach stacjonarnych, w przeglądarkach internetowych, na

konsolach (np. Xbox), na tabletach czy na smartfonach. Można sobie wyobrazić, że poziom skomplikowania gry komputerowej jest dużo większy niż gry zaprojektowanej na smartfona. Z psychologicznego punktu widzenia zdecydowanie ciekawsze, jak do tej pory, okazały się trzy pierwsze kategorie, a zdecydowanie mniej – dwie ostatnie. Jest to związane przede wszystkim z tym, że gry komputerowe najczęściej prezentują pewną historię, oferują różne poziomy kreacji bohaterów (tzw. awatarów), pozwalają na identyfikację z postacią, a także na interakcje z innymi postaciami czy graczami.

Gry na telefony muszą być prostsze ze względu na ograniczenia techniczne (małe ekrany, nieporównywalnie mniejsze procesory w porównaniu do komputerów). Ponadto w gry na telefony komórkowe grają młodsze osoby niż w gry komputerowe. Co ciekawe, to właśnie te najprostsze gry stają się coraz popularniejsze – ich udział w rynku w 2017 roku szacuje się na 32%, podczas gdy gry komputerowe (23%), przeglądarkowe (4%) i na konsolach (31%) stanowią w sumie 58%. Szacuje się, że w 2020 roku gry na telefony komórkowe zagospodarują aż 40% całego rynku gier (a wraz z grami na tablety – 50%). Oczywiście trudno przewidzieć, czy będzie to oznaczało mniejszą liczbę graczy komputerowych, czy przyrost i bardziej kompulsywne granie graczy na telefonach. Trudno także wyrokować, czy będzie mniejszy problem z formą uzależnienia od grania (zaburzenie grania w gry), gdyż jest ono opisywane jedynie w kontekście gier komputerowych, a nie gier na smartfony. Czy będzie należało zweryfikować definicję zaburzenia grania w gry i rozszerzyć ją także o gry prostsze, spełniające inne funkcje i potrzeby niż gry komputerowe? Niestety nie sposób obecnie odpowiedzieć na to pytanie, ponieważ brakuje badań w obszarze psychologicznych korelatów problemowego grania w gry na smartfonach. Niemniej warto w przyszłości bacznie obserwować dzieci i nastolatki grające w ten typ gier, zwłaszcza, że w propozycji do ICD-11 pojawił się podział zaburzenia grania w gry na gry: online, offline i niespecyficzne. Być może ta ostatnia kategoria odpowiada m.in. grom na smartfonach.

Ponadto gry można podzielić na tak zwane **single player versus multi player**. Single player oznacza, że gracz najczęściej kupuje grę (na płycie w sklepie lub pobiera na komputer) i gra w nią skończoną liczbę godzin. Takie gry mają pewien scenariusz, choć gracz wielokrotnie podejmuje decyzje i w związku z tym ponosi pewne konsekwencje w grze. W zależności od gry są one bardziej lub mniej oczywiste, na przykład gracz podejmuje pewne decyzje, jak się zachować i w miarę rozwoju fabuły jego wcześniejsze decyzje mogą mu utrudnić późniejsze działania. Innym przykładem są gry, w których należy zdecydować, kim będzie nasza postać, na przykład szpiegiem czy snajperem, z czym wiąże się dobieranie odpowiednich atrybutów (to znaczy po pewnym czasie grania odblokowują się kolejne, bardziej zaawansowane przedmioty albo umiejętności i jeśli wcześniej

gracz wybrał broń, to mało skuteczne będzie wybranie czegoś niezwiązanego z bronią). W ten sposób gracz buduje postać, która specjalizuje się w jednym rodzaju działań. Co ciekawe, gracze czasem powracają do gry po jej zakończeniu i wybierają inny rodzaj działań, aby grać w tę samą grę, ale z innej perspektywy (np. raz jako snajper, a innym razem jako szpieg).

Jakie charakterystyki tego typu gier powodują, że gracze chcą w nie grać? Przede wszystkim to, że mają fabułę – zapewniają interaktywną przygodę. Jeśli ktoś pasjonuje się fantastyką i czytał „Wiedźmina", oglądał film, to atrakcyjne są dla niego takie działania, jak możliwość wcielenia się w postać ulubionego bohatera, podejmowanie decyzji, kształtowanie historii (a nawet przeżycie jej wiele razy w inny sposób), wchodzenie w interakcje z pozostałymi postaciami.

W grach typu single player pozostałe postaci są animowane przez komputer, nie wcielają się w nie inni gracze. Gry te są również nazywane grami offline, ponieważ bardzo często można w nie grać bez połączenia z internetem.

Gry typu multi player także mają fabułę, gracz wciela się w wybraną postać, wchodzi też w interakcje z innymi postaciami, ale różnica polega na tym, że są one tworzone przez innych graczy. Gracze grają jednocześnie, co oznacza, że wszyscy mają dostęp do internetu (stąd nazywane są grami online; z technicznego punktu widzenia gra odbywa się na serwerze, do którego gracze się logują). Gracze mogą się ze sobą komunikować w czasie realnym (tu i teraz), mogą ze sobą współpracować albo konkurować, mogą tworzyć zespoły. Zespoły te mogą powstawać ad hoc (na potrzeby wykonania pewnego działania), albo na wiele lat (często zwane gildiami). W związku z tym dużą część treści gry tworzą sami gracze, co oznacza, że w zasadzie granie może nie mieć zdefiniowanego końca. Badacze podkreślają, że to właśnie wymiar społeczny jest czynnikiem w największym stopniu odpowiedzialnym za uzależnienie. Gry te najczęściej są opisywane jako MMO (*massive multiplayer online*).

Co ciekawe, obecny trend w tworzeniu gier zmierza do tego, aby w jednej grze było wiele opcji grania, tj. aby można było grać w tę samą grę samotnie, a w innej – w grupie. Oznacza to, że twórcy gier rozumieją, że z różnych powodów część graczy woli grać w gry offline, to znaczy przeciwko stworzonym przez komputer postaciom, podczas gdy inni wolą grać przeciwko prawdziwemu człowiekowi (lub z nim współpracować). Mogą zdarzyć się sytuacje, w których ta sama osoba wybiera raz taki, a raz inny typ gry. W związku z tym najnowsze gry oferują możliwość grania w nie w kilku wariantach. Ponadto pozwalają na tworzenie tymczasowych zespołów zadaniowych (wykorzystywanych do wykonania danego zadania) bez konieczności budowania relacji.

Gry MMO różnią się pod względem treści, wyzwań i ustawień, ale wszystkie charakteryzują się podstawowymi elementami: udostępniają sześć cech technicznych i projektowych, które wspólnie różnicują je z innymi rodzajami gier: wytrwałość, fizyczność, pośrednictwo awatara, pozioma rozgrywka, wieczność i interakcja społeczna (Chan i Vorderer, 2006). Wytrwałość odnosi się do faktu, że świat gry istnieje i się zmienia nawet wtedy, gdy gracz nie bawi się aktywnie (tj. nie ma dostępu do gry). Tworzą go i zmieniają inni, a konsekwencja jest taka, że wracając do gry, trzeba się zorientować, co się zmieniło. Może to prowadzić do odczuwania **fenomenu FOMO** (ang. Fear of Missing Out), co oznacza, że gracz obawia się przegapić coś, co dzieje się w grze. Fizyczność oznacza, że gra modeluje mniej więcej realistyczny świat ze spójnym zbiorem zasad fizycznych, na przykład postać umrze, gdy wpadnie w przepaść, kule lecą po pewnej trajektorii, która zależy między innymi od wiatru czy wilgotności powietrza, odbicie w wodzie załamuje się zgodnie z prawami fizyki. Postać gracza tzn. awatar to w pewnym sensie alter ego gracza. Innymi słowy jest to postać reprezentująca gracza. W niektórych grach budowa awatara jest na tyle skomplikowana, że zajmuje kilka godzin, zanim rozpocznie się faktyczną grę. Budując awatara, należy wybrać zarówno jego fizyczną charakterystykę, jak: historię życia, cechy psychologiczne (np. jakiś poziom twórczości, inteligencji). Cechy mają realny wpływ na to, co się dzieje w rzeczywistości w grze (np. jeśli stworzona postać ma być mało zdolna, to nie uda jej się przeskoczyć pułap, nawet jak gracz będzie się starał). Można się zastanowić, czy tworzenie awatara może być testem projekcyjnym (masz 20 punktów i 5 obszarów, jak je rozdzielisz, nie możesz być wszystkim).

Pozioma gra i wieczność odnoszą się do faktu, że MMO – w przeciwieństwie do gier typu *single player* – nie można ukończyć; można grać prawie bez końca. Po osiągnięciu najwyższego poziomu gracze mogą nadal pozostać w wirtualnym świecie, podejmować kolejne wyzwania i kończyć misje. Mogą też po prostu uczestniczyć w działaniach społecznych, które zapewniają możliwość nawiązania przyjaźni, pokonywanie dystansu fizycznego i innych ograniczeń za pomocą różnych wyspecjalizowanych kanałów komunikacji.

### 3.2. Zaburzenia grania w gry

Pomimo rosnącej ilości badań empirycznych nad **problemowymi** zachowaniami w czasie gier online, zjawisko to niestety nie ma zgodnej definicji (Griffiths i Meredith, 2009). Część badaczy uważa gry komputerowe za punkt wyjścia do badania charakterystyki tego specyficznego zaburzenia (Charlton i Danforth, 2007; Griffiths i Meredith, 2009; Peters i Malesky, 2008), podczas gdy inni uznają internet za główną platformę, która jednoczy różne uzależniające działania, w tym gry online (Van Rooij, Schoenmakers, Vermulst, Van Den Eijnden i Van

De Mheen, 2011). Od niedawna badacze starają się zintegrować oba podejścia (Demetrovics i in., 2011).

Griffiths (2005) zauważa, że chociaż każde uzależnienie charakteryzuje kilka szczególnych cech, mają one więcej cech wspólnych niż różnic, które mogą odzwierciedlać wspólną etiologię zachowań uzależniających. Na podstawie „elementów" modelu uzależnienia, w ramach podejścia biopsychospołecznego, uważa uzależnienie gry online za konkretny rodzaj uzależnienia od gier wideo, który można sklasyfikować jako typ niefinansowy patologicznego hazardu (Griffiths, 2010). Opracował elementy teorii uzależnień od gier komputerowych, modyfikując sześć kryteriów uzależnień Browna (1993), tj.:

- zaabsorbowanie;
- tolerancja;
- modyfikacja nastroju;
- symptomy odstawienne;
- konflikt;
- nawrót.

Charlton i Danforth (2007, 2010) przeanalizowali sześć przedstawionych kryteriów i stwierdzili, że odgrywają one podstawową rolę w rozwoju uzależnienia.

Chociaż rozważano włączenie zaburzenia używania internetu (ang. *internet addiction disorder*, IAD) do DSM-5, ostatecznie zrezygnowano z tego przedsięwzięcia ze względu na niewystarczające dowody naukowe. Jednocześnie podjęto decyzję o włączeniu zaburzenia związanego z graniem w gry komputerowe (ang. *internet gaming disorder*) (APA, 2013), o czym wspomniano już w rozdziale 2. Aby spełnić kryteria zaburzenia grania w gry, należy spełnić 5 z 9 kryteriów (w ciągu ostatnich 12 miesięcy) (ramka 8).

**Ramka 8. Kryteria diagnostyczne zaburzenia grania w gry online według DSM-5**

Powtarzające się korzystanie z gier internetowych, często z innymi graczami, które prowadzi do istotnych problemów z funkcjonowaniem. Pięć z następujących kryteriów musi zostać spełnionych w ciągu jednego roku:

1. Zaabsorbowanie lub obsesja na punkcie gier internetowych.
2. Objawy odstawienne, gdy osoba nie gra w gry internetowe.
3. Zwiększenie tolerancji – więcej czasu musi spędzić grając w gry.
4. Osoba próbowała powstrzymać się lub ograniczać granie w gry internetowe, ale zakończyło się to niepowodzeniem.
5. Osoba ta straciła zainteresowanie innymi aktywnościami życiowymi, takimi jak hobby.
6. Osoba nadal nadużywała gier internetowych, nawet wiedząc, jak bardzo negatywnie wpływają one na jej osoby.
7. Osoba kłamała innym na temat czasu spędzonego na graniu w gry internetowe.
8. Osoba używa gier internetowych w celu złagodzenia niepokoju lub poczucia winy – jest to sposób na ucieczkę.
9. Osoba straciła lub naraziła na stratę związek lub okazję na związek z inną osobą ze względu na gry internetowe.

Zgodnie z propozycją do kategoryzacji ICD-11 zaburzenie grania w gry obejmuje (ramka 9):

**Ramka 9. Zaburzenie grania w gry według propozycji do ICD-11**

Zaburzenia związane z graniem w gry online lub offline charakteryzują się utrwalonym lub powtarzającym się wzorcem zachowań, objawiającym się:

1. ograniczoną kontrolą nad graniem (np. początek, częstotliwość intensywność, czas trwania, zakończenie, kontekst);
2. zwiększenie priorytetu grania w zakresie, w jakim gra ma pierwszeństwo przed innymi zainteresowaniami życiowymi i aktywnościami codziennego życia;
3. kontynuacja lub eskalacja grania pomimo wystąpienia negatywnych konsekwencji. Wzorzec zachowania jest wystarczająco nasilony, aby spowodować poważne upośledzenie w życiu osobistym, rodzinnym, społecznym, edukacyjnym, zawodowym lub w innych ważnych obszarach funkcjonowania.

Poza zestawieniem kryteriów diagnostycznych wielu badaczy stara się opisać specyfikę gier i związanego z nimi zaburzenia. Jednym ze zintegrowanych podejść jest model Kim i Kim (2010), który zakłada, że specyfika grania w gry obejmuje swoistą euforię wypływającą z grania. **Wielowymiarowy model problemowego grania w gry online** (ang. *problematic online game use*, **POGU**) składa się z pięciu wymiarów:

- euforia;
- problemy zdrowotne;
- konflikt;
- utrata kontroli;
- przedkładanie relacji online nad offline.

Demetrovics i współpracownicy (2012) zaproponowali nieco inny model, obejmujący sześć komponentów:

- zaabsorbowanie;
- nadużywanie;
- imersja;
- społeczna izolacja;
- konflikty interpersonalne;
- symptomy odstawienne.

Mimo że te dwa modele nie wydają się tożsame, są bardzo kompatybilne, gdyż jeden z nich opisuje w pewnym sensie przyczynę, a drugi skutek. Na przykład im bardziej osoba angażuje się w granie, tym większa szansa, że zafascynuje się do tego stopnia, że będzie odczuwała stany euforyczne.

W przypadku problemowego grania w gry objawy i konsekwencje nakładają się w znacznym stopniu i dlatego należy je omawiać wspólnie. Chociaż **ilość czasu spędzanego na graniu nie jest predyktorem zaburzenia** (Griffiths, 2005, 2010), problemowi gracze zazwyczaj dużo więcej czasu spędzają na tej czynności niż zwykli gracze (Gentile, 2009; Grusser i in., 2005; Hussain i Griffiths, 2009). Kiedy nie mogą grać, myślą, fantazjują i/lub śnią na jawie o grach, zamiast wykonywać inne zajęcia. Mogą nawet marzyć o grach i grze (Griffiths, 2008; Porter, Starcevic, Berle i Fenech, 2010). Działalność nabiera cech kompulsji – graczowi brakuje gier, a uczucie to staje się bardziej intensywne, gracz staje się niespokojny, rozdrażniony (Hussain i Griffiths, 2009).

W najbardziej ekstremalnych przypadkach może dojść do zwiększenia wewnętrznego napięcia i agresywnych zachowań (aby dać ujście napięciu). Aby

zmniejszyć to nieprzyjemne uczucie, gracz kontynuuje granie (z powodu tolerancji) w coraz większych ilościach (Griffiths, 2008; Hussain i Griffiths, 2009). Takie osoby nie są zazwyczaj w stanie kontrolować swojego grania (Hussain i Griffiths, 2009; Porter i in., 2010).

Problemowi gracze stopniowo tracą zainteresowanie innymi czynnościami i zaniedbują codzienne obowiązki, co prowadzi do niższych osiągnięć edukacyjnych i/lub gorszej wydajności zawodowej (Kim i Kim, 2010; Peng i Liu, 2010). Gra staje się absolutnym priorytetem, który zwykle prowadzi do interpersonalnego konfliktu. W rezultacie ich relacje w prawdziwym życiu mogą ulec pogorszeniu i/lub zakończyć się (Porter i in., 2010), a tacy gracze mogą się stać samotni (Kim i Kim, 2010; Lemmens, Valkenburg i Peter, 2009).

Oprócz objawów psychologicznych mogą również występować objawy somatyczne. Obejmują one różnorodne zachowania – od ignorowania podstawowych potrzeb biologicznych, takich jak jedzenie, spanie i higiena osobista (Griffiths i Meredith, 2009; Peng i Liu, 2010; Porter i in., 2010) po różne problemy zdrowotne, takie jak przybranie na wadze lub utrata wagi, suche lub napięte oczy, bóle głowy, bóle kręgosłupa, zespół cieśni nadgarstka, urazy związane z nadmiernymi obciążeniami i ogólne zmęczenie lub wyczerpanie (Griffiths i Meredith, 2009; Peng i Liu, 2010; Porter i in., 2010).

Obecnie trudno jest oszacować rozpowszechnienie zaburzenia ze względu na brak jednorodnej definicji i narzędzi, ale wyniki badań sugerują, że odsetek ten sięga 10% (Gentile, 2009).

Problemowi gracze internetowi są dwukrotnie częściej diagnozowani z zaburzeniami koncentracji uwagi (ADD lub ADHD) niż gracze, którzy grają rekreacyjnie (Batthyány, Müller, Benker i Wölfling, 2009; Bioulac, Arfi i Bouvard, 2008; Gentile i in., 2011). Współwystępującym zaburzeniem klinicznym, które analizowano w kilku badaniach, jest również depresja (Gentile i in., 2011; Peng i Liu, 2010). W przypadku graczy MMORPG objawy depresyjne (np. smutek, beznadziejność, bezsenność, problemy z koncentracją) są związane z nawykową grą w nocy (od 22 do 6 rano) (Lemola i in., 2011). Jak dotąd nie jest jasne, czy problemowe granie w gry internetowe jest przyczyną, czy konsekwencją innych objawów psychicznych (Gentile, 2009). Chociaż dane z badań podłużnych pozwalają wnioskować, że problemowi gracze wykazują wyższy poziom depresji, lęku i fobii społecznej w okresie obserwacji niż normalni gracze, związek przyczynowy może być wzajemny (Gentile i in., 2011).

Obrazowanie mózgu stanowi najnowszy obszar badań nad uzależnieniami behawioralnymi, ale w odniesieniu do grania w gry komputerowe jest w powijakach.

Według najnowszych badań także mechanizmy neuronalne w przypadku zaburzenia grania w gry hazardowe czy problemowego używania pornografii są podobne. Na uwagę zasługują wyniki badań prowadzone w zespole Mateusza Goli, na podstawie których można wnioskować, że w przypadku osób cierpiących z powodu patologicznej hiperseksualności (odpowiednik zaburzenia związanego z zachowaniami seksualnymi) wskazówki związane z seksualnością (np. widok kobiety w bikini) są zarówno nagrodą pierwotną (jak u zdrowych jednostek), jak i wtórną. Podczas gdy u osób z zaburzeniem grania w gry hazardowe wskazówki związane z graniem (głównie pieniądze) są i nagrodą wtórną (jak u zdrowych jednostek), i pierwotną (Gola, Wordecha, Marchewka i Sescousse, 2016). Oznacza to, że u osób z danym zaburzeniem przedmioty (zwane wskazówkami) z nim związane stają się pierwotną oraz wtórną nagrodą. Przy czym rozróżnienie pomiędzy nagrodami pierwotnymi i wtórnymi odnosi się do tego, które z nich były niejako pierwsze w rozwoju ewolucyjnym (jedzenie i seks), a które są nieco bardziej abstrakcyjne, czyli wtórne (np. pieniądze, punkty w grze). Brakuje badań weryfikujących taki związek w przypadku zaburzenia grania w gry komputerowe, ale z pewnością rzuciłyby one światło na mechanizmy neuronalne w przypadku tego zaburzenia.

Część badań nad graniem w gry sugeruje, że gra jest związana z aktywacją tego samego regionu mózgu (tj. grzbietowo-bocznej kory przedczołowej, kory oczodołowo-czołowej, zakrętu przyhipokampowego i wzgórza), które są aktywowane przez hazard w przypadku patologicznych hazardzistów oraz przez używanie substancji w przypadku osób uzależnionych (Ko i in., 2009). Natomiast wyniki innych badań sugerują, że nadmierna gra online może skutkować zaburzeniami w zakresie pamięci roboczej podobnymi do tych, które obserwuje się u pacjentów uzależnionych od substancji (Kim, Han, Lee, Kim i Renshaw, 2012). W związku z tym naukowcy przyjmują, że u podłoża problemowego grania w gry internetowe może leżeć ten sam mechanizm neurobiologiczny jak w patologicznym hazardzie i uzależnieniu od substancji (Kuss i Griffiths, 2012). Jednakże konieczne są dalsze badania w tym zakresie.

Wśród osobowościowych korelatów zaburzenia grania w gry najczęściej wymienia się (Charlton i Danforth, 2010; Mehroof i Griffiths, 2010; Nagygyörgy i in., 2012):

- niską stabilność emocjonalną;
- niską ugodowość;
- niską ekstrawersję.

Badanie dotyczące umiejętności społecznych wykazało, że **jakość relacji interpersonalnych pogorszyła się**, a **poziom lęku społecznego wzrósł**, gdy ilość czasu spędzanego na grach online zwiększyła się (Lo, Wang i Fang, 2005). Problemowe granie jest **negatywnie skorelowane z poczuciem własnej skuteczności** i **pozytywnie skorelowane z samooceną społeczną w internecie** (Jeong i Kim, 2011). **Nieodpowiednia samoregulacja, niskie poczucie własnej wartości** (Lemmens, Valkenburg i Peter, 2011), **niska inteligencja emocjonalna** (Herodotou, Kambouri i Winters, 2011), **powyżej przeciętny stan lęku i cechy** (Mehroof i Griffiths, 2010), **zwiększone poczucie samotności** (Lemmens i in., 2011) i **osobowość narcystyczna** (Kim, Namkoong, Ku i Kim, 2008) również okazały się skorelowane z problemową grą online. Dodatkowe badania wskazują, że jest to związane z faktem, że graczy online charakteryzuje **niższe zadowolenie z życia** (Wang, Chen, Lin i Wang, 2008) i **niższy dobrostan psychospołeczny** w porównaniu do innych graczy (Lemmens i in., 2011).

Ponieważ wszystkie przytoczone badania mają charakter korelacyjny, ustalenie co jest przyczyną, a co skutkiem jest niemożliwe. W badaniach podłużnych Lemmensa i współpracowników (2011) po sześciu miesiącach grania stwierdzono u graczy obniżenie kompetencji społecznych i samooceny oraz silniejsze poczucie samotności.

### 3.3. Motywacja do grania

Na podstawie dotychczas przeprowadzonych wyników badań można stwierdzić, że motywacja do grania również odgrywa ważną rolę w rozwoju i utrzymywaniu problemowego grania w gry (Demetrovics i in., 2012). Gry internetowe oferują wiele wzmocnień, w których różne funkcje mogą być różnie nagradzające (Griffiths, 2010). Celem twórców gier jest zaspokojenie jak największej różnorodności potrzeb psychologicznych, aby zmotywować bardzo heterogeniczną społeczność graczy do grania.

Pierwszy teoretyczny **model aspektów motywacyjnych** opracował Richard Bartle (1996), który badał wczesnych graczy tekstowych w wirtualnym świecie (*Multi-User Dungeon*, MUD). Zaproponował, aby gracze MUD zostali sklasyfikowani w jednym z czterech typów motywacyjnych:

- zdobywcy;
- odkrywcy;
- społeczni;
- zabójcy (trolle).

Zdobywcy są motywowani przez spełnianie celów związanych z grą, odkrywcy próbują się dowiedzieć tyle, ile mogą o wirtualnym świecie, społeczni lubią się spotykać i zaprzyjaźniać z innymi graczami, a zabójcy/trolle wolą wywoływać u innych strach lub psuć grę.

Model teoretyczny Bartle'a został empirycznie przetestowany przez Yee (2006) wśród graczy MMORPG. Używając eksploracyjnej analizy czynnikowej, zidentyfikowano 10 składników motywacyjnych, które należą do trzech głównych czynników określonych jako: osiągnięcie, społeczność i zanurzenie. Składnikami należącymi do pierwszego z czynników są: postęp, mechanika i konkurencja. Uspołecznienie, relacje i praca zespołowa to podskładniki należące do czynnika społecznego i odkrycia, podczas odgrywania ról, personalizacji, eskapizm zaś przyczynia się do wymiaru immersyjnego.

Kolejnym ważnym odkryciem jest to, że 10 wymienionych wymiarów motywacyjnych nie wyklucza, ale uzupełnia się nawzajem. Yee (2006) odkrył, że podskładniki eskapizmu i zaawansowania były związane z problemowym używaniem grania w gry. Motywacja eskapizmu odnosi się do korzystania ze środowiska online, aby uniknąć myślenia o rzeczywistych problemach. Badania Yee zostały zreplikowane na grupie europejskiej. Badania gier MMORPG (Nagygyörgy i in., 2012) dały podobne wyniki (tj. eskapizm i osiągnięcia okazały się w najsilniejszym stopniu powiązane z problemową grą online). Przytoczony model nie jest najbardziej odpowiedni do porównywania różnych typów graczy online, dlatego Demetrovics i in. (2011) opracowali oparty na badaniach empirycznych kwestionariusz motywów do gry online (ang. *Motives for Online Gaming Questionnaire*, MOGQ) obejmujący siedem czynników (tj. **towarzyskość, eskapizm, radzenie sobie, fantazja, rozwój umiejętności, rekreacja i konkurencja**) i dokonał porównania między graczami online (adaptacja polska: Rowicka, w recenzjach, 2016a).

W ramkach 10 i 11 znajdują się dwie analizy przypadków – jedna o typowym schemacie uzależnieniowym, druga nie. W obu sytuacjach osoby intensywnie używają grania i mają w związku z tym pewne negatywne konsekwencje, ale mechanizm motywacyjny jest zdecydowanie inny.

**Ramka 10. Opis przypadku gracza 1 – chłopiec, 10 lat**

Antek ma 10 lat, jest cichym chłopcem, nigdy nie miał dużo kolegów. Od kiedy uczestniczył w szkole w pierwszych zajęciach związanych z komputerem, bardzo się nim zainteresował. Na początku przychodził do rodziców i opowiadał, co udało mu się zrobić, chwalił się, był zadowolony. Z czasem zaczął coraz bardziej zamykać się w sobie. Rano bardzo trudno go obudzić, jest zmęczony. Do szkoły chodzi niechętnie, prace domowe odrabia w ostatniej chwili, a ostatnio zdarzyło się, że zapomniał. Po uwadze nauczyciela rodzice zainteresowali się bardziej tym, co ich syn robi w swoim pokoju. Okazało się, że ciągle gra w gry komputerowe. Podczas gry krzyczy (czasem do siebie, czasem przez mikrofon na innych), po takiej grze jest zmęczony, ponieważ już mu ona nie sprawia przyjemności jak kiedyś. Kiedy jest wołany na obiad, schodzi po tym, gdy jeden z rodziców do niego pójdzie i pod groźbą szlabanu na komputer zaprosi go do stołu.

W opisie przypadku Antka można zauważyć, że granie w gry zaczyna się od fascynacji i jest to całkowicie uzasadnione, gdyż gry oferują bardzo angażującą poznawczo rozrywkę. Jednak jeśli gra stanie się bardziej nagradzająca niż realne życie, dochodzi do zaburzenia relacji pomiędzy hobby a przymusem. W części przypadków młoda osoba angażuje się w granie, gdyż zaspakaja jej to pewne ważne potrzeby, na przykład potrzebę przynależności. Może to następować wtedy, kiedy młody człowiek ma pewne deficyty psychospołeczne, na przykład jest nieśmiały albo nie ma kompetencji związanych z nawiązywaniem rozmów, wchodzeniem w interakcje. Może to wynikać z uwarunkowań temperamentalnych i osobowościowych. W takich sytuacjach nie należy odradzać grania w gry, ale zadbać o to, aby poza graniem dziecko miało inne zainteresowania – i je wspierać. Można także zainteresować się samym graniem dziecka i spróbować grać z nim po to, aby nawiązać z nim silniejszą więź, większy kontakt. Po nawiązaniu takiego kontaktu można zaproponować wspólne inne aktywności.

**Ramka 11. Opis przypadku gracza 2 – mężczyzna, 34 lata**

Krzysztof ma 34 lata, ukończył studia na Wydziale Zarządzania UW i pracuje obecnie jako freelancer. Od 15 lat jest zaangażowanym członkiem społeczności graczy World of Warcaft (gra typu MMORPG), grał we wszystkie dodatki na poziomie *high endgame*, czyli był członkiem grupy graczy rywalizujących z innymi podobnymi grupami o pierwszych 10–20 miejsc na świecie.

Taka rywalizacja wymagała poświęcania na grę nawet 80 godzin tygodniowo (czasem ponad 100 godzin), w tym punktualności w logowaniu się, graniu o wyznaczonych godzinach, nawet robienia przerw na toaletę osobistą w wyznaczonych

momentach. Dodatkowo należało przygotowywać się do grania, czytając, oglądając filmy, wykonując dość skomplikowane obliczenia statystyczne (włącznie z krzywoliniowymi regresjami). Dodatkowo zadaniem Krzyśka było tłumaczenie wyników tych obliczeń innym graczom i opracowywanie wniosków z nich. Koszty takiego zaangażowania zauważyło otoczenie Krzyśka: stracił kontakt z wieloma przyjaciółmi i znajomymi, nie miał czasu dla rodziny, jest kawalerem, nie ma stałej pracy. Konfrontowany z takimi opiniami Krzysztof tłumaczy, że przecież gdyby poświęcał 100 godzin w tygodniu na dowolne inne hobby, na przykład grę w tenisa, to nikomu by to nie przeszkadzało. A tymczasem granie w WoWa nawet dzisiaj, kiedy gra niecałe 30 godzin w tygodniu, zapewnia Krzyśkowi dużo więcej niż jakiekolwiek inne hobby. To w kontaktach online nauczył się płynnie języka angielskiego – żywego, z idiomami, sformułowaniami stosowanymi w internecie. Nauczył się rozumieć wymowę ludzi z prawie każdej części Europy. Grając z nimi po kilka lat, zaprzyjaźnił się z nimi – współdzielą przecież pasję. Raz na rok organizowali spotkania „na żywo" w jednej ze stolic europejskich, rozmawiają ciągle o swoich osobistych sprawach, dzielą się smutkami i radościami, doradzają sobie i ufają do tego stopnia, że pożyczają sobie nie tylko walutę wirtualną, ale także prawdziwe pieniądze.

Co więcej, przez 14 lat przez grupy, w które był zaangażowany Krzysiek, przewinęło się setki młodszych i starszych graczy z całej Europy. Rozmawiali o polityce, szkole, przyszłości, tolerancji wobec homoseksualistów. Będąc odpowiedzialnym za analizy matematyczne i ich tłumaczenie innym, często nastoletnim graczom, Krzysztof musiał nauczyć się, jak to robić. Dzisiaj, prowadząc czasem prezentacje biznesowe, korzysta z ogromu narzędzi prezentacyjnych, online, technologii zdalnych. Nie planował nauczenia się tego wszystkiego, to się po prostu stało w praktyce. Ponadto Krzysiek do dzisiaj podaje przykłady tego, jak zmotywowani do gry w WoW młodzi ludzie stawali się także zmotywowani do nauki statystyki. Cieszy się, że świat odkrył siłę gamefikacji, bo wie, że to działo się od lat – tylko w nieformalny sposób. Do dzisiaj największą radość, adrenalinę, daje Krzyśkowi moment, w którym po dziesiątkach, a czasem setkach prób, wspólnie ze swoimi przyjaciółmi z gildii pokonują kolejnego bossa w grze. Okrzyki radości, gratulacje, podziękowania i w ogóle poczucie wspólnego sukcesu, niepodszyte zawiścią i przypisywaniem sobie zasług, są według Krzyśka emocjami, których na próżno (a przynajmniej bez sensu) szukać w realnym świecie.

Inną koncepcją motywacji jest opracowana przez amerykańskich badaczy z firmy Quantic Foundry. Opracowali oni zestawienie sześciu wymiarów motywów (tabela 4).

**Tabela 4. Wymiary motywów wg Quantic Foundry**

| Motywy | towarzystwo | mistrzostwo | osiągnięcia | kreacja | zanurzenie | akcja |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Wymiary | konkurencja | wyzwanie | ukończenie | odkrywanie | fantazjowanie | ekscytacja |
| | społeczność | strategia | moc | design | przeżywanie | destrukcja |

Źródło: Opracowanie własne.

Motyw „towarzystwo" dzieli się na: granie w celu konkurowania i na granie w celu tworzenia społeczności, zespołów. Ten podział jest zgodny z propozycją Demetrovicsa (2011) i jego kwestionariusza motywów do gry online (ang. *Motives for Online Gaming Questionnaire*, MOGQ), który został zaadaptowany w Polsce. Jednak pozostałe motywy są już nieco bardziej specyficzne. Warto zauważyć, że opisane w tabeli 4 motywy zostały opracowane w sposób empiryczny, tzn. w pierwszej kolejności dokonano metaanalizy artykułów poświęconych tej tematyce, wybrano najczęściej powtarzające się motywy, opracowano narzędzie do ich pomiaru i zweryfikowano je empirycznie na bardzo dużej (ponad stu tysięcznej) próbie graczy. Warto jednak zauważyć, że motywy zaproponowane przez Quantic Foundry (tabela 4) są pozytywne, tzn. żaden z nich w sposób bezpośredni nie jest związany z nieadaptacyjnymi sposobami radzenia sobie ze stresem czy negatywnymi emocjami. Z pewnością jest to obszar od dalszych badań, które pozwolą na udzielenie odpowiedzi na następujące pytanie: **Czy wymienione motywy przewidują zaburzenie, czy są czynnikami chroniącymi?** Na podstawie dotychczasowych badań można postawić hipotezę, że motywy związane z towarzystwem mogą przyczyniać się do zaburzenia (zwłaszcza te związane z potrzebą tworzenia grupy czy bycia członkiem grupy). Natomiast motywy związane ze strategicznym myśleniem, wyzwaniem czy kreacją – być może nie prowadzą do zaburzenia.

Motyw opisany jako wyzwanie oznacza konieczność wykorzystania zaawansowanych umiejętności w grze (co jest związane z potrzebą wytrenowania tych umiejętności). Motyw ujęty jako kreacja oznacza, z jednej strony, odkrywanie różnych funkcji w grze, poszukiwanie nowych rozwiązań, a z drugiej strony – kreowanie świata, budowanie go, a jednocześnie kontrolowanie. Motyw opisany jako osiągnięcia dzieli się na ukończenie i moc. Ukończenie oznacza, że gracz jest w mniejszym stopniu zainteresowany procesem grania, a w większym - jej zakończeniem (być może ważne dla tych graczy są zakończone projekty). Natomiast moc oznacza uzyskanie największego czy najbardziej potężnego sprzętu. Ten motyw jest silnie związany z rywalizacją. Na uwagę zasługuje motyw zanurzenia – jego wymiar nazwany fantazjowaniem oznacza chęć wcielania się w postaci, które nie są realne. Można tu poszukiwać potrzeby ucieczki od realnego życia, choć gry zapewniające realizację tego motywu są bardzo podobne do

książek z gatunku *fantasy* (gremliny, duchy, diabły, anioły, wiedźmy itp.). Drugi wymiar tego motywu – przeżywanie – odnosi się do złożonych, wielowątkowych historii z różnymi (często barwnymi) bohaterami. Ostatni motyw – akcja – opisuje z jednej strony ekscytację (potrzebę, aby dużo się działo, szybkich zwrotów akcji, nagradzania za szybkie reakcje, za refleks), a z drugiej – destrukcję, czyli niszczenie. Można się zastanowić, czy chęć niszczenia nie niesie ze sobą tendencji psychopatologicznych, ale warto zwrócić uwagę, na czym owo niszczenie polega – być może polega na strategicznym podłożeniu materiałów wybuchowych pod budynek przeznaczony do rozbiórki, co rozwija strategiczne myślenie, umiejętności obliczeniowe itp.

Kolejne dwie analizy przypadków ilustrują zaprezentowane przez Quantic Foundry motywy (ramka 12 i 13).

**Ramka 12. Opis przypadku gracza 3 – kobieta, 26 lat**

Katarzyna ma 26 lat, od 5 lat dosyć intensywnie grywa w World of Warcraft. Znalazła w tej grze to, czego szukała w kilku innych grach od wielu lat. W języku używanym w grze nazywa się to *achievements*, czyli osiągnięcia. Twórcy gry zaplanowali to tak, aby mniej lub bardziej trudne, żmudne lub zabawne aktywności w grze oznaczały przyznanie graczom wirtualnych „medali" – to właśnie *achievements*. Każdy medal oznacza także zdobycie pewnej liczby punktów w zależności od unikatowości i poziomu skomplikowania zadań, które należy wypełnić w grze, aby dostać odpowiedni medal – 5, 10, 15 lub 20 punktów. Bardzo zaangażowani gracze mogą obecnie pochwalić się zdobyciem 12–14 tysięcy punktów, co przekłada się na setki *achievements* i lata systematycznej pracy, aby je zdobyć. Niektóre z medali jest bowiem zdobyć bardzo ciężko – wymagają połączenia łuta szczęścia, wielu godzin koncentracji, a jeżeli się nie uda, próbować ponownie można dopiero po kilku dniach. Na szczęście zdobycie niektórych z najbardziej prestiżowych medali oznacza także możliwość wyświetlenia nad głową swojego awatara w grze, oprócz imienia, również specjalnego tytułu, na przykład „Nieśmiertelny". Niektórych z tych tytułów nie da się już zdobyć, mogą się nimi poszczycić tylko najbardziej doświadczenie weterani World of Warcraft, ci, którzy zdobyli je 6–8 lat temu. Są one bardzo prestiżowe.

Katarzyna zbyt późno przyłączyła się do gry, aby takie prestiżowe *achievements* i tytuły zdobyć, ale postawiła sobie za punkt honoru, że zdobędzie wszystkie inne. Od miesięcy zdobywa punkty, ma ich już około 9 tysięcy, uzyskała też kilka wyjątkowo trudnych do zdobycia tytułów. Spędza samotnie całe godziny w grze, nie rozmawiając z nikim ani nie angażując się w grupowe aktywności. Czuje wewnętrzne spięcie, aby „nadrobić" czas, kiedy nie grała i aby pokazać wszystkim innym gra-

czom, że przegoni ich pod względem liczby zdobytych punktów. Kiedy zdobywa jakiś nowy tytuł, natychmiast wraca do głównego miasta w grze i wyświetla ten tytuł nad swoją głową. Następnie wyobraża sobie, jak mijający ją gracze odczytują ten tytuł i jak rodzi się w nich zawiść, że go nie mają. Czasem faktycznie któryś z tych graczy napisze do niej na czacie „o rany, masz super tytuł, gratulacje". Te momenty Katarzyna lubi najbardziej, bo wtedy czuje, że to, co robi w grze, ma sens.

**Ramka 13. Opis przypadku gracza 4 – nastolatek, 18 lat**

Piotrek to 18-letni licealista. Kiedy tworzył swojego awatara w grze Mass Effect Andromeda, poświęcił dużo czasu na to, aby był to bardzo przystojny, młody mężczyzna. Sam wybór koloru oczu zajął około pół godziny, trudno było bowiem dokładnie wybrać, jaki kolor tęczówki najbardziej pasuje do koloru skóry i delikatnego zarostu, który Piotrek zaplanował. Po rozpoczęciu gry Piotrek zorientował się, że nie jest do końca zadowolony z fryzury swojego awatara, więc skasował go i rozpoczął cały proces tworzenia postaci od nowa. Po około pięciu godzinach był gotowy do rozpoczęcia gry. Nie sprawiło mu żadnego kłopotu wybranie, jaką klasą postaci będzie grał. Wiedział, że chce grać Vanguardem, czyli atakować przeciwników z bliska, podbiegać do nich, ściągać na siebie ogień i zabijać, używając specjalnego miecza. Lubi oglądać efekty swoich działań z bliska i lubi bardzo szybkie tempo rozgrywki. Nie rozumie na przykład, jak ktoś mógłby chcieć być snajperem, czekać spokojnie, aż przeciwnik wejdzie w linię strzału, skalibrować celownik i wysłać jedną kulę. To trwa za długo i jest to żadna przyjemność. Piotrek zdecydowanie woli wbiec w grupę przeciwników, rzucić granat hukowy, zacząć ich uderzać mieczem, unikać ciosów. Lubi też patrzeć, jak w ostatniej chwili poziom życia jego bohatera wraca do normalnego poziomu, lubi „wywinąć się śmierci" w grze.

Jednocześnie chce być bardzo dobry w graniu. Na YouTube znalazł około 30 różnych filmów, na których doświadczeni gracze tłumaczą, jak należy grać, aby móc pokonać duże grupy przeciwników i samemu nie zginąć. To dosyć skomplikowane, bo w grze Mass Effect Andromenda można mieć kilkanaście różnych zdolności – ale w trakcie gry należy wybrać tylko trzy, z których się korzysta. Można je też zmieniać z walki na walkę, ale trzeba wiedzieć, jak te zdolności ze sobą współgrają, które kombinacje są NAJLEPSZE. Piotrek spędził około 50 godzin, oglądając te filmy, aktywnie pytając autorów o pewne rzeczy. Teraz wykorzystuje zdobytą wiedzę – to także wiedza na przykład matematyczna, dotycząca prawdopodobieństw (niektóre zdolności postaci dają np. 35% szansy, że coś się wydarzy z każdym atakiem) i językowa (wszystko jest po angielsku, więc takie słowa jak „stabilizator żyroskopowy" czy „przegrzanie plazmy", a także wiele idiomów trzeba znać). Idzie mu bardzo dobrze w grze. Myśli nad nagraniem własnego filmu na YouTube.

## 3.4. Narzędzia

Podobnie jak w przypadku zaburzenia korzystania w internetu, zaburzenie grania w gry komputerowe (online, offline) jest koncepcją relatywnie nową i wymagającą ujednoliconych kryteriów diagnostycznych. Nie dysponując teorią, badacze próbowali stworzyć narzędzia służące do pomiaru tego zaburzenia, choć z różnym efektem. Obecnie funkcjonuje kilka narzędzi, jednak są one oparte o kryteria patologicznego hazardu z DSM-IV. Do takich narzędzi należy:

- samoopisowa skala *Problematic Videogame Play* (PVP) składająca się z dziewięciu itemów z opcjami odpowiedzi tak/nie. Skala odnosi się do następujących wymiarów zaburzenia: zaabsorbowanie, tolerancja, utrata kontroli, symptom odstawienny, ucieczka (mechanizm regulacji emocji), oszukiwanie, kontynuowanie mimo świadomości negatywnych konsekwencji dla nauki i relacji rodzinnych. Skala została rozwinięta przez hiszpańskich badaczy i w związku z tym była walidowana głównie na hiszpańskiej próbie młodzieży w wieku 13–18 lat (Salguero i Moran, 2002);
- samoopisowa skala *Video-Game Use* (VGU) opracowana przez (Gentile, 2009) jako rozwinięcie skali PVP. Składa się ona z 11 itemów i opcji odpowiedzi tak/nie/być może. Skala jest także oparta o kryteria patologicznego hazardu zaczerpnięte z DSM-IV i kryteriów uzależnień Browna. Opisuje następujące kryteria: zaabsorbowanie, euforia (ulga), tolerancja, symptomy odstawienne, konflikt i nawrót;
- samoopisowa skala *Problem Video Game Playing Test* (PVGT) (King, Delfabbro i Zajac, 2011), która jest adaptacją 20-itemowego narzędzia IAD (Young, 1998).

Opisane narzędzia są krótkie i łatwe do wykonania, ale nie są pozbawione wad: po pierwsze, niektóre pytania nie są jednoznaczne i zawierają w sobie tak naprawdę dwa pytania, na przykład „kiedy źle się czuję, jestem zdenerwowany lub zły albo kiedy mam problemy to gram w gry nieco częściej". Udzielenie odpowiedzi „tak" może oznaczać wiele możliwości. Po drugie, analizowane kryteria czy charakterystyki zaburzenia grania w gry obejmują zarówno mechanizmy leżące u podłoża, jak i konsekwencje, co wprowadza pewien bałagan.

- Kolejnym narzędziem jest samoopisowa skala *Problematic Video Game Play* (PVGP). Skala została oparta o opisane wcześniej narzędzie PVP, ale jest poprawiona. Wprowadzone zmiany dotyczyły: (1) użycia 5-stopniowej skali odpowiedzi w miejsce odpowiedzi tak/nie; (2) analiza pytań podwójnych i ich weryfikacja; (3) opis konsekwencji, to znaczy itemy były tak przeformułowane, aby granie w gry było przyczyną, a pozostałe stwierdzenia – konsekwencją (Tolchinsky i Jefferson, 2011). Wersja zrewidowana znajduje się na końcu tego

rozdziału. Warto jednak ją przeanalizować w sposób krytyczny – część pytań w bardzo dużym stopniu przypomina pytania dotyczące grania w gry hazardowe (np. próbowałem rzucić granie), inne są charakterystyczne dla zdrowotnych konsekwencji grania (np. jak gram, boli mnie szyja czy nadgarstek). Zaletą tego narzędzia jest to, że składa się z 35 itemów, które mogą być pomocne przy prowadzenia wywiadu. Niemniej nie sugeruję stosowania tego narzędzia w celu postawienia wstępnej diagnozy.

- Kolejnym narzędziem jest POGQ w wersji oryginalnej i skróconej (Demetrovics i in., 2012; Pápay i in., 2013). W wersji oryginalnej skala składa z 18 itemów mierzących sześć wymiarów problemowego grania w gry: zaabsorbowanie, nadużywanie, imersję, społeczną izolację, konflikty interpersonalne i symptomy odstawienne. Obie skale mają bardzo dobre wartości psychometryczne i mogą być używane jako narzędzia przesiewowe, zwłaszcza dla osób z podwyższoną impulsywnością. Wersja skrócona skali została zamieszczona na końcu rozdziału.
- Kolejnym narzędziem jest skala motywacji MOGQ (Yee, 2006). Badania analizujące motywacje do grania wskazują na istotny związek motywacji ucieczkowej z zaburzeniem i bardzo słaby związek dla pozostałych motywacji. Jest to jedna z wielu przesłanek, sugerująca, że granie w gry może stanowić adaptacyjne zachowanie, które pozwala na realizację motywacji niemożliwych do spełnienia w inny sposób. Sugeruje to także kolejną zmienną różnicową pomiędzy graczami grającymi intensywnie i zaburzonymi a niezaburzonymi. Narzędzie MOGQ ma bardzo dobre parametry psychometryczne (Rowicka, w recenzjach).

## Podsumowanie

Granie w gry komputerowe (offline i online) staje się coraz bardziej popularną aktywnością wśród dzieci, młodzieży i młodych dorosłych. Tylko część z nich traci kontrolę nad graniem i popada w zaburzenie/uzależnienie. Jedną z ważnych przyczyn tego stanu rzeczy może być motywacja, z jaką młode osoby grają – jeśli jest ona związana z ucieczką przed nieradzeniem sobie z problemami czy stresem, to jest to motywacja typowa dla uzależnienia. Natomiast jeśli motywacja jest związana z chęcią przeżycia czegoś ekscytującego, to może ona przewidywać zaburzenie tylko w obecności deficytów psychospołecznych.

Zaproponowane nowe zaburzenie budzi wiele kontrowersji, choć większość badaczy jest zgodna, że sama koncepcja problemowego grania w gry komputerowe stanowi zjawisko obecne w interwencji profilaktycznej, a nawet klinicznej. Jednakże dwie kwestie budzą wątpliwości. Po pierwsze, ustalenie, które gry mają potencjał uzależniający (komputerowe, internetowe) i które ich aspekty oraz dlaczego mogą prowadzić do niezamierzonego celu. Po drugie, wymienio-

ne w DSM-5 kryteria w większości są krytykowane z powodu zbyt małej liczby danych empirycznych albo ze względu na stosowany język. Warto jednak zaznaczyć, że tak opisane kryteria okazały się bardzo trafne w ocenie samego zaburzenia – pomiędzy 85% a 90% (Ko i in., 2014).

Potrzebne są dalsze badania ilościowe i jakościowe, przekrojowe i podłużne, kliniczne i specyficznych grup o zwiększonej podatności (to znaczy grup podwyższonego ryzyka), aby odpowiedzieć na co najmniej kilka pytań: (1) Jaki jest związek pomiędzy analizowanym zaburzeniem a innymi zaburzeniami (w tym głównie ADHD)?; (2) Jaka jest natura zaburzenia grania w gry i które objawy są wspólne z typowym obrazem uzależnień od substancji (np. neurobiologiczny)?; (3) Jakie są czynniki chroniące przed uzależnieniem i gdzie leży granica pomiędzy silnym zaangażowaniem a problemowym używaniem?

## Narzędzie *Problematic Video Game Play – Revised*

1. Gdy nie gram w jakąś grę, to myślę o grach.
2. Z powodu grania spędzam mniej czasu z przyjaciółmi i rodziną.
3. Gdy nie mogę (nie mam możliwości) grać, robię się nerwowa/nerwowy.
4. Gdy nie udaje mi się osiągnąć swojego celu w grze, czuję, że muszę spróbować jeszcze raz.
5. Granie mnie uspokaja. Gdy gram, czuję, że jestem mniej zdenerwowany.
6. Spędzam na graniu coraz więcej czasu.
7. W trakcie grania zaczyna mnie boleć szyja.
8. Próbowałam/próbowałem już rzucić granie.
9. Gdy gram, czuję, że jestem mniej zła/zły.
10. Z powodu grania nie zjadłem posiłku.
11. Gdy nie gram, planuję, co będę robić po ponownym wejściu do gry.
12. Gdy gram, czuję, że jestem mniej smutny.
13. Ukrywam to, że gram przed moją partnerką/moim partnerem.
14. W trakcie grania zaczyna mnie boleć nadgarstek.
15. Gdy gram, mniej obawiam się o różne rzeczy w moim życiu.
16. Próbowałam/próbowałem ograniczyć czas, jaki spędzam grając.
17. Z powodu grania kładę się późno spać.
18. Aby móc grać, zdarzało mi się popełniać kradzieże.
19. Ukrywam to, że gram, przed moimi rodzicami.
20. Aby móc grać, wdaję się w kłótnie z ludźmi.
21. Ukrywam to, że gram, przed moimi przyjaciółmi.
22. W trakcie grania zaczynam odczuwać bóle głowy.
23. Spędzam więcej czasu, grając niż początkowo planowałam/planowałem.
24. W trakcie grania zaczynam odczuwać bóle rąk.
25. Z powodu grania opuściłam/opuściłem zajęcia w szkole lub nie poszedłem do pracy.
26. Podjęłam/podjąłem próbę kontrolowania tego, ile czasu spędzam na graniu.
27. W trakcie grania zaczynają mnie boleć lub łzawić oczy.
28. Aby móc grać, okłamywałam/okłamywałem innych ludzi.
29. Ukrywam to, że gram, przed moją partnerką/moim partnerem.
30. W trakcie grania miewam migreny.
31. Gdy nie mogę (nie mam możliwości) grać, nie mogę znaleźć dla siebie miejsca i jestem poirytowana/poirytowany.
32. Po tym, jak skończę grać, mam kłopoty, by zasnąć.
33. Z powodu grania nie wykonuję prac domowych.
34. W trakcie grania bolą mnie plecy.
35. Kiedy gram, raczej nie przerywam gry aż do osiągnięcia celu (np. zdobycia achievementu, levelu, skończenia instance'u, pokonania bossa), nawet jeżeli trwa to dłużej, niż planowałam/planowałem.

## Narzędzie POGQ – SF (wersja skrócona)

1. Jak często zaburzenia myślisz o graniu, kiedy zajmujesz się czymś innym?
2. Jak często zdarza Ci się grać dłużej, niż planowałeś/planowałaś?
3. Jak często jesteś zdenerwowany lub w złym humorze, kiedy nie grasz i ten stan mija, jak tylko zaczniesz grać?
4. Jak często masz wrażenie, że powinieneś/powinnaś ograniczyć czas poświęcany na granie w gry?
5. Jak często osoby z Twojego otoczenia (np. rodzice) narzekają, że za dużo grasz?
6. Jak często zdarza Ci się nie przyjść na spotkanie ze znajomymi, bo akurat grałeś/grałaś w grę online?
7. Jak często wyobrażasz sobie, że grasz?
8. Jak często zdarza Ci się, że tracisz poczucie czasu podczas grania?
9. Jak często irytujesz się lub złościsz, kiedy nie możesz grać tyle czasu, ile byś chciał/chciała?
10. Jak często próbowałeś/próbowałaś, bez powodzenia, ograniczyć czas grania w gry?
11. Jak często powodem kłótni z rodzicami i/lub chłopakiem/dziewczyną jest granie w gry?
12. Jak często zdarza Ci się zapominać o innych aktywnościach, ponieważ wolisz grać?

# Rozdział 4. Portale społecznościowe

Nieodzowną funkcją internetu jest możliwość komunikacji, która wykracza poza przesyłanie listów (e-maili) czy rozmowy (np. za pomocą Skype'a). Dziesięć lat temu sieci społecznościowe zostały opisane jako pozwalające na:

- tworzenie publicznych profili online;
- ustalenie listy osób, z którymi będziemy dzielili informacje;
- przeglądanie profili osób znajdujących się w naszych lub znajomych sieciach społecznych (Boyd i Ellison, 2008).

Taki sposób postrzegania sieci społecznościowych podkreśla ich bardzo ważną rolę, którą można nazwać bierno-społeczną. Sieci społecznościowe, takie jak Facebook, pozwalają obecnie także między innymi na tworzenie otwartych lub zamkniętych grup, które łączą użytkowników o podobnych zainteresowaniach (np. motocykle, klub miłośników kotów), na wyrażanie siebie, swoich emocji czy autoprezentację przez udostępnianie różnorodnych treści, na przykład przez napisanie wiadomości na stronie głównej, tak zwanym wallu, na własnym lub cudzym profilu, albo podzielenie się linkiem do innej strony, na przykład muzycznej, z obrazem, z artykułem. Coraz częściej studenci tworzą grupy na Facebooku, odpowiadające ich grupom dziekańskim lub całemu rocznikowi studiów, aby być na bieżąco z informacjami dotyczącymi studiów (zarówno tymi formalnymi, jak i nieformalnymi). Sieci społecznościowe, takie jak Facebook, Instagram czy Twitter, tworzą mniejsze lub większe społeczności, ale najczęściej o charakterze online.

Badania wykazują, że **coraz bardziej preferujemy komunikację za pośrednictwem internetu niż tradycyjną – twarzą w twarz** (Chou, Condron i Belland, 2005). Intensywne używanie sieci społecznościowych obniża zarówno ilość, jak i jakość interakcji społecznych (Ryan i Xenos, 2011). Dotyczy to głównie młodych dorosłych i nastolatków (Cheung, Chiu i Lee, 2010). Mimo że mogliby oni korzystać z sieci społecznościowych w celach naukowych, to głównymi motywacjami są: **spędzanie wolnego czasu, nuda czy prokrastynacja** (Pempek, Yermolayeva i Calvert, 2009). Każda z tych motywacji w dużej mierze **wynika z braku kompetencji psychospołecznych, na przykład braku umiejętności organizacji**

**czasu wolnego, myślenia kreatywnego czy planowania**. Zatem sposobem na przeciwdziałanie sięganiu przez młodzież do komputera czy smartfona nie jest zorganizowanie jej czasu, ale nauczenie (zawczasu), jak sobie organizować czas we własnym zakresie, jak rozwijać zainteresowania (innymi słowy, dać przysłowiową wędkę, a nie rybę). Badania własne (pilotaż badań jakościowych) pokazują, że **nawet jeśli młodzież deklaruje, że sięga po komputer czy smartfon, ponieważ się nudzi, to pogłębiony wywiad wskazuje, że wynika to z braku wiedzy i umiejętności poradzenia sobie z tym stanem rzeczy**.

Czy od Facebooka można się uzależnić? Według Griffithsa tak. Jeśli używanie Facebooka lub innej sieci społecznościowej będzie opisane za pomocą sześciu następujących kryteriów, to będzie ono podobne do uzależnienia od substancji psychoaktywnych (Griffiths, 2005) (ramka 14).

**Ramka 14. Propozycja kryteriów uzależnienia od Facebooka**

- zaabsorbowanie SNS dominuje myśli i zachowania;
- traktowanie ucieczki w SNS jako sposobu radzenia sobie z emocjami, stresem i problemami;
- zwiększająca się potrzeba korzystania z SNS;
- nieprzyjemne stany emocjonalne (także fizjologiczne) w przypadku braku możliwości połączenia;
- na skutek zaabsorbowania SNS osłabieniu ulegają relacje z innymi osobami (np. z rodziną), obniżeniu ulegają oceny;
- nawrót.

Nieco inną kwestią jest samo nazewnictwo: w literaturze polskiej można znaleźć opis uzależnienia od Facebooka/SNS, zaburzenia korzystania z Facebooka/SNS, problemowego korzystania z Facebooka/SNS. Wszystkie te nazwy odnoszą się do włączenia tego zaburzenia do kanonu uzależnień behawioralnych (choć nieformalnie) i wszystkie są oparte o te same kryteria (zaczerpnięte z opisu zaburzenia grania w gry hazardowe lub grania w gry komputerowe). W tej publikacji będzie stosowany termin „zaburzenie korzystania z SNS", co jest zgodne z sugestią zawartą w DSM-5. Należy jednak pamiętać, że w celu podkreślenia wagi samego zaburzenia czasem opisuje je jako „uzależnienie".

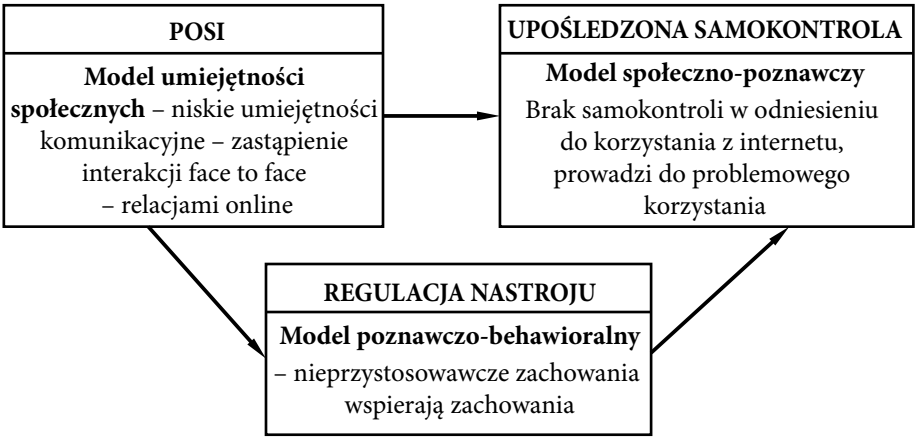
Zgodnie z modelem biopsychospołecznym uzależnień obraz osoby uzależnionej od substancji psychoaktywnej jest bardzo podobny do osoby uzależnionej od sieci społecznościowych, takich jak Facebook (Griffiths, 2005b; Shaffer, Hall i Vander Bilt, 2000). Ma to bardzo istotne implikacje dla pracy klinicznej.

Z jednej strony warto podkreślić, że bardzo dużo osób nie może sobie pozwolić na rezygnację z korzystania z internetu, a nawet Facebooka (np. ze względu na pracę czy naukę), zatem bardzo trudno jest wprowadzać jako cel terapii pełną abstynencję. Z drugiej strony w terapii osób uzależnionych od SNS należy wykorzystywać techniki poznawczo-behawioralne w celu ograniczenia użycia, ekspozycji i prewencji nawrotów identyfikacji bodźców wyzwalających kompulsywne użycie (np. negatywne emocje czy stresory) czy treningi kompetencji psychospołecznych. Z trzeciej – sam fakt, że część osób traci kontrolę nad zgeneralizowanym używaniem internetu, a inne – nad specyficznym w postaci portali społecznościowych. Jeśli nie jest to jedynie związane z wczesną ekspozycją i zniekształceniami poznawczymi tylko cechami indywidualnymi jednostki, to jest to zagadnienie warte dalszych szczegółowych analiz i budowania specyficznych oddziaływań profilaktycznych.

Aby wyjaśnić powstawanie uzależnienia SNS, Turel i Serenko (2012) podsumowali trzy nadrzędne teoretyczne perspektywy:

- **model poznawczo-behawioralny** – zgodnie z którym za nieprawidłowe używanie/uzależnienie odpowiadają nieadaptacyjne przekonania wzmacniane przez czynniki środowiskowe;
- **model umiejętności społecznych** – zgodnie z którym brak umiejętności społecznych leży u podłoża angażowania się w SNS (taka osoba woli wirtualną komunikację niż interakcję twarzą w twarz);
- **model społeczno-poznawczy** – zgodnie z którym oczekiwanie pozytywnych wzmocnień wraz z niedostateczną samoregulacją prowadzi po kompulsywnego używania.

Ponadto badacze przeanalizowali, czy model deficytów psychospołecznych Caplana można zaaplikować także do problemowego korzystania z sieci społecznościowych (poza zgeneralizowanym problemowym używaniem internetu) i uzyskali wyniki potwierdzające możliwość takiej aplikacji (Assunção i Matos, 2017) (patrz rycina 3).




**Rycina 3. Modele deficytów psychospołecznych zaburzenia korzystania z sieci społecznościowych**

Na podstawie tych trzech modeli Xu i Tan (2012) sugerują, że przejście od regularnego po **problemowe** korzystanie z sieci społecznościowych następuje wtedy, gdy sieci społecznościowe są używane do regulacji nastroju – do łagodzenia stresu, samotności lub symptomów depresji. Jednakże powstałe problemy mogą nasilać niepożądane emocje, co prowadzi do błędnego koła. Szybki rozwój SNS – szczególnie w odniesieniu do coraz większej ilości czasu spędzanego przez użytkowników w internecie – spowodował, że zdaniem niektórych tak nadmierne korzystanie z SNS może być uzależniające dla pewnych osób, głównie dla tych z deficytami psychospołecznymi (Kuss i Griffiths, 2011). Ale jest też inna grupa specyficzna dla tej formy zachowania (używanie Facebooka i innych portali społecznościowych) – narcystyczna (por. Carpenter, 2012; La Barbera, La Paglia i Valsavoia, 2009).

Uzależnienie od sieci społecznościowej należy przypuszczalnie do cyberrelacji w kategorii uzależnień typologii Young (por. ramka 7), biorąc pod uwagę, że głównym celem i podstawową motywacją do korzystania z SNS jest nawiązywanie i utrzymywanie relacji (zarówno online, jak i offline). Warto jednak zauważyć, że korzystanie z Facebooka nie ogranicza się jedynie do relacji – można na nim także grać w gry, na przykład w *Farmville* (Griffiths, 2012). Jeśli granie w grę na Facebooku dominuje inne zachowania, to według Griffithsa (2010a) powinno być ono zaklasyfikowane raczej jako uzależnienie od grania, a nie od Facebooka. Biorąc pod uwagę mnogość czynności, jakie można wykonywać w sieci, dalsze

prace nad konceptualizacją poszczególnych zaburzeń i konstruowaniem narzędzi będą musiały uwzględniać te rozróżnienia.

### 4.1. Używanie i nadużywanie SNS

Badania poświęcone tematyce zaburzenia korzystania z sieci społecznościowych są raczej nieliczne. Tematyka w nich poruszana skupia się na dwóch obszarach:

- korelaty używania i nadużywania SNS;
- wybrane narzędzia;
- analiza używania SNS (kto, ile, jak).

#### 4.1.1. Korelaty używania i nadużywania SNS

Jedna z ważniejszych kwestii to ustalenie, kiedy używanie SNS jest już za częste. W związku ze zmianą technologii nie trzeba się logować za każdym razem na swoje konto, aby mieć do niego dostęp. Nowe wersje oprogramowań do smartfonów pozwalają na bycie zalogowanym cały czas, dzięki czemu można być informowanym na bieżąco o powiadomieniach.

Badania prowadzone na podstawie – jednej z najszerzej opracowanych – teorii podejmowania decyzji (teorie planowanego działania) pokazały, że używanie cztery razy dziennie można uznać za ryzykownie częste (Pelling i White, 2009). Ponadto przeszłe zachowanie (historia używania SNS) identyfikacja z SNS („jestem użytkownikiem SNS") i potrzeba poczucia przynależności są czynnikami ryzyka problemowego używania, a w konsekwencji rozwinięcia zaburzenia. Ponieważ potrzeba poczucia przynależności jest bardzo silna w młodszym wieku, nie powinno dziwić, że problemowe używania SNS dotyczy głównie osób młodych.

W badaniu chińskich studentów okazało się, że co trzeci student był uzależniony od SNS. Samotność (oceniana subiektywnie), aktywności społeczne w sieci i nawiązywanie relacji w sieci sprzyjają zaburzeniu korzystania z SNS (Wan, 2009).

Zgodnie z modelem uzależnienia od internetu Davisa (model poznawczo-behawioralny opisany w rozdziale 2) osoby intensywnie korzystające z SNS częściej uciekały od codzienności w świat wirtualny i używały internetu impulsywnie (Floros i Siomos, 2013).

Koc i Gulyagci (2013) wskazują cztery ważne predyktory uzależnienia od Facebooka, tj. cotygodniowe zaangażowanie czasowe, motywy społeczne, lęk i bezsenność oraz ciężka depresja. Wszystkie pozytywnie korelowały z zachowaniami charakterystycznymi dla uzależnienia. Wyniki wskazują na zasadność założeń modelu poznawczo-behawioralnego, który zakłada konieczność istnienia wcześniejszej psychopatologii jako źródła uzależnienia online.

Duża część badań skupiła się na analizie związku pomiędzy osobowością a nadużywaniem SNS i zaburzeniem. W ramach wąskiego rozumienia osobowości (pięcioczynnikowego modelu osobowości autorstwa Paula Costy i Roberta McCrae) badacze zauważyli, że wbrew oczekiwaniom neurotyczność nie zawsze okazuje się pozytywnie związana z nadużywaniem SNS (tj. nie zawsze jest tak, że im bardziej neurotyczna osoba, tym więcej korzysta z SNS). Z badań wynika, że zarówno neurotyczność, jak i ekstrawersja korelują dodatnio (choć słabo) z używaniem Facebooka w celach społecznych. Osoby ekstrawertywne traktują Facebooka i inne SNS jako dodatkową przestrzeń do interakcji, podczas gdy osoby neurotyczne – jako jedyną. Używanie Facebooka w celach edukacyjnych jest natomiast związane z ekstrawersją, sumiennością i otwartością na doświadczenie (Eskisu, Hosoglu i Rasmussen, 2017). Kuss i Griffiths (2011) stwierdzili, że osoby ekstrawertywne korzystają z sieci społecznościowych w celu nawiązywania i zacieśniania kontaktów, podczas gdy introwertycy wykorzystują je, aby zrekompensować trudności związane z ludźmi. Zarówno ekstrawertycy, jak i introwertycy należą do grup potencjalnie zagrożonych uzależnieniem, szczególnie ekstrawertycy o niskich wynikach w sumienności i introwertycy z wysokimi wynikami na skalach neurotyzmu i narcyzmu. Giota i Kleftaras (2013) także zauważyli, że problemowe korzystanie z sieci społecznościowych jest związane z neurotycznością i ugodowością, jak również z symptomami depresji, szczególnie u kobiet.

Używanie Facebooka w celach nawiązywania znajomości (np. zapraszania innych do grona naszych znajomych) może być związane z narcyzmem (Eskisu i in., 2017). Warto jednak podkreślić, że nieco bardziej szczegółowe badania wykazały, że narcyzm wielkościowy jest związany z problemowym używaniem Facebooka, ale tylko pośrednio, tj. poprzez realizację potrzeby bycia podziwianym i potrzeby przynależności do grupy. Natomiast narcyzm wrażliwy nie okazał się ani pośrednio, ani bezpośrednio związany z analizowany zaburzeniem (Casale i Fioravanti, 2018).

Wyniki wielu badań nie są jednoznaczne co do związku samooceny z problemowym używaniem Facebooka. Może to być spowodowane tym, że część osób badanych deklaruje pozytywny wpływ, podczas gdy inni – negatywny. Należy się przyjrzeć mechanizmowi leżącemu u podłoża związku pomiędzy samooceną

a używaniem Facebooka. Obniżona samoocena wraz z niską ekstrawersją mogą prowadzić do częstego używania Facebooka, gdyż jest on jedynym źródłem podwyższenia samooceny (Mehdizadeh, 2010). Z jednej strony spędzanie czasu na oglądaniu profili innych i czytaniu wiadomości może prowadzić wtórnie do obniżenia samooceny (np. przez zdanie sobie sprawy z utraty czasu na wykonywanie czynności, które nie przynoszą żadnych efektów). Z drugiej strony aktywny udział w dyskusjach, kreowanie swojego wizerunku mogą przyczynić się do podwyższenia samooceny (Gonzales i Hancock, 2011). Oznacza to, że dla rozwinięcia uzależnienia mają znaczenie zarówno czynniki intrapsychiczne (np. szeroko rozumiana osobowość), jak i rodzaj czynności wykonywanych online (aktywności pasywne w większym stopniu narażają na obniżenie samooceny).

W przeprowadzonej w 2018 roku metaanalizie badacze zauważyli, że samoocena, neurotyczność i ugodowość są stabilnie negatywnie związane z zaburzeniem, co oznacza, że niska neurotyczność, niska ugodowość, ale i niska samoocena przewidują zaburzenie używania Facebooka (Marino, Gini, Vieno i Spada, 2018).

Kolejnym dość często podejmowanym zagadnieniem w kontekście problemowego używania/zaburzenia używania Facebooka są **motywy korzystania**. W ramach motywów analizowano między innymi: podtrzymywanie relacji, spędzanie wolnego czasu, rozrywka, poszukiwanie towarzystwa czy komunikacja. Przegląd badań pokazał, że **spędzanie wolnego czasu** okazało się najsilniej korelować z zaburzeniem (Ryan, Chester, Reece i Xenon, 2014). Ten związek można tłumaczyć w następujący sposób: osoby, które spędzają wolny czas intensywnie używając Facebooka, być może charakteryzują się deficytami w obszarze umiejętności organizowania sobie czasu lub mają tendencję do nudy, brakuje im umiejętności kreatywnego myślenia, niewykluczone, że w parze idą także niskie kompetencje społeczne. Ponadto trzy inne motywy okazały się relatywnie często analizowane w badaniach: **rozrywka, towarzystwo i ucieczka** (por. Ryan, Chester, Reece i Xenon, 2014). Badacze podkreślają, że korzystanie z SNS dla rozrywki najczęściej jest biernym korzystaniem (przeglądaniem stron), dla towarzystwa – jest sposobem radzenia sobie z samotnością, a dla ucieczki – sposobem na regulację nastroju.

Motywy do korzystania z SNS są jednak różne w zależności od tego, kto i na jakiej próbie prowadzi badania, na przykład w badaniach studentów były to: rozrywka, podtrzymanie relacji, kompensacja braku umiejętności społecznych, przynależność do grupy, poznawanie nowych osób, obniżenie poczucia samotności czy nawiązywanie kontaktów osobistych (Teppers, Luyckx, Klimstra i Goossens, 2014). W badaniu osób nieco starszych (średnia wieku 32 lata) i w więk-

szości kobiet, były to następujące motywy korzystania z SNS: uczestniczenie w społeczności wirtualnej, towarzystwo, ekshibicjonizm, podtrzymanie relacji i spędzanie wolnego czasu (Hollenbaugh i Ferris, 2014).

### 4.1.2. Wybrane narzędzia

W związku z tym, że zaburzenie korzystania z SNS/Facebooka nie jest nawet jednoznacznie zdefiniowane, badacze mają różne podejścia do pomiaru tego potencjalnego zaburzenia. Dominują dwa podejścia – pierwsze, polegające na tworzeniu własnych, drugie – polegające na adaptacji narzędzi do pomiaru innych zaburzeń związanych z internetem. Zarówno pierwsze, jak i drugie podejście wprowadza jednak chaos do badań i powoduje, że ich wyniki są w niewielkim stopniu porównywalne.

Jednym z częściej stosowanych narzędzi do pomiaru uzależnienia od SNS/zaburzenia korzystania z SNS jest skala Bergen (ang. *Bergen Facebook Addiction Scale*, BFAS) (Andreassen i in., 2012), opracowana na podstawie kryteriów uzależnienia Griffithsa (2005). Krytyka skali dotyczy sposobu, w jaki powstała – zaproponowano po jednym itemie do każdego kryterium bez szerokiej analizy empirycznej.

Kolejnym dość często wykorzystywanym narzędziem jest Skala Uzależnienia od Facebooka (ang. *Facebook Addiction Scale*, FAS; adaptacja narzędzia do pomiaru uzależnienia od internetu Kimberly Young). Wyniki badań pokazały, że osoby problemowo korzystające z Facebooka można scharakteryzować w następujący sposób (Cam i Epbulan, 2012):

- używają Facebooka w celach hedonistycznych;
- odczuwają negatywne efekty używania Facebooka, na przykład obniżone oceny w szkole lub efekty w pracy;
- sprawdzają Facebooka, zanim zabiorą się do innych czynności;
- zaczynają ukrywać rozmiary korzystania z Facebooka;
- wybierają korzystanie z Facebooka w miejsce spotkań ze znajomymi;
- źle się czują, gdy nie mogą korzystać z Facebooka (np. są zdenerwowane).

Innym narzędziem, opracowanym przez polski zespół, jest skala oceny nadmiernego korzystania z sieci społecznościowych, w skrócie SONKSS (Izdebski, Michalak, Andryszak i Kotyśko, 2014). Skala została opracowana zgodnie z rygorem metodologicznym, ale brakuje badań z jej wykorzystaniem.

Kolejnym narzędziem zasługującym na uwagę jest modyfikacja skali GPIUS2 do Facebooka (Lee, Cheung i Thadani, 2012; za: Ryan i in., 2014). Skala ta skupia się na deficycie samokontroli, podobnie jak model zaproponowany przez Caplana (na podstawie którego opracowano skalę GPIUS2).

### 4.1.3. Analiza używania

Carli i współpracownicy (2013) badali ogólne wzorce internetu wykorzystanie wśród 474 młodych irlandzkich nastolatków (w wieku 11–16 lat), a także próbowali zidentyfikować potencjalne zagrożenia online, w tym nadużycia i uzależnienia. Około trzy czwarte osób badanych (72%) często używało sieci społecznościowych, większość z nich zaś było użytkownikami Facebooka (95%). Co trzeci badany (33%) uważał, że zbyt często angażuje się w tworzenie sieci społecznych.

Cabral (2011) przebadał 313 użytkowników mediów społecznościowych (większość w wieku 16–30 lat). Ponad 98% osób badanych korzystało z Facebooka, a 34% z Twittera. Dwie trzecie z nich (64%) spędzało dziennie od 30 do 90 minut w mediach społecznościowych (w tym 10% ponad dwie godziny dziennie). Spośród uczestników badania 59% twierdziło, że są uzależnieni od mediów społecznościowych, 39% spędzało więcej czasu na korzystaniu z mediów społecznościowych niż zamierzało (tj. tolerancji); 23% twierdziło, że czasami czuli się zestresowani, rozłączeni lub paranoiczni, gdy nie mogli uzyskać dostępu do portalu społecznościowego (np. wycofanie); a 17% często próbowało ograniczyć czas korzystania z mediów społecznościowych, niestety bez powodzenia (tj. nawrót).

Olowu i Seri (2012) przeprowadzili badanie zachowania w sieciach społecznościowych wśród 884 studentów z Nigerii (w wieku 16–30 lat). Spośród osób badanych 304 (34%) twierdziły, że bardzo często korzystają z sieci społecznościowych. Większość z nich (64%) zdecydowanie zgodziła się, że nie mogą przestać korzystać z serwisów społecznościowych, a 25% powiedziało, że „bardzo często" nadmiernie spędzają czas w SNS. Jedynie 21% osób badanych stwierdziło, że bardzo często jest wzburzona, jeśli nie może korzystać z sieci społecznościowych, 27% zdecydowanie zgodziło się, że są uzależnieni od korzystania z nich.

Wszystkie badania prowadzone w tym zakresie mają poważne słabości metodologiczne, w szczególności, gdy pochodzą z danych samoopisowych, były prowadzone na małych próbach i próbkach wygody. Ponadto w żadnym z tych

badań nie oceniano sieci społecznościowych uzależnienia, ponieważ w rzeczywistości nie stosowano skali oceny. Do tego w niektórych z badań (np. Oluwu i Seri, 2012) nawet nie przeprowadzono podstawowego testowania istotności statystycznej.

## Podsumowanie

Mimo że zaburzenie używania SNS nie zostało nawet rozważane do włączenia do którejkolwiek klasyfikacji, to nauczyciele, profilaktycy i po części terapeuci zauważają wzrost zaangażowania dzieci i młodzieży w interakcje z tym medium. Niewątpliwie stanowi ono naturalny element, w którym młody człowiek funkcjonuje, ale może być zagrażające w obecności deficytów psychospołecznych. Na chwilę obecną brakuje spójnej koncepcje teoretycznej tego potencjalnego zaburzenia, choć model deficytów psychospołecznych (preferencja relacji online nad offline, regulacja nastroju i obniżona samokontrola) wydaje się łączyć dotychczasowe podejścia. Dostępne narzędzia mierzą to zaburzenie na nieco różne sposoby, co bardzo utrudnia badania porównawcze.

# Rozdział 5. Inne zaburzenia związane z korzystaniem z internetu

W połowie lat 90. XX wieku Kimberly Young zaproponowała pierwszą klasyfikację uzależnień związanych z internetem, na które składały się wcześniej przywoływane: granie w gry hazardowe online, robienie zakupów online, cyberseks (w tym oglądanie pornografii online), socjomania internetowa (odpowiednik sieci społecznościowych), przeciążenie informacyjne (zgeneralizowane używanie internetu w sposób problemowy), zaburzenie związane z komputerem, które obecnie odnosi się do grania w gry (Young, 1998).

Po dwudziestu latach badań ta klasyfikacja jest nadal aktualna. Jedyną zmianą, na którą należy zwrócić uwagę, jest to, że zarówno u podłoża grania w gry hazardowe online, jak i angażowania się w cyberseks leżą takie same mechanizmy, jak w innych uzależnieniach, a internet stanowi dodatkowe narzędzie.

**E-hazard czy hazard online** obejmuje każdą formę grania w gry hazardowe za pośrednictwem komputera, telefonu (np. ruletka czy poker w sieci) czy telewizji (tele-hazard). Hazard online jest wysoce zautomatyzowany i oferuje w związku z tym możliwość grania wszędzie (gdzie jest dostępny internet) i o każdej porze; oferuje natychmiastową informację zwrotną wraz ze statystykami wygranych. Takie statystyki pogłębiają zniekształcenia poznawcze i prowadzą do nierealistycznych oczekiwań. Jednym z takich zniekształceń jest nieprawidłowa interpretacja prawdopodobieństwa – jeśli w grze w ruletkę na 10 ostatnich rozgrywek siedem razy wygrywały czerwone liczby, a tylko trzy razy czarne, to spodziewamy się, że następnym razem jest większa szansa, że wygrają czarne liczby. Nie jest to jednak prawdą, gdyż podczas ograniczania liczby rozgrywek z nieskończonej do 10, niemal każde rozłożenie prawdopodobieństwa jest równie wiarygodne (a nie tylko 50 : 50, czyli połowa czarne, a druga połowa – czerwone). W grach online można w większym stopniu manipulować ilością i dostępnością takich informacji. W związku z tym badacze podkreślają, że dostęp do grania w gry hazardowe online może przyczynić się do grania problemowego (Monaghan, 2009).

Rynek gier hazardowych online rozwija się w bardzo szybkim tempie – szacu-

je się, że do 2018 roku osiągnie wzrost na poziomie 10% rocznie, a co dziesiąta gra hazardowa odbywać się będzie właśnie online (Global Betting and Gaming Consultants, 2011). W związku z tym wiele krajów zmaga się z problemem, czy zalegalizować hazard online? Z jednej strony rośnie obawa przed spopularyzowaniem tej formy grania, z drugiej – w przypadku legalizacji – istnieje możliwość regulacji, wprowadzania mechanizmów redukcji szkód czy opodatkowania (np. w Austrii). Jest to o tyle ważne, że bez względu na legalizację czy jej brak korzystanie z hazardu online staje się coraz popularniejsze, zwłaszcza wśród młodych użytkowników (Gainsbury, Parke i Suhonen, 2013). Granie w gry w formacie online oznacza także korzystanie z elektronicznych pieniędzy (np. kart kredytowych czy tak zwanych e-portfeli), co sprzyja ich nadmiernemu i niekontrolowanemu wydawaniu. Dzieje się tak między innymi dlatego, że gracz ma poczucie, że nie wydaje prawdziwych pieniędzy – niemal co trzeci gracz online przyznaje, że łatwej wydaje się wirtualne pieniądze (Griffiths i Parke, 2002), a co szósty uważa, że przez to granie w gry hazardowe online może być bardziej uzależniające (McCormack i Griffiths, 2012). Łatwość wydawania pieniędzy wirtualnych czy plastikowych nie jest jedynie domeną graczy hazardowych – odnosi się to także do robienia zakupów, zwłaszcza kompulsywnych (Ogińska-Bulik, 2010).

Granie w gry hazardowe online w sposób problemowy prowadzi także do odczuwania bardziej intensywnych kłopotów wynikających z zaburzeń snu czy nieregularnego odżywiania się. Osoby grające w sposób problemowy za pośrednictwem internetu w mniejszym stopniu poszukują pomocy niż gracze tradycyjni (Siemens i Kopp, 2011). Wyniki te mogą jednak oznaczać, że osoby grające online problemowo doświadczają też innych trudności w życiu codziennym i angażowanie się w hazard jest ich następstwem – w badaniach Griffithsa aż 50% graczy online przyznało, że ich problemy zaczęły się, zanim zaczęli grać (Griffiths i Parke, 2002).

Kolejną ważną kwestią jest to, czy granie w gry hazardowe online stanowi jedyną formę kontaktu z hazardem, czy jest rozszerzeniem tej tradycyjnej. Na podstawie wyników badań można stwierdzić, że osoby grające jedynie online są w mniejszym stopniu narażone na problemowe granie niż osoby grające w sposób tradycyjny albo zarówno online, jak i offline (McBride i Derevensky, 2009). Ponadto nawet połowa graczy online winiła za swoje granie problemowe nie internet a granie stacjonarne (Griffiths i Parke, 2002), co jest spójne z ogólną preferencją do grania stacjonarnego wśród graczy problemowych (także online) (Adams, Sullivan, Horton, Menna i Guilmette, 2007).

Wyniki wielu badań wskazują, że za problemowe granie odpowiada przede wszystkim wysoki stopień zaangażowania w granie (na wymiarach behawio-

ralnym i poznawczym) oraz że osoby wysoce zaangażowane poszerzają sposoby grania (o granie online). Zatem związek pomiędzy problemowym graniem a graniem online jest w ogromnym stopniu wyjaśniany przez zaangażowanie/zaabsorbowanie grą (Dowling, Lorains i Jackson, 2015).

### 5.1. E-hazard – czynniki ryzyka

Gracze internetowi nie różnią się zasadniczo pod względem demograficznym od graczy tradycyjnych – są to w większości młodzi mężczyźni pochodzący z różnorodnych kulturowo środowisk (np. Griffiths i Parke, 2002). Wyniki badań dotyczące poziomu wykształcenia i dochodów (dwóch z trzech głównych składowych statusu socjoekonomicznego) graczy online i stacjonarnych nie są spójne. Część badań pokazuje, że gracze problemowi online mają niższy status socjoekonomiczny niż gracze offline, inne analizy nie wykazują takiego związku (Griffiths i Parke, 2002), a jeszcze inne pokazują, że gracze online mają wyższy status socjoekonomiczny (Griffiths, Wardle, Orford, Sproston i Erens, 2011). Może to być tłumaczone nieco młodszym wiekiem graczy online, ale także trudniejszą dostępnością do reprezentatywnej próby, skoro zaledwie co dziesiąty gracz hazardowy uprawia e-hazard.

Uprawianiu hazardu online towarzyszą (w większym stopniu niż w przypadku grania w gry hazardowe offline) fizyczne i psychiczne zaburzenia współwystępujące: palenie papierosów, spożywanie alkoholu, nadużywanie i uzależnienie od substancji psychoaktywnych czy zaburzenia nastroju (Griffiths i in., 2011).

Ponadto badacze zauważyli, że problemowe granie online jest w większym stopniu przewidywane przez zniekształcenia poznawcze niż granie offline, co sugeruje, że obraz kliniczny jednego i drugiego zaburzenia jest podobny. Ponadto internet daje więcej okazji do takich zniekształceń i irracjonalnego myślenia (Petry, 2006).

Jednocześnie badania prowadzone w Szwecji czy Australii nie potwierdzają tezy o większej psychopatogenezie grania problemowego online (Hing, Russell, Gainsbury i Blaszczynski, 2015). Tak rozbieżne wyniki badań sugerują, że mamy do czynienia z następującymi grupami grającymi online:

- pierwszą, która nie kontroluje swojego grania i ze względu na bardzo silne zaabsorbowanie sięga po inne używki i zachowania modyfikujące jej nastrój;
- drugą, która gra jedynie online i jest w związku z tym w innej fazie samego grania (bez towarzyszących problemów).

Poza charakterystykami na poziomie intrapsychicznym pewne charakterystyki grania zostały także uznane za czynniki ryzyka problemowego grania online: granie na nielegalnych stronach, zakładanie wielu kont czy angażowanie się w różne aktywności hazardowe w sieci (Gainsbury, Russell, Blaszczynski i Hing, 2015). Ponadto badacze zidentyfikowali następujące czynniki: duża różnorodność w obstawianiu, wiele zakładów w ciągu dnia, wiele dni w miesiącu poświęconych na zakłady, zakłady za wysokie stawki, chęć odegrania się (ang. *chasing loses*) czy zaangażowanie się w zakłady sportowe, tak zwane *live betting*, czyli pozwalające na wielokrotne zakłady podczas rozgrywki sportowej z bardzo szybką informacją zwrotną (są to zakłady nie o to, czy dany zespół wygra rozgrywkę, a o to czy wydarzy się pojedyncza czynność w bardzo krótkim czasie) (Braverman, LaPlante, Nelson i Shaffer, 2013).

Ten obszar wymaga dalszych badań, zwłaszcza że zaledwie co dziesiąty gracz podejmuje tę aktywność w internecie. Zatem grupa ta może być nieadekwatnie reprezentowana zarówno w badaniach, jak i w terapii.

## 5.2. Czy smartfony uzależniają?

Z punktu widzenia nauk empirycznych nowe teorie powinny być tworzone zgodnie z rygorem naukowym, co oznacza między innymi, że nie należy tworzyć bytów ponad stan (brzytwa Okhama). Jeśli istnieje już prostsze wyjaśnienie danego zjawiska, to nie należy tworzyć nowej kategorii. Odnosząc tę zasadę do koncepcji zaburzenia korzystania z telefonów komórkowych (to znaczy smartfonów), można uznać, że takie zaburzenie ma rację bytu tylko wtedy, gdy opisujące je zachowania wykraczają poza inne zaburzenia (takie jak granie w gry komputerowe, używanie Facebooka czy niespecyficzne korzystanie z internetu). Badacze zajmujący się tą tematyką podkreślają, że telefony wyprodukowane zgodnie z najnowszymi rozwiązaniami technologicznymi, głównie za sprawą połączenia z internetem, mogą przyczyniać się do powstania uzależnienia. Ale warto za każdym razem zadać pytanie – czy mowa o internecie, o forach internetowych, o grach na telefonie, o aplikacjach czy o innych czynnościach, które można wykonywać tylko w telefonie lub za jego pośrednictwem (np. rozmawianie, wysyłanie SMS-ów). Bardzo często za potencjalnie uzależniające uważa się właśnie połączenie z internetem.

Nie ulega jednak wątpliwości, że taka forma komunikacji, pozostawiona bez kontroli, w specyficznych warunkach może doprowadzić do nowych form patologii zachowania, takich jak **nomofobia** czy **FOMO** (ang. *fear of missing out*). Pierwsze oznacza strach przed pozostaniem bez telefonu, a drugie – przed nieby-

ciem na bieżąco. Oczywiście oba zachowania mogą być ze sobą ściśle powiązane, ale FOMO może w większym stopniu odnosić się do wiadomości i nowinek, na przykład na Facebooku czy innych portalach społecznościowych niż do korzystania z podstawowej funkcji telefonu (tj. rozmów telefonicznych i SMS-ów). Oznacza to, że FOMO jest bardziej domeną fenomenu sieci społecznościowych (oraz gier komputerowych, o czym wspomniano w rozdziale 3) niż smartfonów. Innymi formami zaburzenia zachowania mogą być **textaphrenia** i **ringxiety**, czyli nieprawdziwe wrażenie, że otrzymało się wiadomość lub że ktoś dzwoni, co skłania do natychmiastowego sprawdzenia telefonu.

Badacze zaadaptowali kryteria diagnostyczne patologicznego hazardu do korzystania ze smartfonów, wskazując na następujące cechy świadczące o zaburzeniu:

- problemowe świadome używanie telefonu w sytuacjach niebezpiecznych (Billieux, Van Der Linden i Rochat, 2008);
- kontynuowanie używania telefonu mimo świadomości negatywnych konsekwencji w obszarze fizycznym (np. zaburzenia snu) (Sansone i Sansone, 2013), społecznym (rodziny, przyjaciół, pracy i zainteresowań) (Backer-Grondahl i Sagberg, 2011);
- nadużywanie, objawy abstynencyjne, wzrost tolerancji, upośledzona kontrola, pożądanie (Jones, 2014);
- odczuwanie lęku i poczucia osamotnienia w przypadku braku wiadomości, a także stresu w związku z potrzebą natychmiastowej odpowiedzi na otrzymaną wiadomość (Sansone i Sansone, 2013).

Bardzo podobne kryteria wyróżniliBianchi i Phillips (2005), wskazując na:

- potrzebę korzystania z telefonu komórkowego przez coraz dłuży czas, aby osiągnąć podobny stopień satysfakcji z jego użytkowania;
- nieudane starania o kontrolę nad korzystaniem z telefonu (częste przekraczanie planowanego wcześniej czasu przeznaczanego na użytkowanie telefonu);
- poczucie zagubienia, przygnębienia, niepokoju, poirytowania, pogorszenia nastroju w sytuacji próby ograniczania korzystania z telefonu;
- nieudane próby ograniczania bądź zaprzestania użytkowania telefonu;
- ukrywanie przed rodziną i przyjaciółmi skali zaangażowania w wykorzystywanie telefonu;
- używanie telefonu komórkowego jako sposobu na ucieczkę od problemów lub w celu poprawy złego nastroju.

Polskie badaczki proponują, aby do diagnozy uzależnienia od telefonu komórkowego użyć symptomów diagnostycznych uzależnienia od internetu (Potembska i Pawłowska, 2010, 2011). Autorki definiują uzależnienie od telefonu komórkowego jako nieprawidłowy, dysfunkcjonalny sposób korzystania z tego urządzenia, który cechuje się występowaniem w okresie ostatnich 12 miesięcy co najmniej pięciu spośród wymienionych objawów:

1. Występowanie silnego pragnienia korzystania z telefonu komórkowego, prowadzenia rozmów telefonicznych lub wysyłania wiadomości tekstowych przejawiającego się silnym myśleniem o wymienionych czynnościach.
2. Potrzeba coraz to częstszego wykonywania rozmów telefonicznych i wydłużania ich czasu, zwiększania liczby i częstotliwości wysyłanych SMS-ów.
3. Powtarzające się nieskuteczne próby ograniczania czy zaprzestania używania telefonu komórkowego do dzwonienia czy wysyłania SMS-ów.
4. Objawy abstynenckie, takie jak: lęk, niepokój, depresja związana z próbami zaprzestania lub redukowania liczby i czasu rozmów wykonywanych przez telefon.
5. Wykonywanie coraz dłuższych rozmów i wysyłanie znacznie większej liczby SMS-ów niż pierwotnie zakładano.
6. Występowanie problemów finansowych, zawodowych, społecznych i rodzinnych wywołanych korzystaniem z telefonu komórkowego.
7. Pojawienie się kłamstw wobec członków rodziny i znajomych dotyczących czasu poświęcanego na aktywności przy użyciu telefonu komórkowego (rozmowy, SMS-y) oraz kosztów z nimi związanych.
8. Wykorzystywanie telefonu komórkowego jako mechanizmu ucieczki przed prawdziwymi problemami lub w celu poprawy złego samopoczucia związanego z osamotnieniem, niepokojem, depresją czy poczuciem winy (Pawłowska i Potembska, 2011; Krzyżak-Szymańska, 2016).

Natomiast Lin, Chiang i Jiang (2015) w diagnozie omawianego problemu proponują uwzględniać następujące obszary:

1. Nieprawidłowy wzorzec korzystania ze smartfona prowadzący do istotnych upośledzeń w wymiarze klinicznym czy dystresu występujących w ciągu trzech miesięcy (wystąpienie co najmniej trzech z wymienionych czynników):
   - zaabsorbowanie używaniem smartfona przez cały dzień czy nawracające niepowodzenia ograniczania korzystania ze smartfona;
   - wzrost częstości korzystania z urządzenia celem uzyskania dotychczasowej satysfakcji;

- pojawienie się zaburzeń nastroju, lęków lub irytacji w sytuacji niekorzystania z telefonu;
- używanie urządzenia dłużej niż pierwotnie planowano;
- nieudane próby lub prześladujące pragnienie zaprzestania lub ograniczenia korzystania z telefonu;
- wzrost czasu poświęcanego na używanie telefonu i/lub nadmiernego z niego korzystania;
- kontynuacja nadmiernego używania smartfona mimo poważnych problemów somatycznych i psychologicznych z tym związanych.

2. Upośledzenie funkcjonowania, tj. nadmierne korzystanie z urządzenia związane z poważnymi, nawracającymi problemami somatycznymi lub psychologicznymi, korzystanie ze smartfona w sytuacjach fizycznie niebezpiecznych, na przykład podczas przechodzenia przez jezdnię czy prowadzenia samochodu, zagrożenie lub utrata istotnych relacji społecznych, pracy, przerwanie nauki z powodu używania smartfona (z zaproponowanej listy powinien wystąpić przynajmniej jeden, aby postawić rozpoznanie).
3. Kryteria wykluczające, które polegają na rozpoznaniu innego zaburzenia jako pierwotnego w stosunku do używania telefonu (np. zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych).

Można także wyróżnić pewne typy problemowego używania telefonu komórkowego w zależności od tego, co dana osoba robi:

a. **Nadmierne używanie sms / uzależnienie od wiadomości typu sms**. Polega często nie tylko na tym, aby wysyłać i otrzymywać sms, ale także aby wysyłać je do siebie samych.
b. **Potrzeba posiadania nowych modeli telefonów**. Polega na wymienianiu (kupowaniu) coraz to nowszych modeli, z większą liczbą funkcji itp. Ta charakterystyka jest jednak dość podobna do zaburzenia związanego z kompulsywnym kupowaniem i jego odmiany związanej z gadżetami. W przypadku młodych osób posiadania najnowszego modelu telefonu (lub innego sprzętu) może sprawić, że osoba będzie miała wyższy status w grupie.
c. **Granie w gry na telefonach** (omówione w rozdziale o grach komputerowych).
d. **„Syndrom włączonego telefonu**", który można przyrównać do symptomów odstawiennych – strach przed nieposiadaniem dostępu do telefonu (np. na skutek rozładowanej baterii) prowadzi do noszenia przy sobie zapasowej baterii czy ładowarki. Brak możliwości korzystania prowadzi do negatywnych emocji – irytacji, złości itp.

e. **Potrzeba dokumentowania**, polegająca na ciągłym robieniu zdjęć czy filmów z wydarzeń z otaczającego świata (np. dokumentowanie swoich doświadczeń, ale i wszelkich innych) i umieszczanie ich w sieci (głównie na portalach społecznościowych takich jak Facebook).

Przytoczony podział można poddać uzasadnionej krytyce. Po pierwsze, osoby, które problemowo korzystają z telefonu, niezależnie od tego do jakich celów go używają, będą prezentowały symptomy odstawienne (wynika to z definicji problemowego używania). Po drugie, należy rozróżnić problemowe korzystanie z telefonu jako wtórne w stosunku do innego zaburzenia, np. OCD, osobowości zależnej itp. Po trzecie, należy wykluczyć z zaburzenia te zachowania, które są specyficzne dla nowych technologii, choćby bycie blogerem albo *trend seterem* (np. w obszarze podróżowania, jedzenia).

Spośród wielu propozycji wart przedstawienia jest model ścieżkowy Billieux, Maurage, Lopez-Fernandez, Kuss i Griffiths (2015). W modelu tym wyodrębniono trzy ścieżki rozwoju zaburzenia:

1. **Ścieżkę nadmiernego upewniania się (reasekuracji)**, która dotyczy osób o niskiej samoocenie, wysokim poziomie neurotyzmu, niestabilne emocjonalnie, które używają telefonu w celu utrzymywania kontaktów interpersonalnych czy nabycia pewności w relacjach uczuciowych.
2. **Ścieżkę impulsywną – antyspołeczną**, która dotyczy osób użytkujący telefon w sposób ryzykowny, np. do sextingu, cyberprzemocy czy podczas jazdy samochodem. Osoby te mogą mieć także (zdiagnozowane lub nie) ADHD.
3. **Ścieżkę ekstrawertywną**, która dotyczy osób z wysoką potrzebą stymulacji.

Analizując przytoczone konceptualizacje, nie sposób nie zwrócić uwagi na jeden z zarzutów kierowanych przeciwko istnieniu tego zaburzenia – czy jednostka faktycznie uzależnia się od telefonu, czy telefon jest narzędziem do radzenia sobie z szeregiem innych problemów. Aby zilustrować to zagadnienie posłużono się analizą przypadku przytoczoną przez Billeux i in. (2015) (ramka 15).

**Ramka 15. Opis przypadku – kobieta, 19 lat**

Anita to 19-letnia dziewczynka, która mieszka z ojcem oraz starszym bratem i obecnie jest studentką. Jeszcze w szkole średniej została skierowana przez psychologa szkolnego na terapię systemową. Gdy Anita miała 6 lat, zmarła jej matka. Kilka lat temu Anita dowiedziała się, że jej matka była hospitalizowana z powodu epizodów psychotycznych. Wielokrotnie słyszała od rodziny, że jest podobna do matki – i pod względem fizycznym, i pewnych zachowań. To spotęgowało jej strach przed byciem „wariatem". Anita angażuje się w zachowania ryzykowne, tzn. używa konopi indyjskich i alkoholu. Jej obecny związek romantyczny, trwający od 2 lat jest dla niej swoistą ucieczką od ojca, jednakże Anita uważa, że „nie jest on całkowicie satysfakcjonujący". Wprawdzie twierdzi, że obydwoje się kochają, ale ma też poczucie, że chcą siebie na wyłączność (np. na ogół nigdzie nie wychodzą i rzadko spędzają czas z innymi ludźmi; oboje są bardzo zazdrośni o siebie nawzajem). Bardzo często jest tak, że gdy wyśle chłopakowi SMS-a a on nie odpowie od razu, to wysyła kolejnego i kolejnego (coraz bardziej rozpaczliwego), aż w końcu dzwoni (raz za razem). W innej sytuacji nie może zostawić telefonu w innym pokoju poniważ ma myśli typu „a może zadzwoni, albo napisze".

Opisany przypadek Anity nie jest łatwy do analizy. Po pierwsze dlatego, że Anita nie spełnia wszystkich kryteriów problemowego korzystania z telefonu. Po drugie, że można u niej zidentyfikować szereg innych problemów. U Anity można stwierdzić występowanie irracjonalnych przekonań dotyczących używania telefonu, ale u ich podłoża leży bardzo niska samoocena. Po trzecie, dziewczyna przejawia silnie zależny styl przywiązania w związku, który wynika z pozabezpieczanego stylu przywiązania z dzieciństwa. Anita ma też problem z kontrolowaniem swoich zachowań, zwłaszcza gdy jest pod wpływem emocji. W takich sytuacjach potrzebuje potwierdzenia swojej wartości i miłości. Dopiero ten obraz cech z pogranicza psychopatologii tłumaczy jej zaabsorbowanie telefonem – jest on medium pozwalającym na realizację potrzeb związanych z deficytami. Należy postawić zatem pytanie, czy w przypadku Anity mamy do czynienia z przejawem uzależnienia od telefonu, czy nie?

Jednym z poważniejszych zarzutów pod adresem badań nad zaburzeniem korzystania z/uzależnieniem od smartfonów są kwestie metodologiczne, tj. definicja samego zaburzenia i narzędzia tworzone na jej podstawie. Badacze adaptują kryteria diagnostyczne zaburzenia grania w gry hazardowe (wcześniej patologicznego hazardu), ogólne kryteria uzależnień behawioralnych (Griffiths, 2005), kryteria zaburzenia grania w gry czy nieformalne kryteria zaburzenia korzystania z internetu lub inne. Większość z nich jest ze sobą spójna, ale żonglowanie nimi nie świadczy na korzyść trafności potencjalnego zaburzenia/uzależnienia

od smartfonów. W badaniach naukowych trafność oznacza, czy mierzymy to, co faktycznie chcemy zmierzyć, w tym przypadku, czy mierzymy nowy konstrukt zaburzenia korzystania z/uzależnienia od smartfonów, czy na przykład zaburzenie korzystania z sieci społecznościowych, ale przez telefon i nazywamy to niesłusznie uzależnieniem od nośnika.

Podobna dyskusja odbyła się w odniesieniu do internetu i innych zachowań za jego pośrednictwem (takich jak granie w gry hazardowe czy oglądanie pornografii) (Griffiths, 2000). Badacze podkreślają (a nawet apelują), aby rozróżniać zaburzenie zachowania *per se* od zaburzenia, które można uprawiać/wykonywać za pośrednictwem medium. Jednym z bardziej jaskrawych przykładów jest porównanie uzależnienia od gier hazardowych online do uzależnienia od alkoholu – uzależnienie od hazardu jest w dalszym ciągu podstawowym zaburzeniem niezależnie od tego, czy hazard jest uprawiany w kasynie, czy za pośrednictwem internetu – podobnie jak w odniesieniu do osób uzależnionych od alkoholu (nie mówimy, że są uzależnione od butelki). Byłabym także bardzo ostrożna, jeśli chodzi o tworzenie nowego zaburzenia w odniesieniu do telefonów komórkowych, zwłaszcza że wszystkie (lub niemal wszystkie) czynności potencjalnie uzależniające można opisać za pomocą innych zaburzeń (między innymi związanych z internetem, sieciami społecznościowymi, czy odnosząc się do klasyfikacji zaburzeń osobowości).

W związku z tym tworzone narzędzia (a jest ich ponad 30) mają bardzo różne własności psychometryczne (które oceniają ich jakość) i bardzo często nie są weryfikowane pod kątem trafności. Sprowadza się to do tego, że wiemy, z jaką precyzją badamy, ale nie wiemy co dokładnie. Być może najbezpieczniej jest uznać, że specyficzne dla smartfonów jest:

- posiadanie tego rodzaju telefonu;
- używanie aplikacji;
- wysyłanie wiadomości (w tym używanie komunikatorów i innych aplikacji do tego celu);
- wykonywanie telefonów.

Wyniki badań wskazują, że ekstrawersja koreluje z posiadaniem smartfona i częstszym wysyłaniem wiadomości, a ugodowość może być prognostykiem częstszego dzwonienia niż wysyłania wiadomości (preferencje bezpośredniego kontaktu) (Lane i Manner, 2011). Niska samoocena natomiast może sprzyjać komunikacji za pośrednictwem wiadomości (a nie dzwonienia) (Bianchi i Phillips, 2005).

Co ciekawe, badacze zauważyli, że w przypadku komunikacji za pomocą telefonów może dochodzić do **tymczasowego obniżenia samooceny**. Ponadto postulują, że być może należy rozróżnić samoocenę jako stan i jako cechę (cecha jest bardziej stabilna i może być związana z depresją, a stan może wynikać z tymczasowego podwyższenia lub obniżenia, na przykład na skutek otrzymania przykrej wiadomości).

Inne badania wykazały, że problemowe używanie wiadomości może być z jednej strony związane z **ekstrawersją i potrzebą podtrzymania komunikacji** oraz tworzenia nowych relacji, z drugiej zaś z **neurotycznością i potrzebą bezpieczeństwa**, a także kompensacją strachu przed byciem wykluczonym (Igarashi, Motoyoshi, Takai i Yoshida, 2008). Zatem zarówno ekstrawersja, jak i neurotyczność mogą być związane z problemowym korzystaniem ze smartfonów (głównie wiadomości), jednak z różnych powodów. Ponadto stwierdzono, że w przypadku korzystania z Facebooka wybór medium może być związany z cechami osobowości – korzystanie z Facebooka za pośrednictwem telefonów z ekstrawersją, z komputera zaś – z introwersją (Puerta-Cortés i Carbonell, 2014; za: Gutiérrez, de Fonseca i Rubio, 2016).

Gry na telefon także mogą być uzależniające. Balakrishnan i Griffiths (2018) przeprowadzili analizę treści komentarzy do 140 gier typu online granych na telefonie i uzyskali wyniki sugerujące, że najczęstszym komentarzem do tego typu gier jest wyzwanie z potencjałem uzależniającym. Sugeruje to, że sami użytkownicy zdają sobie sprawę z niebezpieczeństwa, aczkolwiek trzeba pamiętać, że określenie „uzależniający" zostało zdewaluowane w potocznym znaczeniu i może odnosić się do czynności pochłaniającej czas, ale nieniosącej negatywnych konsekwencji w znaczeniu klinicznym.

## Podsumowanie

Literatura opisująca problemowe korzystanie z telefonów najczęściej odnosi się do wysyłania wiadomości (telefonicznych lub przez sieci społecznościowe) i do korzystania z sieci społecznościowych. Oznacza to, że telefon jest traktowany jako medium, a nie jako środek uzależniający sam w sobie. Niemniej warto zwrócić uwagę, że większą tendencję do korzystania z telefonów mają osoby ekstrawertyczne, ale także neurotyczne, poszukujące wsparcia. Zarazem korzystanie z sieci społecznościowych za pośrednictwem komputera jest w większym stopniu związane z nieśmiałością introwersją, neurotycznością i niską samooceną, co wskazuje na większe deficyty psychospołeczne występujące u osób korzystających z komputera (Correa, Hinsley i De Zuñiga, 2010).

# Część 2

## Uzależnienia behawioralne – profilaktyka i terapia

Zaburzenia związane z nieprawidłowym używaniem internetu stanowią bardzo ograniczony badawczo obszar. Obecnie badania są prowadzone głównie w jednym z trzech specyficznych zakresów:

- próby oszacowania rozpowszechnienia problemu w populacjach ogólnych i subpopulacjach;
- opisania czynników ryzyka w sposób empiryczny;
- stworzenia narzędzi służących diagnozie lub badaniom przesiewowym.

Wszystkie te obszary są ze sobą powiązane, gdyż nie można prowadzić badań epidemiologicznych ani poszukiwać korelatów zaburzenia, nie mając modelu teoretycznego zaburzenia i zwalidowanego narzędzia (czyli sprawdzonego, czy to co bada, to faktycznie jest zaburzenie związane z internetem, a także jak dobrze to bada, czyli jak precyzyjnie). Kolejność prac badawczych powinna być następująca:

- należy stworzyć modele teoretyczne (wywodzące się z teorii) zaburzeń / uzależnień;
- należy je zweryfikować empirycznie poprzez stworzenie narzędzi odpowiednich do każdego modelu;
- po takiej weryfikacji można dysponować modelem (wraz z kwestionariuszem), za pomocą którego można prowadzić badania epidemiologiczne.

Dopiero dysponując rzetelnym i trafnym modelem wraz z narzędziami pomiarowymi, można oszacowywać rozpowszechnienie danego zjawiska w populacjach.

Po przeszło dwudziestu latach prowadzenia prac badawczych nad zaburzeniami związanymi z internetem, grami i sieciami społecznymi badacze dochodzą do relatywnie spójnego modelu zaburzenia. Zgodnie z nim w grupie ryzyka znajdują się osoby, które posiadają pewne deficyty psychospołeczne, a jednocześnie przedkładają interakcje offline nad online, głównie dlatego, że tylko wtedy modyfikacji ulega ich nastrój. Ujmując to nieco mniej naukowo – są nieśmiałe, nie potrafią nawiązywać/utrzymywać relacji, a jednocześnie bezpieczniej czują się, będąc w świecie online, co daje im satysfakcję, sprawia, że nie czują stresu, presji itp.

Po analizie wyników badań weryfikujących czynniki chroniące i czynniki ryzyka należy zaproponować modele pracy na poziomie profilaktycznym i terapeutycznym.

# Rozdział 6. Przegląd strategii profilaktycznych

Naukowe rozumienie profilaktyki wykracza poza ramy samych oddziaływań czy strategii. Jako nauka interdyscyplinarna czerpie ona zarówno z etiologii, jak i epidemiologii zaburzeń oraz zachowań ryzykownych (odpowiadając na pytania: dlaczego? jak często?). Ponadto jako nauka jest uprawiana zgodnie z rygorem metodologicznym, dzięki któremu jesteśmy w stanie odpowiedzieć na pytanie, czy dane oddziaływania są skuteczne.

W ramach etiologii są wykorzystywane takie modele, jak choćby **model biopsychospołeczny**, który opisuje biologiczne, psychologiczne (indywidualne), społeczne i środowiskowe wymiary czynników chroniących i czynników ryzyka (Gabrhelík, 2016).

W profilaktyce empirycznie potwierdzone czynniki chroniące i czynniki ryzyka są prognostykiem angażowania się jednostki w zachowania problemowe (od agresji po uzależnienia, także behawioralne). Zatem jej celem jest:

- weryfikowanie co wchodzi w zakres dwóch grup czynników (chroniących i ryzyka);
- obniżanie znaczenia czynników ryzyka i podwyższanie – czynników chroniących.

W przypadku uzależnień behawioralnych, w tym e-uzależnień, celem profilaktyki jest **zredukowanie lub osłabienie czynników, które prowadzą do niewłaściwego używania internetu** (a nie zmiana wieku inicjacji, jak w przypadku na przykład spożycia alkoholu czy inicjacji seksualnej). Co ciekawe, ze smartfonów czy tabletów korzystają już dzieci wieku przedszkolnym. Chociaż nie jest to właściwe ze względu na potrzeby rozwojowe i może mieć negatywny wpływ na sam rozwój, to nie ma naukowych danych empirycznych potwierdzających, że bardzo wczesna ekspozycja powoduje uzależnienia od nowych technologii.

Zatem do celów szeroko rozumianej profilaktyki należy także **identyfikacja czynników chroniących i czynników ryzyka**, a do profilaktyki rozumianej wąsko – wdrażanie skutecznych programów. Aby programy profilaktyczne były

skuteczne, niezbędne jest ich tworzenie zgodnie z metodologicznymi standardami, to znaczy powinny:

- mieć odpowiednią zawartość merytoryczną;
- być skierowane do odpowiedniej grupy odbiorców;
- mieć odpowiednią formę i być ewaluowane.

Ważne jest także osadzenie zawartości merytorycznej w teorii **(głównie teorii wpływu społecznego i teorii zachowań ryzykownych, w tym teorii czynników chroniących i czynników ryzyka zakotwiczonej w modelu biopsychospołecznym)**. Robert West (2013) dokonał przeglądu teorii wyjaśniających proces uzależniania się, w którym opisał ponad piętnaście modeli (od biologicznych, przez społeczne, po ekonomiczne).

Z psychologicznego punktu widzenia modele racjonalnego wyboru mogą nie być najbardziej przydatne w procesie psychoterapii (a przynajmniej nie znajdują się w obecnie dominującym nurcie psychoterapeutycznym), ale mogą być interesujące pod względem poszukiwania porozumienia na poziomie ustawodawczym (jak osoby spoza środowiska mogą rozumieć uzależnienia). West wymienia następujące teorie: uczenia się, popędów, upośledzonej inhibicji, (wspomniane już) racjonalnego myślenia, pierwotnych potrzeb, samoregulacji, biologiczne, procesu zmiany, sieci społecznych, ekonomiczne, marketingowe czy organizacyjne. Modele zintegrowane obejmują większość z nich, starając się je uporządkować w pewien mechanizm (model biopsychospołeczny czy model czynników chroniących i czynników ryzyka należą do modeli integrujących). W związku z tym **działania profilaktyczne powinny odwoływać się do elementów modelu biopsychospołecznego**, zwracając szczególną uwagę na takie, które są ważne rozwojowo dla danej grupy (np. dla dzieci z deficytami uwagi będą to czynniki biologiczne i strategie poznawczo-behawioralne radzenia sobie z nimi).

Najczęstszą **grupą odbiorców tego typu programów są dzieci i młodzież, zdecydowanie rzadziej osoby dorosłe**. Jest to podyktowane w dużej mierze tym, że jednym z czynników ryzyka rozwinięcia problemowego zachowania jest angażowanie się w nie w okresie adolescencji (np. czynnikiem ryzyka problemowego grania w gry hazardowe jest rozpoczęcie grania przed 18. rokiem życia). Okresem krytycznym jest wiek pomiędzy 11. a 14. rokiem życia. W przypadku nowych technologii ta grupa wiekowa powinna obejmować dzieci jeszcze młodsze. Programy profilaktyczne mogą być kierowane do osób znajdujących się w tak zwanej grupie ryzyka, na przykład do dzieci nieśmiałych, nielubianych, z deficytami rozwojowymi. Wówczas wskazana jest wcześniejsza interwencja.

Kolejnym ważnym warunkiem skuteczności programów profilaktycznych jest ich **wdrażanie jako elementu systemowych działań wychowawczych, a nie pojedynczych wydarzeń**. Optymalna intensywność oddziaływań **obejmuje 10–15 godzin w roku**, przy czym realizacja programów krótszych powinna być bardzo rzetelnie wyjaśniona (np. jako pierwszego bloku). Preferowane powinny być dłuższe, kompleksowe programy. Bardzo ważnym elementem programu jest **dostosowanie jego treści do odbiorców**. Ponadto istotne jest **kompleksowe przygotowanie realizatorów** (przez szkolenia i wyposażenie w materiały szkoleniowe), zapewnienie im wsparcia, uwzględnianie informacji zwrotnej pochodzącej od uczestników w modyfikacji programów.

Ostatnim, ale najważniejszym z punktu widzenia naukowego i rekomendacyjnego elementem, jest **ewaluacja**. Powinna ona być dokonywana na podstawie postawionych w programie celów (co oznacza, że opracowując program profilaktyczny należy uwzględnić cele, jakim ma służyć, np. poszerzenie wiedzy czy podniesienie kompetencji), a następnie wybrać metody weryfikacji tych celów. Badania ewaluacyjne powinny być wykonywane kilkukrotnie po zakończeniu programu (tuż po zakończeniu i w odstępach czasowych, np. po roku). Zasadniczo celem działań profilaktycznych jest bowiem trwała zmiana (którą należy zweryfikować po pewnym czasie od zakończenia programu), a nie jedynie krótkotrwała (tuż po zakończeniu programu).

Jednym z przykładów nieadekwatnie zaprojektowanych programów profilaktycznych są kampanie mające na celu zwiększenie wiedzy dzieci i młodzieży na temat negatywnych konsekwencji używania substancji psychoaktywnych, na przykład wizyty policjanta, który opowiada o konsekwencjach prawnych, o uzależnieniu, o konsekwencjach uzależnienia (bezdomności, więzieniu). Takie programy są tworzone na podstawie modelu racjonalnego myślenia (to znaczy, jeśli nie znasz negatywnych konsekwencji, to się zaangażujesz, ale jeśli poznasz te konsekwencje, to racjonalnym wyborem będzie brak angażowania się). Zgodnie z obecnym stanem wiedzy na temat przyczyn angażowania się w zachowania ryzykowne (w tym uzależnienia) nie jest to brak wiedzy na temat odroczonych w czasie negatywnych konsekwencji, takich jak bezdomność, wyrzucenie ze szkoły czy więzienie. W związku z tym programy te nie są oparte o najnowsze modele zachowań problemowych (model biopsychospołeczny oraz czynników ryzyka i chroniących).

Innym programem, który szeroko krytykowano ze względu na wyniki badań ewaluacyjnych, był amerykański program profilaktyki uniwersalnej Drug Abuse Resistance Education (D.A.R.E.). W wersji oryginalnej obejmował osiem sesji tematycznych, 80 godzin szkoleń dla realizatorów (w przypadku policjantów i 40

godzin w przypadku nauczycieli). Jego cele obejmowały zarówno wiedzę na temat negatywnych efektów substancji psychoaktywnych, jak i trening umiejętności psychospołecznych. Badania ewaluacyjne wykazały, że zbyt duży nacisk został położony na przekazanie wiedzy, która nie była skuteczna (np. statystyki, ile osób w ciągu roku umiera z powodu zatrucia danymi substancjami) (Ennett, Tobler, Ringwalt i Flewelling, 1994). Jedno z nagrań przykładowej sesji ukazuje na przykład brak dostosowania treści do wieku osób badanych. Na nagraniu można obserwować, jak policjant (wprawdzie spokojnym tonem i z odpowiednią intonacją) zadaje pytania dzieciom o to, ile osób rocznie umiera z powodu palenia papierosów. Co ciekawe, dzieci pamiętały liczby z poprzednich zajęć. W innym momencie prowadzący mówi, że samo używanie niektórych substancji nie jest jeszcze złe, ale problem się zaczyna gdy… (i tu zawiesza głos, chcąc, aby dzieci dokończyły zdanie). Kiedy dzieci nie kończą zdania, prowadzący stara się tłumaczyć, jakie słowo miał na myśli. Niestety zamiast opisać sytuację nadużywania, przypomina akronim programu, wypowiada dwa pierwsze słowa i dzieci powtarzają (jak wierszyk) słowo „nadużywanie". Mimo że program był oparty o adekwatne modele zachowań ryzykownych, ostatecznie został uznany za nieefektywny (być może z powodów opisanych wcześniej). Część wyników badań pozwalała wręcz wnioskować, że program odniósł odwrotny efekt – młodzież w nim uczestnicząca chętniej sięgała po substancje psychoaktywne w późniejszym czasie niż ich rówieśnicy nieuczestniczący w programie. Od 2009 roku program został gruntownie zmodyfikowany i oparto go głównie o trening umiejętności psychospołecznych i teorię społecznego uczenia się. Zmieniono także nazwę na Keepin' it REAL (Hecht, Colby i Miller-Day, 2010).

## 6.1. Poziomy profilaktyki i strategie

Działania profilaktyczne można podzielić ze względu na poziom oddziaływań i związaną z nimi grupę odbiorców (**uniwersalną, selektywną i wskazującą**), a także ze względu na obszar realizacji działań profilaktycznych (szkolną, rodzinną, środowiskową). Warto zaznaczyć, że na każdym z poziomów (uniwersalnym, selektywnym czy wskazującym) można realizować zarówno profilaktykę szkolną, rodzinną, jak i środowiskową. Poza tymi dwoma podziałami dysponujemy także licznymi strategiami (np. strategia rozwijania umiejętności psychospołecznych), które w większości stosuje się na każdym poziomie oddziaływań.

W rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 roku w **§ 5.2** opisano założenia oddziaływań profilaktycznych w szkole na poziomie profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej. Należą do nich:

- **profilaktyka uniwersalna** – wspieranie wszystkich uczniów i wychowanków w prawidłowym rozwoju i zdrowym stylu życia oraz podejmowanie działań, których celem jest ograniczanie zachowań ryzykownych niezależnie od poziomu ryzyka;
- **profilaktyka selektywna** – wspieranie uczniów i wychowanków, którzy ze względu na swoją sytuację rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne są w wyższym stopniu narażeni na rozwój zachowań ryzykownych;
- **profilaktyka wskazująca** – wspieranie uczniów i wychowanków, u których rozpoznano wczesne objawy angażowania się w zachowania problemowe.

Znakomita większość programów profilaktycznych, niezależnie od poziomu oddziaływań, jest realizowana w **szkołach**. Jest to rozwiązanie pozwalające na zapewnienie kontaktu z programami profilaktycznymi jak najszerszemu gronu odbiorców (np. jeśli program zostanie wprowadzony do wszystkich klas w danej szkole, to weźmie w nim udział średnio 600 dzieci). Dotarcie do jak największej liczby odbiorców jest ważne ze względu na analizę skuteczności programu (jednym z jego wymiarów jest właśnie procent populacji docelowej objętej działaniami).

Zarazem realizacja profilaktyki w szkołach daje możliwość włączenia działań zapobiegawczych w szerszy program wychowawczy. Można to uzyskać poprzez zaangażowanie nauczycieli do realizacji takich programów. W ramach każdego z programów realizatorzy otrzymują materiały szkoleniowe i minimum kilkugodzinne szkolenia. W związku z tym można przypuszczać, że jeśli nauczyciel zostanie przeszkolony z zakresu czynników chroniących i czynników ryzyka zachowań problemowych, to będzie miał możliwość wykorzystania tej wiedzy podczas zajęć wykraczających poza scenariusz profilaktyczny.

Drugim środowiskiem, w którym są realizowane programy profilaktyczne, jest **rodzina**. W tej sytuacji kładzie się duży nacisk na wzmacnianie kompetencji wychowawczych rodziców. W programach realizowanych w szkole także zaleca się, aby angażować rodziców, choć udaje się to z różnym skutkiem.

Trzecim beneficjentem tego typu programów jest **cała społeczność** – zarówno szkoła, rodzice, jak i środowisko lokalne (sklepy osiedlowe) czy gmina. Realizacja zadań na takim poziomie wymaga zaangażowania wielu interesariuszy, łącznie z ustawodawcami. Community Trials Intervention to Reduce High-Risk Drinking (RHRD) stanowi przykład takiego programu, zakładającego zmianę systemu organizacji życia społecznego (planowanie i organizacja działań, współpraca służb) i postaw społecznych oraz standardów obyczajowych przeciwnych używaniu środków psychoaktywnych (precyzyjne zasady, ograniczanie podaży).

Programy profilaktyczne opierają się na wykorzystaniu wielu strategii, z których niektóre są nieco częściej stosowane na poszczególnych poziomach oddziaływań. Do jednej z najbardziej skutecznych zalicza się **trening kompetencji psychospołecznych**, czyli:

- **radzenie sobie z emocjami i stresem;**
- **porozumiewanie się i utrzymywanie dobrych relacji interpersonalnych;**
- **podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów;**
- **twórcze i krytyczne myślenie;**
- **samoświadomość i empatię** (Botvin, Schinke, Epstein i Diaz, 1994).

Lista ta nie jest skończona, gdyż można ją poszerzyć choćby o asertywność czy umiejętności relaksowania się. Kolejną strategią, dość popularną w profilaktyce, jest rozwijanie umiejętności wychowawczych rodziców, nauczycieli i wychowawców. Inny przykład to strategia edukacji normatywnej, czyli zmiana norm społecznych związanych z akceptacją zachowań problemowych.

Wymienione strategie najczęściej są wykorzystywane w programach profilaktyki uniwersalnej, choć coraz częściej stosuje się je także na poziomie profilaktyki selektywnej jako element kompleksowego programu wspierania rozwoju. W przypadku profilaktyki selektywnej najważniejsza wydaje się identyfikacja czynników ryzyka problemowego zachowania.

Realizując programy profilaktyczne, których celem jest ograniczenie problemowego korzystania z internetu, należy w pierwszej kolejności zidentyfikować **specyficzne czynniki ryzyka**. Najczęściej odnoszą się one do deficytów psychospołecznych (szczegółowy opis programów profilaktycznych w tym zakresie znajduje się w kolejnym podrozdziale). W ramach profilaktyki jest wykorzystywana strategia wczesnego rozpoznania i krótkiej interwencji (np. Fred goes Net, program oparty na strategiach dialogu motywującego, ale ukierunkowany na substancje psychoaktywne).

W Polsce programy profilaktyczne o zweryfikowanej skuteczności zostały opisane w katalogu Programów Rekomendowanych. Znakomita większość z nich dotyczy profilaktyki używania substancji psychoaktywnych (czy zachowań agresywnych). Ze względu na rygor metodologiczny nie należy wykorzystywać programów ukierunkowanych na przeciwdziałanie jednym zachowaniom problemowym do innych. Oznacza to, że aby w katalogu Programów Rekomendowanych znalazły się takie, które dotyczą internetu, są potrzebne badania adaptacyjne ewaluacyjne.

Bardzo niewielu badaczy skupiło się na profilaktyce uzależnienia od internetu, a większą uwagę poświęca się formom terapii. Jest to spowodowane między innymi tym, że negatywne konsekwencje uzależnienia są dużo bardziej widoczne i reakcja na nie jest zdecydowanie bardziej pożądania. Dopiero w ciągu ostatnich 10 lat klinicyści, nauczyciele, osoby zajmujące się profilaktyką, ale także ustawodawcy zwracają uwagę na konieczność rozwijania programów profilaktycznych i stosowania ich, zanim rozwiną się problemowe wynikające z nadużywania internetu (Kwon, 2011).

## 6.2. Profilaktyka problemowego korzystania z internetu

Dokonując przeglądu publikacji z zakresu profilaktyki uzależnień związanych z internetem, należy zwrócić uwagę na trzy podstawowe obszary:

- **grupę docelową** – kto jest najczęstszym odbiorcą programów profilaktycznych na danym poziomie oddziaływań;
- **zaadresowane czynniki chroniące i czynniki ryzyka** – treningi, w których umiejętności okazały się przynosić efekty;
- **charakterystyki programu**.

### 6.2.1. Grupa docelowa

Większość badaczy podkreśla, że programy profilaktyczne (na poziomie profilaktyki uniwersalnej) powinny być skierowane głównie do dzieci i młodzieży (Lan i Lee, 2013). Jest to głównie związane z charakterystyką wieku rozwojowego (późniejsze zachowania problemowe, w tym uzależnienia, są powiązane z postawami i doświadczenia z okresu szkolnego). Ponadto poziom rozpowszechniania internetu i nowych technologii, a także problemowego ich używania jest najwyższy wśród osób młodych (CBOS, 2012). W Korei Południowej wprowadzono działania prewencyjne już na poziomie przedszkolnym (Romano, 2014). W Polsce (podobnie jak w Europie) programy takie są opisywane jako promocja zdrowia, przy czym wersja koreańska zawiera pewne odniesienia od nowych mediów. Poza oddziaływaniami na poziomie przedszkola, szkoły podstawowej i szkoły średniej, tj. do osiągnięcia pełnoletności przez grupę odbiorców, dość często jest rekomendowane prowadzenie programów profilaktycznych także na poziomie studiów (Lin, Ko i Wu, 2011). Jest to związane z dużą dostępnością internetu, ale także wymaganiami społecznymi i zmianami w stylu życia (np. wyprowadzka na studia) (Lin i in., 2011).

Poza samymi osobami narażonymi na zachowania problemowe badacze pod-

kreślają, że działania profilaktyczne powinny być skierowane do najbliższego otoczenia w celu jego modyfikacji – do rodziny czy środowiska szkolnego (Park, Kim i Cho, 2008).

W kontekście nadużywania, nieprawidłowego używania czy uzależnienia od internetu terapeuci i badacze identyfikują także granie w gry hazardowe online. W związku z tym zarówno gracze hazardowi, jak i podmioty zarządzające e-hazardem stają się grupą docelową dla działań profilaktyki uniwersalnej. Jednym z takich programów jest *Facing the odds: the Mathematics of Gambling and Other Risks* (tłumaczony w skrócie jako: Matematyka hazardu) opracowany przez Harwardzką Szkołę Medyczną i skierowany do młodzieży w szkole średniej, uczący zasad prawdopodobieństwa na przykładzie gier hazardowych (Rowicka, 2017). Innym przykładem jest program odpowiedzialnego grania hazardowego skierowany do pracowników e-kasyn i innych e-miejsc oferujących możliwość aktywnego uczestniczenia w grach hazardowych (Gray, Tom, Laplante i Shaffer, 2015).

Profilaktyka uniwersalna jest kierowana do ogółu społeczeństwa. W dużej mierze niezależnie od zachowania, któremu ma przeciwdziałać, najczęściej jest realizowana w szkołach (od podstawowej po studia) lub miejscach pracy. Profilaktyka selektywna natomiast jest adresowana do osób charakteryzujących się pewnymi czynnikami ryzyka, które można opisać za pomocą modelu biopsychospołecznego, ale także czynników specyficznych tylko dla internetu. Na podstawie analizy literatury naukowej (w tym badań klinicznych) można wśród nich wyróżnić czynniki:

- **psychopatologiczne**: ADHD, depresja, zaburzenia lękowe czy fobie społeczne (Alavi i in., 2012; Lin i in., 2011); używanie substancji (Ko i in., 2006);
- **osobowościowe**: impulsywność (Wu i in., 2013), poszukiwanie nowości (Dalbudak i in., 2015) introwersja, niska sumienność i ugodowość, podwyższony neurotyzm (Kuss, Shorter, van Rooij, van de Mheen i Griffiths, 2014; Rowicka, 2016), niski poziom samokontroli i samoregulacji (Blachnio i Przepiorka, 2015);
- **socjodemograficzne**: płeć i trudna sytuacja ekonomiczna rodziny (Shek i Yu, 2016);
- **związane z obecną sytuacją**: poczucie osamotnienia i odczuwany stres (Alavi i in., 2012) oraz przebywanie w środowisku, w którym inni korzystają z internetu w sposób problemowy (Zhou i Fang, 2015);
- **związane ze sposobem korzystania z internetu**: spędzanie w sieci wielu godzin (Kuss, van Rooij, Shorter, Griffiths i van de Mheen, 2013) czy angażowanie się w różne aktywności online (Donati, Chiesi, Ammannato i Primi, 2015).

Należy jednak pamiętać, że o ile czynniki, takie jak osobowość czy temperament, są relatywnie stałe, to zaburzenia nastroju (w tym depresja) czy zaburzenia lękowe mogą stanowić zarówno przyczynę, jak i skutek nadużywania czy uzależnienia od internetu (Ko i in., 2006), podobnie jak samotność czy odczuwanie. Należy pamiętać, że stanowią elementy **poznawczo-behawioralnego modelu problemowego używania internetu**. Zgodnie z tym modelem deficyty psychospołeczne prowadzą do preferencji relacji online nad offline i do używania internetu w celu modyfikacji nastroju. W tym kontekście czynniki ekonomiczne rodziny wydają się leżeć u podłoża innych problemów (np. powodują stres w rodzinie, kłótnie pomiędzy rodzicami). Wyniki prowadzonych badań, wprawdzie nielicznych, wskazują też na występowanie związku pomiędzy czynnikami fizjologicznymi (Lu, Wang i Huang, 2010) a problemowym używaniem internetu. Należy jednak bardzo ostrożnie je interpretować (być może podwyższone tętno jest skutkiem silnego zaangażowania w dynamicznie rozwijającą się grę, a nie niezależnym predyktorem problemowego grania).

### 6.2.2. Trening wybranych umiejętności

Na skutek identyfikacji przytoczonych wcześniej czynników ryzyka oraz analizy skuteczności różnych programów profilaktycznych (i pojedynczych strategii) badacze wyodrębnili umiejętności, których rozwój ma lub może mieć pozytywny wpływ na brak lub obniżone angażowanie się w aktywności online. Należą do nich:

- **umiejętności związane z używaniem internetu:** redukcja oczekiwania pozytywnego efektu używania internetu (co jest związane z kryterium modyfikacji nastroju), wzmocnienie samokontroli, wzmacnianie poczucia własnej skuteczności, rezygnacja z używania uzależniających aplikacji czy gier (np. silnie kompulsywnych gier z gatunku Candy crush[12]) (Wang, Wu i Lau, 2016), a także rozwijanie umiejętności rozpoznawania nieadaptacyjnych myśli i przekonań związanych z używaniem internetu (Peng i Liu, 2010);
- **umiejętności związane z radzeniem sobie ze stresem i emocjami:** rozwój adaptacyjnych umiejętności radzenia sobie czy regulowania emocji, wspieranie rozwoju samooceny, obniżenia wrogości (Ko, Yen, Yen, Lin i Yang, 2007; Lin i in., 2011; Rehbein i Baier, 2013);
- **umiejętności interpersonalne:** wspieranie rozwoju inteligencji emocjonalnej (García del Castillo, García del Castillo-López, Gázquez Pertusa i Marzo Campos, 2013), nawiązywania i utrzymywania relacji interpersonalnych w życiu realnym i umiejętność uczestniczenia/organizowania czasu z rówieśnikami/innymi osobami (Yang i Hao, 2005; Yang, Zhu, Chen, Song i Wang, 2016);

[12] Specyfika gier wzmacniających zachowania kompulsywne została opisana w rozdziale 3.

- **umiejętności związane z planowaniem:** planowanie aktywności (w tym snu), umiejętności organizowania własnego czasu, ale i czasu dla innych, angażowanie się w zajęcia twórcze, eksploracyjne (Lin i Gau, 2013; Yang i Hao, 2005; Yang i in., 2016). Badania w zakresie efektywności strategii profilaktycznych wykazały jednak, że angażowanie się w odmienne zajęcia nie jest skuteczne, natomiast w przywołanych wcześniej badaniach zwrócono szczególną uwagę na charakterystykę aktywności (twórcze i eksploracyjne); można to tłumaczyć zapotrzebowaniem motywacyjnym na takie czynności (np. w przypadku osób grających w gry komputerowe). Zastąpienie gier aktywnościami rozwijającymi umiejętności interpersonalne, a zaspokajających podobne potrzeby motywacyjne ma duży potencjał profilaktyczny.

Ponadto badacze zwracają uwagę na rolę rodziców i opiekunów, a tym samym rozwój szeroko pojętych umiejętności rodzicielskich, a wśród nich, głównie:

- **umiejętności komunikacyjnych pomiędzy rodzicem/opiekunem a dzieckiem**, zwiększenie czasu spędzanego z dzieckiem, rozumienie potrzeb dziecka i wspieranie rozwoju psychicznego rodzica (Lin i Gau, 2013);
- **umiejętności związanych z kontrolą/monitorowaniem używania internetu**, ale także zrozumienie potrzeb związanych z korzystaniem z internetu (Wu i in., 2013). Monitorowanie powinno polegać na ustaleniu przejrzystych zasad korzystania z sieci (dotyczących np. czasu, miejsca), rozmawiania o tym, co daje, a co odbiera internet (Kalmus, Blinka i Ólafsson, 2013).

W jednym z badań przeanalizowano skuteczność sześciu z strategii:

- angażowanie się w adaptacyjne zajęcia alternatywne;
- postrzegany koszt grania;
- rozmowa z innymi;
- edukacja;
- monitoring rodzicielski;
- ograniczenie dostępu do środków (Xu, Turel i Yuan, 2012).

Wyniki badań prowadzanych na ponad 600-osobowej próbie sugerują, że angażowanie się w inne zajęcia (przez przekierowanie uwagi) miało oczekiwany wpływ zarówno na samo granie w gry, jak i problemowe granie. Może to sugerować, że osoby (głównie dzieci i młodzież) grają w gry, ponieważ nie mają innych zainteresowań, a same gdy być może zaspakajają szereg potrzeb, w związku z czym trudno jest samemu zrezygnować z grania. Edukacja i postrzegany koszt grania obniżają same granie, ale nie mają znaczenia dla problemowego grania (co może być zrozumiałe, biorąc pod uwagę utratę kontroli nad zachowaniem i brak umiejętności racjonalnego myślenia). Monitorowanie używania komputera/internetu przez rodziców zapobiegało problemowemu graniu ich pociech.

Ważne jest, aby podkreślić, że monitorowanie grania nie sprowadza się do zakazów, nakazów i kar, ale do spędzania czasu z dzieckiem, czyli wykorzystywania umiejętności rodzicielskich. Przywołane badanie potwierdza tę zależność – badani ocenili, że restrykcje były pozytywnie skorelowane z zaburzeniem.

### 6.2.3. Charakterystyka programów

Analizując znikomą liczbę programów profilaktycznych poddanych jakiejkolwiek formie ewaluacji, należy zwrócić uwagę na dwa aspekty:

- rodzaj wykorzystanych strategii;
- kompleksowe oddziaływanie (lub jego brak).

Większość programów profilaktycznych w odniesieniu do problemowego używania internetu skupia się wokół strategii informacyjnych polegających na przekazywaniu wiedzy na temat negatywnych konsekwencji danego zachowania (Kwon, 2011). Najczęściej zapraszane są do szkoły osoby z zewnątrz, zajmujące się daną tematyką (badawczo, profilaktycznie, terapeutycznie) i podczas prelekcji mówią nie tylko o negatywnych konsekwencjach nadużywania, lecz także doradzają, jak nie dopuścić do takiej sytuacji. Pojedyncze przedsięwzięcie nie odniesie zamierzonego efektu, ale wdrożenie tego typu spotkań informacyjnych w szerszy kontekst edukacji o mediach jest zdecydowanie bardziej obiecujące. Przykładem takiego wykorzystania nauczania o mediach wraz z elementami edukacji o negatywnych efektach nadużywania jest seria animowanych filmów „Owce w sieci".

Strategie informacyjne są rozumiane jako rzetelny przekaz informacji na temat negatywnych efektów danego zachowania (np. konsumpcji środków psychoaktywnych) i na temat bezpiecznego wykonywania danego zachowania (np. stosowanie zabezpieczeń podczas uprawia seksu). W przypadku uzależnień behawioralnych stosuje się (a raczej powinno się stosować) oba podejścia. Ze względu na fakt, że jest to relatywnie nowe zjawisko, dotychczas powstało niewiele programów profilaktycznych. Ponadto niewiele z nich poddano ewaluacji, której wyniki zostałyby opublikowane.

Do tych nielicznych wyjątków możemy zaliczyć program profilaktyki uniwersalnej uzależnienia od internetu prowadzony w klasach 6–8 w Turcji (Korkmaz i Kiran-Esen, 2012). Dotyczył on szkolenia liderów młodzieżowych z zakresu informowania o bezpieczeństwie w sieci i zagrożeniach związanych z korzystaniem z internetu. Całość programu obejmowała 10 godzin szkoleniowych, które miały

przygotować uczestników do zaprojektowania i poprowadzenia dwóch 40-minutowych wykładów/prezentacji dla rówieśników. Podczas 10 sesji szkoleniowych podjęto następujące tematy:

- wprowadzenie do procesu grupowego;
- opis programu pod kątem zadań i odpowiedzialności liderów młodzieżowych;
- charakterystyka okresu dojrzewania i wsparcie psychologiczne;
- efektywna komunikacja – ćwiczenia (sesje 4–6);
- rola środowiska szkolnego i klasy w rozwoju strategii profilaktycznych;
- bezpieczne używanie internetu (sesje 8 i 9);
- podsumowanie, ewaluacja i wykorzystanie nabytych umiejętności.

Poza wymienionymi zagadnieniami uczestnicy biorą udział w szkoleniu z zakresu przygotowania prezentacji dla rówieśników. Wyniki ewaluacji programu wskazują, że zarówno osoby biorące udział w szkoleniu liderów, jak i młodzież uczestnicząca w dwóch wykładach deklarowali pozytywny wpływ szkolenia na sposoby używania internetu. Jedynym zastrzeżeniem jest to, na ile uzyskany efekt był trwały, gdy zbadanie zmiany dokonano po dwóch tygodniach od zakończenia programu. Niemniej wyniki badania wpisują się w teorię czynników chroniących i czynników ryzyka – środowisko szkolne i rówieśnicze stanowią ważne obszary oddziaływań.

Kolejny program przeprowadzono w Niemczech wśród dzieci w wieku 11–13 lat. Składał się z czterech wykładów poświęconych używaniu internetu, komunikacji online, a także graniu w gry komputerowe i hazardowe (online). Realizowali go przeszkoleni nauczyciele. Wyniki badań ewaluacyjnych wskazują, że po 12 miesiącach od zakończenia programu, młodzież która brała w nim udział, oceniła swoje granie w gry komputerowe jako rzadsze i mniej intensywne (Walther, Hanewinkel i Morgenstern, 2014).

De Leeuw, de Bruijn, de Weert-van Oene i Schrijvers (2010) opisali program promocji zdrowia, który obejmował także tematykę internetu i grania w gry skierowanego do młodzieży w wieku 11–16 lat. Szczegóły programu nie zostały opisane, ale wyniki uzyskane przez badaczy wzbudzają obawy – użycie internetu wśród odbiorców programu wzrosło, ogólna liczba osób grających w gry zmalała, ale wzrosła liczba osób grających w gry intensywnie (tak zwani *heavy users*).

Niespójne wyniki badań ewaluacyjnych dostarczają argumentów na korzyść następujących twierdzeń:

- strategie informacyjne nie powinny stanowić strategii pierwszego wyboru w tworzeniu programów profilaktycznych;
- poza wyborem strategii bardzo ważne są elementy programu, takie jak dostosowanie treści do odbiorców, przeszkolenie kadry, regularność interwencji i oparcie o adekwatne teorie. Jedynie złożenie tych elementów daje szansę na efektywność oddziaływań profilaktycznych.

Busch, de Leeuw i Schrijvers (2013) opracowali program promocji zdrowia dla szkół podstawowych w Holandii. Obejmuje on szeroki zakres strategii i poziomów oddziaływań:

- wprowadzenie polityki promocji zdrowia na terenie szkoły;
- udział rodziców w promocji zdrowia w szkole;
- rozwój umiejętności psychospołecznych wśród dzieci;
- wspieranie nauczycieli w monitorowaniu działań związanych z promocją zdrowia.

Na podstawie badań ewaluacyjnych stwierdzono, że program był skuteczny w obszarze wielu zachowań, z wyjątkiem używania internetu w sposób problemowy (w tym grania w gry komputerowe). Może to sugerować, że e-uzależnienia mają jednak nieco odmienną etiologię lub mechanizmy powstawania niż tradycyjne zachowania problemowe i wymagają w dalszym ciągu wielu badań. Być może jednym z powodów braku skuteczności działania standardowych programów profilaktycznych są potrzeby, jakie granie zaspakaja. Można postawić hipotezę, że u części osób grających u podłoża rozwijającego się uzależnienia leżą deficyty psychospołeczne, a u części większą rolę odgrywają czynniki motywacyjne (rozwój umiejętności, rywalizacja, kooperacja, eksploracja itd.). Być może u tej drugiej części osób działania profilaktyczne powinny być ukierunkowane na umożliwienie realizacji tych motywacji (potrzeb) w innych zachowaniach (np. w szkole czy w zajęciach pozaszkolnych).

Kolejnym kompleksowym programem, który między innymi obejmuje tematykę uzależnienia od internetu, jest program promocji zdrowia P.A.T.H.S (ang. *Positive Adolescent Training through Holistic Social Programmes*) (Shek, Ma i Sun, 2011). Składa się ze 120 zajęć poszerzonych o 60 kolejnych (obejmujących takie zagadnienia, jak używanie substancji, seksualność, uzależnienie od internetu, agresja czy sukces). Program jest skierowany głównie do młodzieży, ale zachęca do udziału rodziców i wspiera zmiany organizacyjne w szkole. Badacze sugerują wprowadzenie także zmiany na poziomie organizacji środowiska: kawiarnie

internetowe powinny być w odległości nie mniejszej niż 200 metrów od szkół podstawowych, a dostęp do nich powinien być ograniczony do pory dnia (Yani-de-Soriano, Javed i Yousafzai, 2012).

## Podsumowanie

Profilaktyka uzależnień od nowych technologii jest bardzo nowym obszarem. Same zaburzenia/uzależnienia są poddawane badaniom od około 20 lat. Bardzo często mechanizm adaptacji strategii i programów profilaktycznych polega na tym, aby zaaplikować nieco zmieniony program, który oryginalnie miał adresować nieco inne zaburzenie, do nowego. Jest to jednak „droga na skróty", gdyż zakłada, że mechanizm i specyfika tych zaburzeń/uzależnień jest taka sama (np. dysponując programem o sprawdzonej skuteczności w odniesieniu do patologicznego hazardu, adaptuje się go do uzależnienia/zaburzenia związanego z używaniem internetu). Niemniej badania samych zaburzeń i ewaluacja programów wskazują, że do najważniejszych strategii powinno należeć rozwijanie umiejętności psychospołecznych zarówno dzieci, młodzieży, jak i rodziców.

# Rozdział 7. Terapia

Mimo że zaburzenia związane z korzystaniem z internetu (granie, sieci społecznościowe czy przeciążenie informacyjne) nie zostały formalnie opisane w klasyfikacji zaburzeń psychicznych, istnieje duże zapotrzebowanie na oddziaływania terapeutyczne. Dotyczy to zwłaszcza takich krajów, jak Chiny, Tajwan czy Korea Południowa, gdzie rozpowszechnienie problemu sięga nawet 11% wśród dzieci i młodzieży (Kim i in., 2006). Na chwilę obecną w zasadzie nie ma standardów, według których powinna być prowadzona terapia osób uzależnionych od szeroko pojętych nowych technologii. Jest to związane przede wszystkim z dość nowym zjawiskiem, które formalnie nie zostało zdefiniowane (w części pierwszej opisano różne koncepcje teoretyczne, co sugeruje brak spójności i w dalszym ciągu rozwijający się obszar). Jednym z miejsc, gdzie osoby uzależnione i ich bliscy szukają pomocy, są fora internetowe (dla rodzin i bliskich, dla samych osób, które zauważają problem) (Griffiths i Meredith, 2009).

W kilku krajach powstały także kliniki zajmujące się uzależnieniem od nowych technologii (np. w Stanach Zjednoczonych, Korei Południowej czy Wielkiej Brytanii). Stosowane w nich programy albo skupiają się na abstynencji (nieco częściej spotykane w Korei Południowej), albo na redukcji szkód przez ograniczenie czasu poświęcanego na gry na korzyść aktywności poza domem (Griffiths, 2008). W przypadku wystąpienia zaburzeń towarzyszących, takich jak depresja czy stany lękowe, niezbędna jest terapia (Griffiths, 2008).

Zgodnie z doniesieniami z badań najczęściej wybieraną formą terapii jest **terapia poznawczo-behawioralna** (*cognitive behaviour therapy*, CBT) i **dialog motywujący**, choć niewiele programów poddano badaniom ewaluacyjnym w celu ustalenia, czy faktycznie przynoszą zamierzone efekty (Griffiths, 2008). Terapia powinna być oparta właśnie o strategie CBT (zwłaszcza w przypadku współwystępujących zaburzeń), ale także o treningi rozwijania umiejętności psychospołecznych oraz zarządzania czasem (Griffiths, 2008).

W związku z bardzo ograniczoną literaturą naukową w tym obszarze rozdział ten poświęcono nieco bardziej szczegółowo trzem obszarom: (1) dyskusji o tym, co wiadomo z badań na temat diagnozy, terapii i jej efektów; (2) opisowi modelu terapii uzależnień od nowych technologii w oparciu o model CBT wraz z analizą przypadku; (3) wskazówkom dla terapeutów, na co zwracać uwagę podczas diagnozy i terapii.

## 7.1. Przegląd badań terapii uzależnień od nowych technologii

Prac naukowych poświęconych skuteczności terapii e-uzależnień (korzystania z internetu, grania w gry, korzystania z portali społecznościowych) jest niewiele (np. do 2014 było osiem publikacji na te tematy, które spełniały kryteria naukowe). Tym bardziej ich analiza może okazać się pomocna zarówno dla terapeutów (posłużyć jako wskazówka do pracy), jak i badaczy (być może zainspiruje do badań skuteczności terapii, których brakuje).

Dokonując przeglądu artykułów opisujących terapie e-uzależnień (grania w gry komputerowe, korzystanie z internetu), należy zwrócić uwagę nie tylko na rodzaj i efektywność terapii, ale także na zastosowaną diagnozę zaburzenia (i tym samym na wykorzystanie kryteria diagnostyczne i, w drugiej kolejności, narzędzia).

W celu postawienia **diagnozy** badacze wykorzystują różne wskaźniki, ale jednym z najczęstszych było oszacowanie długości i częstotliwości grania (Han, Hwang i Renshaw, 2010; Kim, Han, Lee i Renshaw, 2012; Shek, Tang i Lo, 2009). Co jest niepokojące, ani kontekst społeczny (granie z kimś czy samemu), ani rodzaj gry, ani motywacja do grania nie były analizowane, podczas gdy późniejsze badania wskazują wręcz na mediacyjną rolę motywacji (Rowicka, w recenzjach). Diagnozując problemowe używanie internetu, badacze używają różnych metod i narzędzi diagnostycznych. Jest to związane z mnogością koncepcji tego zaburzenia, mimo że od lat potwierdza się kompleksowość podejścia Davisa (2001) i Caplana (2002, 2010). Natomiast najczęściej stosowanym narzędziem w dalszym ciągu pozostają te opracowane przez Kimberly Young, chociaż są stosowane do niemal każdej grupy wiekowej bez odpowiednich modyfikacji. Ponadto nie odnoszą się one do wszystkich kryteriów diagnostycznych (np. do kryterium związanego z obniżeniem zainteresowania innymi czynnościami, które wcześniej sprawiały przyjemności, jak i kryterium kontynuowania mimo świadomości negatywnych konsekwencji). Innym często stosowanym narzędziem jest kwestionariusz diagnostyczny Bearda (ang. *Beard Diagnostic Questionnaire*), który nie mierzy obniżenia zainteresowania innymi czynnościami, wcześniej sprawiającymi przyjemność (Beard, 2005).

Stosowane metody diagnozy zaburzenia grania w gry są zdecydowanie bardziej spójne niż te wykorzystywane do diagnozy problemowego używania/uzależnienia od internetu. W znakomitej większości analizowanych artykułów raportowano wykorzystanie kryteriów zaczerpniętych z DSM-5 (z sesji III), choć ze względu na ograniczenia czasowe podczas stawania diagnozy nie wykorzystywa-

no wszystkich z wymienionych. Niemniej należy zaznaczyć, że zaproponowane w DSM-5 kryteria diagnostyczne stanowią pierwszą próbę zoperacjonalizowania tego zaburzenia i istnieje duże prawdopodobieństwo, że w kolejnych rewizjach zostaną one zmienione. Zwłaszcza, że już pojawią się głosy podważające poszczególne kryteria, np. zaabsorbowania (Charlton i Danforth, 2007) czy tolerancji (Wood, 2008), jako charakterystyczne dla uzależnienia/zaburzenia. Badacze zajmujący się grami wskazują, że to, co definiuje kryterium tolerancji, może być zbyt często obserwowane wśród graczy, także tych, którzy nie są uzależnieni.

Konceptualizacja problemowego używania/uzależnienia od internetu jest nieco bardziej skomplikowana ze względu na dwa konkurencyjne podejścia – pierwsze związane z kryteriami diagnostycznymi (Griffiths, 2005b), drugie – oparte o model poznawczo-behawioralny (zgodnie z którym u podłoża zaburzenia leżą deficyty psychospołeczne) (Davis, 2001; Caplan, 2002). Rozwijając podejście drugie Delfabbro i King (2014) zaproponowali, aby poszerzyć interpretację tego modelu o nieadaptacyjne przekonania kluczowe dotyczące aktywności w sieci. Można zatem się spodziewać, że z terapeutycznego punktu widzenia drugie podejście będzie rozwijane.

Raportowany **rodzaj terapii** w zasadzie ogranicza się to podejścia CBT i łączenia CBT z farmakoterapią (bupropion, metylofenidat) (Han i in., 2009, 2010; Kim, Han, Lee i Renshaw, 2012). Porównanie psychoterapii i farmakoterapii wskazuje na brak różnic w efektywności obu podejść (Winkler, Dorsing, Rief, Shen i Glombiewski, 2013), co można interpretować zarówno na korzyść, jak i na niekorzyść stosowania farmakoterapii – z jednej strony farmakoterapia wymaga mniejszych nakładów finansowych i czasowych, z drugiej zaś psychoterapia może odnosić lepsze długotrwałe efekty. Podejmując decyzję o kierunku terapii, warto jednak wziąć pod uwagę dwie kwestie: zaburzenia współwystępujące (np. ADHD) i powagę symptomów. Ewentualna decyzja o podjęciu farmakoterapii powinna nastąpić po analizie potencjalnych zysków i ryzyka, gdyż brakuje badań mówiących o efektach ubocznych stosowania tego rodzaju terapii i osób z tym zaburzeniem (King, Delfabbro, Griffiths i Gradisar, 2011). W jednym z badań aż połowa uczestników zrezygnowała z terapii ze względu na efekty uboczne leku (Han i in., 2009). Warto też podkreślić, że niewiele wiadomo o ewentualnym wpływie leków na poprawę deficytów psychospołecznych, które w wielu przypadkach mogą leżeć u podłoża zaburzenia.

Du, Jiang i Vance (2010) przeprowadzili pierwsze badanie efektywności terapii CBT adolescentów (w uzależnieniu od internetu) w schemacie losowego przydzielania osób do grup i z grupą kontrolną. Terapia obejmowała osiem sesji grupowych w zespołach 6–10-osobowych i odbywała się w szkole wraz z rodzi-

cami. Podczas terapii młodzieży uczyła się zasad skutecznej komunikacji z rodzicami, tego, na czym polegają i czym się różnią relacje online od tych offline, kontroli impulsów, a także rozpoznawania i kontroli zachowań problemowych. Rodzice uczyli się rozpoznawać emocje swoich dzieci; nabywali umiejętności rozwiązywania problemów i komunikowania się w rodzinie, a także rozwijali techniki i strategie pomocy dziecku w przypadku nadużywania nowych technologii. Dodatkowo przeszkolono nauczycieli w obszarze psychoedukacji. Wyniki badań ewaluacyjnych pokazały, że oddziaływania terapeutyczne obniżyły zarówno częstotliwość używania internetu, jak i lęk, a także poprawiły umiejętności zarządzania czasem. Efekty utrzymały się po sześciu miesiącach.

Podstawowym **celem terapeutycznym** niemal we wszystkich analizowanych pracach było kontrolowane używanie internetu i grania. Realizacja tego celu była najczęściej mierzona dwoma kryteriami – utratą kontroli i kontynuacją mimo negatywnych konsekwencji. Oba te kryteria są ważne, gdyż, jak opisano wcześniej, zaabsorbowanie i tolerancja mogą być obecne u osób grających w gry, ale nie uzależnionych, podczas gdy utrata kontroli i świadome doprowadzanie do negatywnych konsekwencji powinny być charakterystyczne już tylko dla zaburzonej formy grania czy korzystania z internetu (West, 2013). Powstaje zatem pytanie, czy osoby, które nie tracą kontroli mogą grać/używać internetu w sposób problemowy i na czym on miałby polegać.

Ocena **efektywności terapii** najczęściej sprowadza się do stopnia redukcji symptomów wiązanych z diagnozą (kryteriów diagnostycznych), samooceną, postrzeganą jakością życia, częstością grania/korzystania z internetu, a także współwystępujących zaburzeń depresyjnych czy lękowych (Winkler i in., 2013). Do innych weryfikowanych czynników należą: nieadaptacyjne myśli dotyczące internetu, angażowanie się w aktywności niezwiązane z internetem. Jednym z poważniejszych ograniczeń oceny efektywności terapii jest brak wielokrotnych pomiarów – tylko w części badań pomiar efektywności był powtórzony po 1 lub po 6 miesiącach od zakończenia terapii (Han i in., 2010; Kim, Han, Lee i Renshaw, 2012). W związku z tym, że w diagnozie zaburzenia grania w gry obowiązuje okres 12 miesięcy na wystąpienie symptomów, nie jest możliwe oszacowanie długoterminowej skuteczności terapii (w tym okresu bez spełnienia kryteriów ani ewentualnych nawrotów). Możliwe jest niemniej oszacowanie krótkoterminowej efektywności (które obszary uległy zmianom i czy te zmiany są duże[13]).

Podsumowując, w świetle analizowanej literatury należy podkreślić, że w dal-

[13] Ocena, czy zmiany były duże, odnosi się do oszacowania tak zwanej miary siły efekty – niezbędnej do ewentualnego rekomendowania oddziaływań.

szym ciągu jest bardzo mało badań klinicznych z zakresu terapii uzależnień od nowych technologii. Samo zagadnienie uzależnienia od nowych technologii jest nowym i to ciągle zmieniającym się obszarem, co z jednej strony nie ułatwia projektowania oddziaływań terapeutycznych (badania naukowe na bieżąco poszerzają wiedzę z zakresu mechanizmów), a z drugiej utrudnia (brak stabilności kryteriów, mechanizmów itd.). Włączenie propozycji zaburzenia grania w gry online do DSM-5 (do załącznika) jest krokiem w stronę ujednolicenia kryteriów diagnostycznych. Podobnie popularyzacja modelu poznawczo-behawioralnego (Caplan, 2002, 2010; Davis, 2001). Jednakże w dalszym ciągu obecne są w literaturze przedmiotu modele zbudowane na pierwotnie zaproponowanych przez Kimberly Young kryteriach, które zostały już wiele lat temu zweryfikowane (Black i Grant, 2013). Ponadto badania nad efektywnością terapii wymagają zastosowania większego rygoru metodologicznego, w tym między innymi:

- wypracowania wspólnej charakterystyki / definicji zaburzenia;
- włączenia grup kontrolnych lub porównawczych;
- losowego przydzielania do grupy;
- bardziej jednoznacznych wskaźników efektywności;
- planu badawczego zawierającego wielokrotne pomiary po zakończeniu terapii (np. 3, 6 i 12 miesięcy);
- wskaźników poprawy/wychodzenia z uzależnienia/zaburzenia;
- poszerzenia wskaźników efektywności terapii o zmienne związane z jakością życia i aspekt poznawczy;
- szerszej charakterystyki osób badanych (King i in., 2011).

## 7.2. Terapia poznawczo-behawioralna a uzależnienia od nowych technologii

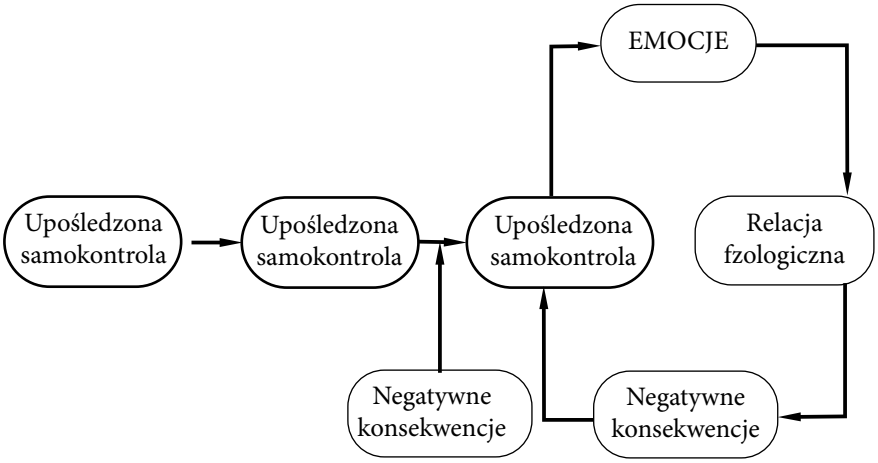
Za najskuteczniejszą metodę radzenia sobie z uzależnieniami od nowych technologii (w tym uzależnieniami od gier online), jak już wspomniano, jest obecnie uznawana terapia poznawczo-behawioralna, podczas której klient uczy się rozpoznawania zniekształconych emocji i umiejętności radzenia sobie w celu ich skorygowania i zapobiegania nawrotom (Orzack, Voluse, Wolf i Hennen, 2006). Oprócz terapii klient może równolegle korzystać z farmakoterapii czy grup wsparcia (Orzack i in., 2006).

Celem CBT jest identyfikacja problemów (często polegających na zniekształconym sposobie myślenia o graniu, o sobie samym czy interpretowaniu emocji), które leżą u podłoża uzależnienia czy problemowego używania (w tym przypadku internetu). W procesie terapii jest wykorzystywany model czteroskładnikowy,

opisujący zależność pomiędzy interpretacją sytuacji, komponentem poznawczym, emocjonalnym, fizjologicznym (psychosomatycznym) i behawioralnym (rycina 4). Dla przykładu, jeśli w szkole podczas przerwy jedno dziecko siedzi samotnie, to może zinterpretować taką sytuację jako manifestację tego, że nikt go nie lubi. W związku z tym jest smutne, łzy cisną mu się do oczu (komponent emocjonalny), uważa, że skoro nikt go nie lubi, to znaczy, że nie da się go lubić. Nie będzie zatem próbował nawiązywać relacji, bo i tak mu się nie uda, więc lepiej zająć się czym, co nie wymaga wchodzenia w takie interakcje (komponent behawioralny).

Ważnym elementem w terapii jest identyfikacja przekonań (najpierw tak zwanych pośredniczących, a później kluczowych). Przekonania te dotyczą własnej osoby lub innych osób. U osób uzależnionych albo cierpiących na depresję są w jakimś stopniu zniekształcone i najczęściej negatywne (np. jestem do niczego, skoro oni mnie nie lubią, to nikt mnie nie lubi, skoro nikt mnie nie lubi, to znaczy, że jestem beznadziejny). Celem pracy terapeutycznej w takich przypadkach jest dotarcie do takich przekonań (klient sam je wypowiada) i ich skorygowanie (Orzack i in., 2006).

**Rycina 4. Schemat poznawczy (na podstawie Beck, 2011; za: Rowicka, 2015)**




W literaturze przedmiotu można odnaleźć bardzo niewiele publikacji opisujących konkretne protokoły terapeutyczne odnoszące się do uzależnień od nowych technologii wraz z analizą ich skuteczności. Jedną z pierwszych propozycji konkretnego protokołu terapeutycznego była **poznawczo-behawioralna terapia**

**uzależnienia od internetu** (ang. *cognitive behavioral therapy–internet addiction*, CBT–IA) zaprojektowana przez Kimberly Young (2011; por. Rowicka, 2015). Terapia składa się z trzech etapów:

- modyfikacji zachowania (ang. *behavior modification*);
- rekonstrukcji poznawczej (ang. *cognitive reconstruction*);
- elementów terapii redukcji szkód (ang. *harm reduction therapy*, HRT).

Celem pierwszej fazy jest zmiana zachowania dotyczącego korzystania z internetu i/lub komputera. Wypracowanie skutecznego planu modyfikacji zachowania następuje między innymi dzięki analizie bieżącej sytuacji (np. przy użyciu dzienniczków), w tym: gdzie, kiedy, jak długo osoba korzysta z internetu, w jakich okolicznościach, co dokładnie robi i jak się czuje (analiza towarzyszących uczuć, zarówno przed, w trakcie, jak i po terapii). Taka analiza pozwala zrozumieć tak zwane wzorce zachowania (np. może się okazać, że klient włącza komputer i przeszukuje internet albo gra w gry, gdy się nudzi, albo kiedy wydarzy się coś stresującego i nie wie, jak inaczej poradzić sobie z emocjami). Na tej podstawie określa się tak zwane sytuacje wysokiego ryzyka i można opracować strategie, jak sobie z nimi radzić. Opracowanie takich strategii może być jednym z celów terapii.

Druga faza CBT-IA służy modyfikacji zniekształceń poznawczych, takich jak nadmierne uogólnianie (generalizacja), selektywne abstrahowanie (pomijanie pewnych przesłanek), wyolbrzymianie, personalizacja, zniekształcone wyobrażenia obrazu samego siebie, ruminacja, myślenie w kategoriach wszystko-albo-nic (Davis, 2001). Celem drugiej fazy CBT-IA jest ukazanie dysfunkcyjnego charakteru korzystania z internetu – nadmierne korzystanie z internetu jest spowodowane potrzebą unikania pewnych sytuacji i/lub emocji (w świecie realnym). Rekonstrukcja poznawcza pomaga osobie uzależnionej przeanalizować własne emocje, myśli i interpretacje, a także zweryfikować ich racjonalność. Kolejnym krokiem w rekonstrukcji poznawczej jest uświadomienie konsekwencji negatywnego zachowania (np. poprzez przygotowanie listy pięciu istotnych problemów spowodowanych korzystaniem z internetu, jak również pięciu korzyści płynących ze zmniejszenia lub całkowitego porzucenia korzystania z internetu). Umiejętność oceny konsekwencji pomocna w późniejszej prewencji nawrotów.

Model CBT-IA adresuje także mechanizmy zaprzeczenia (Young, de Abreu, 2011) – częste strategie wśród osób uzależnionych, w tym od internetu. Celem CBT-IA jest przekonanie osoby uzależnionej do wzięcia odpowiedzialności i przyznania się do posiadania problemu.

Celem trzeciego etapu CBT-IA, terapii redukcji szkód, HRT (Marlatt, Blume i Parks, 2001) są identyfikacja i analiza czynników współwystępujących z uzależnieniem od internetu, na przykład psychologicznych, sytuacyjnych czy społecznych, co jest zgodne z psychospołecznym modelem uzależnienia. Adekwatna identyfikacja i praca pozwalają obniżyć prawdopodobieństwo nawrotów.

Cele terapii to: redukcja symptomów zaburzenia, poprawa kontroli impulsów i praca nad zniekształceniami poznawczymi (szczegółowe strategie zostały opisane w: Rowicka, 2015).

Jedną z zaadaptowanych metod terapeutycznych na potrzeby pracy z klientami uzależnionymi od internetu jest **ustrukturyzowana psychoterapia poznawcza** (ang. *Structured Cognitive Psychotherapy Program*) (Abreu i Goes, za: Young i de Abreu, 2011) przeznaczona dla starszej młodzieży oraz osób pełnoletnich, prowadzona przez 18 tygodni. Kolejne sesje są poświęcone następującej tematyce:

**Faza wstępna:**

(1) prezentacja programu;

(2) analiza korzyści płynących z korzystania z internetu; dyskusja poświęcona tej tematyce ma za zadanie uwydatnić, czy jest internet dla każdego uczestnika i nakreślić obraz zaburzenia;

(3) konsekwencje – głównie interpersonalne nadużywania i nieprawidłowego użytkowania internetu;

(4) – (5) różnice pomiędzy hobby a przymusem korzystania z internetu – na tym etapie uczestnicy terapii poznają różnice pomiędzy korzystaniem z internetu jako jednej z wielu opcji, a koniecznością czy przymusem; zaczynają także spostrzegać zależności pomiędzy własnym zachowaniem (np. unikaniem problemów) a potrzebą korzystania z internetu.

**Faza pośrednia** (po zbudowaniu pozytywnej relacji pomiędzy klientami a terapeutą i klientami między sobą można rozpocząć pracę nad problemem uzależnienia):

(6) – (7) na czym polega silna potrzeba;

(8) analiza użytkowania.

Podczas trzech kolejnych tygodni uczestnicy są zachęcani do prowadzenia dzienniczka, który posłuży restrukturyzacji poznawczej, tj. sytuacji, w których angażują się w nieprawidłowe użytkowanie internetu, towarzyszące myśli, emocje, ale także długość każdej sesji i rodzaje aktywności – służy to późniejszej próbie analizy relacji pomiędzy zachowaniem a niezaspokojonymi potrzebami. Ponadto każdego tygodnia jedna lub dwie osoby opisują swoją sytuację, która staje się modelową do ćwiczenia rekonstrukcji poznawczej, asertywności, odgrywania ról itp. przez uczestników terapii. Od sesji dziewiątej rozpoczyna się praca nad wzorcami zachowań – co można porównać do pracy nad przekonaniami, które leżą u podłoża schematycznych zachowań. Ustrukturyzowana terapia poznawcza została oparta przez jej autorów o zaproponowaną przez Michaela J. Mahoneya (1992) koncepcję trzech „P" (z angielskiego Problem–Pattern–Process, czyli Problem–Wzorzec–Proces). Pierwszemu P, tj. Problemowi, odpowiada faza wstępna w omawianej terapii. Faza pośrednia odpowiada drugiemu P, tj. ustaleniu przyczyn takiego wzorca zachowań (co można porównać do próby identyfikacji przekonań pośredniczących i kluczowych).

(9) rozumienie mechanizmów skłaniających do angażowania się w internet (tak zwanych wywoływaczy);

(10) sesja poświęcona technice linii życia (ang. *life line technique*) – ta technika służy do wizualizacji całego życia (stąd linia życia) i polega na narysowaniu poziomej linii z zaznaczonymi ważnymi okresami w życiu (nad linią) i pod linią – wydarzenia i towarzyszące im wrażenia/emocje. Taka wizualizacja pozwala na identyfikację konfliktów lub traumy (trauma nie zawsze jest rozumiana słownikowo, może oznaczać wydarzenie, które nie miało obiektywnego charakteru traumy, natomiast było bardzo negatywnie konotowane przez klienta).

Trzecie P, tj. Proces, oznacza próbę zrozumienia całości procesu odpowiadającego za dane zachowanie jednostki, tj. charakterystykę zachowania problemowego, związane z nim myśli, emocje, błędne przekonania i, jako konsekwencja, zachowania (sesje 11–14).

(11) praca nad deficytami;

(12) – (14) praca nad kolejnymi problemami;

**Faza końcowa** jest poświęcona podtrzymaniu wypracowanych strategii, jak również kontynuowaniu rozwijania umiejętności, które według badaczy leżą u podłoża patologicznego używania komputera, tj. lęk społeczny czy niska samoocena;

(15) – (16) aktywności alternatywne;

(17) przygotowanie do zakończenia terapii;

(18) zakończenie terapii.

Podobny program (także oparty o CBT), ale z początkową abstynencją został skierowany do młodzieży w wieku 12–15 lat w Austrii, Włoszech i Niemczech. Wstępne wyniki wskazują na jego skuteczność (mierzoną kontrolowaniem symptomów w okresie sześciu miesięcy od zakończenia terapii (Young, 2007).

Du, Jiang i Vance (2010) wskazują, że CBT odnosi efekt w obszarze umiejętności zarządzania czasem, jak również regulacji emocji i korygowania zniekształceń poznawczych. Autorzy zwracają uwagę, że być może w odniesieniu do nastolatków należy się zastanowić, w jaki sposób i gdzie terapia będzie się odbywała – w ich doświadczeniu wielomodalna grupowa terapia CBT w szkole okazała się skuteczna.

Z teoretycznego punktu widzenia terapia oparta o strategie poznawczo-behawioralne powinna przynosić pożądane efekty. W praktyce wiele czynników wpływa na skuteczność terapii (Czabała, 1997). Chociaż można przyjąć, że trening kompetencji psychospołecznych (np. radzenia sobie z emocjami i stresem) powinien oddziaływać na czynniki leżące u podłoża zaburzeń, a tym samym obniżyć potrzebę angażowania się w dane zachowanie problemowe, to nie w każdym badaniu wykorzystanie tej strategii okazało się przynosić efekty. Analiza skuteczności oddziaływań jest bardzo ważnym elementem oceny programu – pozwala wyróżnić czynniki, a nawet zespoły czynników, które pozytywnie wpływają na proces terapeutyczny, a także te, które go zakłócają. Dla przykładu, ten sam protokół terapeutyczny zastosowany u dzieci ze współwystępującymi zaburzeniami nastroju może nie przynieść efektów, podczas gdy zastosowany u dzieci z zaburzeniami rozwoju – już tak.

Jednym z podejść terapeutycznych, z którego korzystają niektórzy psychologowie kliniczni czy terapeuci, jest **dialog motywujący**. Stosuje się w nim strategie zaczerpnięte z terapii poznawczej, poradnictwa skoncentrowanego na kliencie, teorii systemów i psychologii społecznej perswazji czy elementy zarówno dyrektywnych, jak i niedyrektywnych podejść terapeutycznych. Ponieważ gracze

są często zmuszani do terapii przez osobę trzecią (zaniepokojonego rodzica lub partnera), pierwszym zadaniem terapeuty jest zmotywowanie klientów do podjęcia zmiany.

Głównymi orędownikami takiego podejścia są Miller i Rollnick (1991), którzy opowiadają się za tym, aby dialog motywujący dotyczył głównie motywacyjnych aspektów zmiany zachowania w otoczeniu terapeutycznym, obszaru, który jest najbardziej istotny dla osób angażujących się w zachowania uzależniające. Motywem przewodnim takiego podejścia terapeutycznego jest kwestia ambiwalencji oraz to, w jaki sposób terapeuta może wykorzystać dialog motywujący w celu rozwiązania ambiwalencji i umożliwić klientowi zbudowanie zaangażowania i podjęcie decyzji o zmianie. Takie twierdzenia są integralną częścią teoretycznych podstaw tej metody.

W centrum zainteresowania dialogu motywującego znajduje się dobrze znane sześciostopniowe „koło zmiany" autorstwa Prochaski i DiClemente (1982), za pomocą którego autorzy starają się wyjaśnić, jak zmieniają się ludzie. Etapy te obejmują wstępną kontemplację, kontemplację, determinację, działanie, utrzymanie i nawrót. Metoda zastosowana w dialogu motywującym polega na użyciu listy ośmiu skutecznych strategii motywacyjnych o strukturze mnemonicznej (udzielanie porad, usuwanie barier, zapewnianie wyboru, zmniejszanie chęci, praktykowanie empatii, przekazywanie informacji zwrotnych, wyjaśnianie celów i aktywne pomaganie). Jest to powiązane z pięcioma ogólnymi zasadami tej metody (wyrażanie empatii, rozwijanie rozbieżności, unikanie argumentacji, toczenie się z oporem i wspieranie własnej skuteczności). Takie podejście skoncentrowane na kliencie wydaje się skuteczne także w odniesieniu do uzależnień od nowych technologii, choć jak dotąd brak naukowych doniesień na ten temat.

Wulfert, Blanchard, Freidenberg i Martell (2006) porównali efekty CMBT (ang. *cognitive motivational behavior therapy*), tj. **terapii poznawczo-behawioralnej z elementami wspierania motywacji**, z tradycyjnym podejściem CBT i stwierdzili, że po 12 miesiącach od zakończenia terapii CMBT okazało się bardziej skuteczne w podtrzymaniu zmiany. Kolejnym przykładem aplikacji podejścia CBT i dialogu motywującego była terapia, którą opisali Rodrigues, Carmona i Martin (2004, za: Young i de Abreu, 2011). Dzięki **analizie funkcjonalnej** zidentyfikowali problemy towarzyszące uzależnieniu od internetu, tj. problemy rodzinne, a następnie opisali cztery cele programu:

- analiza problemu i przygotowanie do zmiany;
- analiza procesów decyzyjnych i sposobów radzenia sobie z problemami;

- terapia właściwa – techniki radzenia sobie z sytuacjami wyzwalającymi nadużywanie internetu, zmiana nawyków;
- rozwój umiejętności interpersonalnych i umiejętności rozwiązywania problemów.

***

Wielu badaczy koncentrowało się na charakterystyce uzależnienia od internetu (i pochodnych) pod względem kryteriów diagnostycznych, a zdecydowanie mniej opisali te zaburzenia, korzystając z modelu CBT, tj. za pomocą czynników poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych. Na podstawie publikacji Khazaal i innych (2012) można dokonać próby podziału i opisu tych czynników w odniesieniu do uzależnienia od internetu – poznawcze, emocjonalne i behawioralne:

1. czynniki poznawcze:
   b. zniekształcone postrzeganie czasu (Ko i in., 2007);
   c. nadmierne zmartwienie: Young (1998) zasugerowała, że „katastroficzne myślenie" o rzeczywistości może być przyczyną kompulsywnego używania internetu dzięki możliwości ucieczki psychicznej;
   d. ruminacje związane z życiem internetowym lub offline (pozytywne w odniesieniu do internetu, a negatywne w odniesieniu do offline) (Davis, 2001);
   e. cechy związane z depresją (oparte na poznawczej teorii depresji, Beck, 2008; Davis, 2001): postawiono hipotezę, że styl poznawczy przypominający depresję (poczucie własnej samoświadomości, niskie poczucie własnej wartości, niska lub negatywna samoocena) jest wystarczającą przyczyną patologicznego korzystania z internetu. Kilka przekonań może zawierać treści związane z internetem, takie jak: „Jestem dobry tylko w internecie" lub „Internet jest jedynym miejscem, w którym jestem szanowany";
   f. zaprzeczenie: przez minimalizację korzystania z internetu, obwinianie: „To nie jest internet, to stres w moim życiu"; szukanie wymówek: „To był długi dzień internet pomaga mi", aż po atakowanie;
   g. oczekiwania: zarówno pozytywne, jak i negatywne związane z używaniem internetu sprzyjają powstaniu uzależnienia (prawdopodobnie pozytywne odgrywają ważną rolę w początkowej fazie, podczas gdy negatywne – w fazie już rozwiniętego problemu);
   h. własna skuteczność (koncepcja oparta na teorii społecznego poznania Bandury) jest negatywnie związana z uzależnieniem od internetu (Lin i in., 2008);

i. obsesyjne zainteresowania związane z internetem;
j. przewidywanie odrzucenia w sytuacji społecznej wcześniej związane z nadmiernym korzystaniem z internetu dla komfortu społecznego mierzonym skalą OCS (Davis i in., 2002) (tj. „Czuję się najbezpieczniej, gdy jestem w internecie"; „Ludzie akceptują mnie za to, kim jestem online"; „Relacje online mogą być bardziej satysfakcjonujące niż te offline"). Jest to prawdopodobnie związane z korzystaniem z internetu jako sposobu na ucieczkę z prawdziwego życia związki międzyludzkie;

2. zachowanie
   a. unikanie zachowań: w obliczu stresujących wydarzeń, korzystanie z internetu i natychmiastowe wzmocnienia z wirtualnego interaktywnego świata są na tyle gratyfikujące, że jednostka bardzo chętnie się w nie angażuje. Takie zachowanie może być szczególnie częste w przypadku nietolerancji na frustrację (Ko i in., 2008);
   b. deficyt w „naturalnych" eksperymentach behawioralnych: wiele nastolatków zaczyna korzystać z internetu na wczesnym etapie życia. To oznacza, że może im brakować doświadczeń w obszarze radzenia sobie z wyzwaniami rzeczywistego świata (Ko i in., 2008). Kiedy osoba testuje nową aplikację internetową, prowadzi to do wzmocnień (przyjemność, podniecenie, ciekawość, zanurzenie w wirtualnym świecie, atrakcyjna fantazja, poczucie przynależności do gildii (czyli grupy), wirtualna interakcja społeczna, a jednocześnie ucieczka przed negatywnym nastrojem);
   c. warunkowanie: zgodnie z sugestią Davisa (2001) bodźce, takie jak dźwięk czy komputer lub miejsce związane z korzystaniem z internetu, mogą doprowadzić do warunkowej odpowiedzi, sygnały sytuacyjne zaś mogą przyczynić się do podtrzymywania zachowania;
   d. impulsywność (brak kontroli): impulsywność była wcześniej wiązana z uzależniającymi zachowaniami. Wstępne dane zdają się potwierdzać możliwość występowania związku między „uzależnieniem od internetu" a impulsywnością (Cao i in., 2007);
   e. zachowania związane z samotnością: powiązane zachowania z samotnością (np. „Jak często wolisz korzystać z internetu zamiast wydawać pieniądze? spędzać czas z innymi...?") może przyczynić się do zwiększenia ryzyka uzależnienia od internetu (Whang i in., 2003);

3. emocje:
   a. emocjonalna ulga: wielokrotnie sugerowano, że ludzie z „uzależnieniem od internetu" korzystają z komputera, aby uzyskać ulgę od napięcia psychicznego i stresujących wydarzeń w ich prawdziwym życiu (Young, 1998). W badaniu Greenfielda i współpracowników (za: Young, 2007)

ponad 29% osób uzależnionych od internetu zgłaszało, że korzystają z niego, aby poprawić swój nastrój lub uciec od bieżących problemów. Emocjonalna ulga wydaje się stanowić wzmocnienie negatywne, które może wzmocnić tego typu zachowania;

2. odczuwanie głodu jest jednym z elementów związanych z uzależnieniem od internetu (Ko i in., 2009);
   c. doświadczanie psychicznych objawów odstawiennych;
   d. odczuwanie poczucia winy w związku z korzystaniem z internetu, co paradoksalnie wzmacnia niewłaściwe korzystanie z internetu przez przeżywanie negatywnych emocji (Davis, 2001);
   e. emocjonalne zaburzenia związane z konkretnymi psychopatologiami: Davis (2001) zaproponował model etiologiczny, który prawdopodobnie wyprzedza czysto poznawczą konceptualizację behawioralną. W tym modelu psychopatologia została przedstawiona jako niezbędny czynnik etiologiczny dla „patologicznego korzystania z internetu".

W celu zaprezentowania opisanych modeli teoretycznych zaprezentowano **studium przypadku** młodego mężczyzny wraz z interpretacją. Przykład ten ma za zadanie posłużyć jako przyczynek do dalszej dyskusji dotyczącej sposobu diagnozy, użytych kryteriów, modelu, a także dalszego wyboru terapii (patrz ramka 16).

**Ramka 16. Prezentacja przypadku**

Mateusz ma 16 lat i mieszka z rodzicami w Bydgoszczy. Codziennie spędza przed komputerem niemal 10 godzin na przeszukiwaniu internetu pod kątem różnych wiadomości, na chatach, grając w gry, pobierając filmy czy muzykę. Mateusz był od początku wychowywany w obecności technologii, ale dopiero od trzech lat zaczął się nią bardziej interesować. Wtedy, na urodziny, dostał pierwszy komputer. Mateusz wspomina, jaki był zaaferowany odkrywaniem nowych rzeczy, uczeniem się nowych funkcji. Rodzice Mateusza zauważyli wtedy, że z tygodnia na tydzień zafascynowanie Mateusza komputerem rosło, ale zrzucili to na karb przejściowej fazy. Jednakże tak się nie stało i dość szybko okazało się, że Mateusz spędzał niemal każdą wolną chwilę w domu przy komputerze. Rodzice Mateusza próbowali ograniczyć jego używanie komputera prośbami i groźbami, ale efektu nie było.

Po pewnym czasie sytuacja wyglądała tak, że najpierw ograniczali dostęp do komputera, następnie na skutek frustracji syna, narzekania, że się nudzi, że to nie fair, cofali ograniczenia. Aby uniknąć konfrontacji z synem, wybuchów złości, dla spokoju pozwalali mu na korzystanie z komputera tyle, ile chciał. W związku

z tym Mateusz bardzo często do późna w nocy spędza czas przed komputerem. Zaczął mieć pewne problemy w szkole z nauką. Zaczął unikać spotkań rodzinnych, ale także zajęć pozaszkolnych (był w drużynie szkolnej piłki siatkowej, ale przestał chodzić na treningi i został z niej wyrzucony). Mateusz je nieregularnie i często przy komputerze, wypija napoje energetyzujące, aby nie być śpiącym rano. Jak nie ma dostępu do komputera w domu, to używa telefonu (smarfona). Jak jest w miejscu, w którym nie ma dostępu do internetu, to jest poddenerwowany i myśli o tym, co zrobi, jak już będzie miał dostęp.

Mimo że Mateusz wie dużo na temat internetu i tego, co można w nim robić, to ma problem z opisaniem tego, co robi (twierdzi, że robi dużo rzeczy naraz i dlatego nie kontroluje, ile mija czasu). A jak już siedzi przed komputerem, to nie lubi, ktoś mu przeszkadza (np. jak rodzice o coś pytają). Mateusz zaczął się spóźniać do szkoły i czasem opuszczać ostatnie lekcje. Jego oceny znacznie się pogorszyły w ciągu ostatniego roku, a nauczyciele zauważyli jego brak koncentracji i uwagi podczas lekcji. Mateusz nie przykłada się do nauki, w zasadzie nie odrabia prac domowych, czasem coś napisze, ale już w szkole, przed lekcją. Rok wcześniej miał dziewczynę, ale nie byli ze sobą długo – już po miesiącu zerwała z nim, bo czasem zapominał przyjść na spotkania. Wtedy najczęściej grał i zupełnie zapominał. Mateusz nie jest zbyt popularny w szkole, ale ma jednego dobrego kolegę, Dominika. Obaj lubią grać w gry komputerowe i w zasadzie nic więcej ich nie interesuje.

Diagnozę każdego potencjalnego zaburzenia należy rozpocząć od zapoznania się z historią klienta. Mateusz przyznał, że spędzał od 35 do 70 godzin tygodniowo na różnych aktywnościach w sieci. Co ważne, te aktywności można zaklasyfikować do grupy – nie niezbędnych (dla porównania, faktyczne odrabianie pracy domowej byłoby uznane za niezbędne). Chociaż sama ilość spędzanego czasu w sieci nie jest idealnym wskaźnikiem zaburzenia, to spędzanie ponad czterech godzin dziennie w sieci na czynnościach, które nie są niezbędne może przynajmniej sugerować obecność negatywnych emocjonalnych i społecznych konsekwencji. Ocena tego, jak się używa internetu (np. czy dla podtrzymania relacji), daje lepszy wgląd. Jeśli ktoś spędza dużo czasu online, ale jest to związane z pracą, nauką, pasją (np. przygotowanie programu kulinarnego na YouTube), to prawdopodobnie nie będzie to zagrożenie. Jednak jeśli ktoś spędza do czasu online samotnie albo rozmawia z nieznajomymi (np. pisze komentarze na różnych forach), przeszukuje sieć bez konkretnego celu, to może prowadzić do problemowego korzystania i w konsekwencji do uzależnienia.

Mateusz dostał komputer w wieku 13 lat i bardzo silnie się zaangażował w eksplorację jego możliwości. To, co robił, odkrywał, było dla niego emocjo-

nalnie gratyfikujące. Pojedyncze wydarzenie, które jest wiązane z silnymi pozytywnymi emocjami, może stanowić czynnik ryzyka późniejszego uzależnienia (tak jest w przypadku hazardu – wygrana jest czynnikiem ryzyka). Dodatkowo Mateusz odkrywał różne funkcje komputera/internetu i dawało mu to satysfakcję poznawczą. W przypadku hazardu zniekształcenia poznawcze pozwalają na utwierdzanie się w przekonaniu, że w jakimś stopniu nasze umiejętności wpływają na prawdopodobieństwo wygrania – oczywiście są one błędne. Natomiast w przypadku komputera i internetu sam proces uczenia się jest gratyfikujący, jeśli osoba faktycznie jest się w stanie czegoś nauczyć. Zatem w przypadku komputera i internetu zadowolenie z postępu w uczeniu się jest realne, natomiast przekonania związane z oczekiwaniem pozytywnego efektu są mechanizmem sprzyjającym uzależnieniu (Kouimtsidis, Reynolds, Drummond, Davis i Tarrier, 2007). Te przekonania mogą być bardziej lub mniej zniekształcone, na przykład „tylko w internecie mogę coś osiągnąć" albo „poczuję się lepiej, jak tylko sobie pogram".

Jak opisano w tym rozdziale, istnieją dwie grupy modeli definiujących uzależnienie od internetu – model oparty o kryteria diagnostyczne (Griffiths, 2005b) i model oparty o mechanizmy (Caplan, 2002, 2010; Davis, 2001). Przewagą tego drugiego jest jego dość bezpośrednia aplikacja do terapii. Model Davisa skupia się na nieadaptacyjnych przekonaniach leżących u podłoża problemowego używania internetu. Ten model rozróżnia dwa rodzaje problemowego używania internetu – specyficzny (np. związany z graniem w gry komputerowe) i niespecyficzny (tak zwany zgeneralizowany). Przypadek Mateusza jest egzemplifikacją drugiego rodzaju, tj. zgeneralizowanego problemowego używania internetu. Zgodnie z modelem Davisa problemowe używanie internetu jest podtrzymywane przez trzy procesy: zniekształcenia poznawcze, wzmacnianie, obecność internetu. Oznacza to, że jest duże prawdopodobieństwo, że sama obecność internetu i komputera, zafascynowanie ich funkcjami było przyczynkiem do dwóch pozostałych procesów. Zniekształcenia poznawcze mogą dotyczyć negatywnej emocjonalności (np. negatywnej samooceny, poddawania swojej wartości w wątpliwość) i być związane z komputerem/internetem (np. „poza siecią jestem nikim", „ludzie w realu są wstrętni, tylko w sieci mogę liczyć na wsparcie"). Wzmacniająca funkcja komputera i internetu została opisana wcześniej.

Model Davisa wyróżnia kilka zachowań na komputerze/w sieci, które są wysoce nagradzające, a tym samym mogą stanowić zagrożenie dla osób mających problemy z samokontrolą (do takich zachowań/aktywności należą gry). Ponadto autor modelu zwraca uwagę na to, że im więcej czasu poświęca się na granie, tym mniej pozostaje na inne potencjalnie nagradzające aktywności poza internetem. To z kolei prowadzi do błędnego koła – im więcej czasu Mateusz gra, tym mniej ma czasu na inne aktywności poza siecią, im mniej się angażuje w inne aktywno-

ści, które mógłby być dla niego nagradzające, tym bardziej poszukuje wzmocnienia w tym, co robi i tym więcej gra.

Pracując z klientem, oczywiście zalecane jest używanie obu modeli – zarówno opartego na mechanizmie, jak i na kryteriach. Polecane jest zatem stosowanie narzędzi diagnostycznych w celu oszacowania powagi problemu oraz uświadomienia samemu klientowi jego sytuacji. Wybór narzędzia jest ważny, gdyż wiąże się z uwzględnieniem lub pominięciem poszczególnych kryteriów diagnostycznych (opisanych wcześniej). Zatem zalecane jest korzystanie z narzędzi, które albo zostały utworzone na bazie kryteriów diagnostycznych zaburzenia grania w gry z DSM-5, albo z narzędzi opartych o model Davisa i Caplana[14] (Rowicka, w recenzjach).

W przypadku Mateusza prawdopodobnie farmakoterapia nie byłaby rekomendowana, gdyż chłopiec nie cierpi na żadne zaburzenie współwystępujące (brak ADHD, nie ma depresji). W związku z obecnie obowiązującymi standardami można skierować Mateusza na terapię CBT. Badania sugerują, że w podobnych przypadkach terapia mogłaby przynieść pożądanie efekty już po 8–12 sesjach. W przypadku Mateusza byłyby to: obniżenie częstości korzystania z internetu i symptomów uzależnienia. Można by zatem rekomendować udział na przykład w terapii opisanej przez Du i współpracowników (2010) (opisanej w tym rozdziale). To, co byłoby ważne w przypadku Mateusza, to monitorowanie własnych myśli prowadzących do angażowania się w używanie internetu (w tym zniekształceń poznawczych), a także trening umiejętności radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami (Young, 2007). W początkowej fazie terapii będzie należało skupić się na komponentach behawioralnych i sytuacyjnych, takich jak identyfikacja sytuacji szczególnie intensywnego używania internetu. W dalszej fazie będzie można przejść do przekonań i myśli (por. Young, 2011).

**Rokowania:** Dostępna literatura (choć skromna) pozwala wnioskować, że już krótka terapia uzależnienia od nowych technologii może być efektywna (np. 6-miesięczna). Przypadek Mateusza jest dość poważny, zarówno ze względu na wzorzec używania internetu (co robi i jak często), przejawiane przez niego symptomy, jak i jego wiek. Mateusz jest nastolatkiem, gdyby był dużo młodszy, łatwiej byłoby pracować nad zniekształceniami poznawczymi i zachowaniem, a gdyby był starszy (dorosły), mógłby mieć już zasoby społeczne czy psychospołeczne. Ponadto w wieku, w którym jest Mateusz, bardzo rzadko dochodzi do spontanicznego zaprzestania używania internetu, w przypadkach kiedy jest on używany w sposób problemowy. Symptomy uzależnienia od internetu wzmacniają

[14] Narzędzie do oceny problemowego używania internetu Caplana zostało zaadaptowane w Polsce.

zaburzenia z pierwszej osi (Orzack i in., 2006). W przypadku Mateusza należałoby zaangażować w proces terapeutyczny także rodziców (Barossi, Meira, Goes i Abreu, 2009, za: Young i de Abreu, 2011)

### 7.3. Wskazówki terapeutyczne

Terapia zaburzeń związanych z nadmiernym korzystaniem z internetu jest dość nowym wyzwaniem. Analizując skuteczność wybranych strategii i technik, można zasugerować, aby w pracy z nastoletnimi klientami zwrócić uwagę na następujące elementy:

1. **Harmonogram monitorowania aktywności w sieci** – może być przydatny zarówno dla terapeuty, jak i dla klienta. Dzięki niemu można uzyskać wspólne zrozumienie tego, jakie rodzaje aktywności online występują (tj. w typowym tygodniu), na początku i podczas trwania terapii. Klient może korzystać z niego przy dokumentowaniu myśli i stanów emocjonalnych przed, w trakcie i po działaniach online, aby zrozumieć funkcjonalny cel korzystania z internetu. Należy również rejestrować myśli, emocje i zachowania, które pojawiają się w odpowiedzi na bycie online. Na przykład klient powinien prowadzić dzienniczek, w którym zapisuje przebieg kłótni z rodzicami na temat używania komputera. Informacje te mogą być pomocne, aby zrozumieć negatywny wpływ nadmiernego korzystania z komputera, a także zmotywować pozytywne zmiany.
2. **Stawiane w terapii cele powinny być realistyczne**. Biorąc pod uwagę wszechobecność internetu, abstynencja od niego może nie być możliwa (zwłaszcza biorąc pod uwagę potrzebę korzystania z internetu przy załatwianiu codziennych spraw czy w życiu społecznym itd.). Kontrolowane lub regulowane korzystanie z internetu jest często celem terapii w badaniach klinicznych (Shek, Tang i Lo, 2009). Początkowym celem w terapii u Mateusza może być zatem niekorzystanie z internetu podczas wykonywania pracy domowej.
3. **Strategie behawioralne, mające na celu ograniczenie długotrwałego korzystania z internetu**, mogą być przydatne na początkowych etapach. Na przykład, używając budzika, aby ustawić maksymalny limit 45 minut korzystania z internetu, a następnie konieczność zrobienia czegoś innego przez 15 minut. Podobnie, gdy klient ma czekać 5 minut przy komputerze z wyłączonym ekranem przed rozpoczęciem użytkowania. Young (2007) sugeruje, że terapia behawioralna (a dokładniej warunkowanie) może być wykorzystana do ponownego poznania sposobu korzystania z internetu w celu osiągnięcia konkretnych rezultatów, takich jak umiarkowane korzystanie z internetu.

4. **Eksperymenty behawioralne** w celu przetestowania zniekształceń poznawczych i błędnych przekonań związanych z korzystaniem z internetu (np. „Nie mam kontroli nad moim korzystaniem z internetu") lub zmniejszone zachowanie online (np. „Jestem bezwartościowy bez internetu w życiu") mogą pomóc w zbudowaniu pewności siebie.
5. **Psychoedukacja jest skutecznym elementem CBT**, szczególnie dla rodziców nastolatków. Wielu z nich ma ograniczoną wiedzę na temat internetu, jego funkcji i zagadnień. Rodziców należy również poinformować, że samo usunięcie komputera z życia nastolatków może być znaczącym szokiem i przynieść efekt przeciwny do zamierzonego, na przykład uniemożliwić bezpieczną i wspierającą relację rodzic–dziecko. Próby, by zmniejszyć korzystanie z internetu przez Mateusza przez ograniczenie i przywrócenie dostępu do internetu w jego pokoju, nie były skuteczne i wzmagały zachowania buntownicze. Bardziej pomocne i wskazane byłoby raczej zapewnienie chłopcu wsparcia oraz zachęcanie go do podejmowania wysiłków w osiąganiu celów terapeutycznych.
6. W większości przypadków nawykowe korzystanie z internetu przez nastolatka prawdopodobnie doprowadziło do załamania komunikacji w rodzinie i spowodowało nasilenie stresu i konfliktu. Relacje rodzinne mogą być poprawiane przez wspólne osiągnięcie porozumienia co do tego, czym jest uzależnienie od internetu.
7. Rowan (2010) przedstawia następujące **wytyczne dotyczące profilaktyki uzależnień od internetu dla rodziców z małymi dziećmi:** (a) ograniczenie korzystania z urządzeń technologicznych przez dzieci do 1–2 godzin dziennie, (b) ćwiczenie fizyczne 3–4 godziny dziennie, (c) słuchanie, uściski, historyjki na dobranoc, (d) usuwanie telewizorów z sypialni, brak „technicznych obiadów" w niedziele i święta oraz (e) brak urządzeń z dostępem do internetu lub gier w czasie przerwy szkolnej. Można je również dostosować do celów terapeutycznych. Na przykład klient może zaplanować zjadanie posiłków (w szczególności obiadu) w jadalni lub innym pomieszczeniu w domu, gdzie nie może korzystać z internetu. Rodzice dziecka mogli wykorzystać ten „wolny od technologii" czas na budowanie relacji.
8. **Wzorce snu** są często zakłócane w wyniku długotrwałego korzystania z internetu. Klienci mogą korzystać z interwencji mających na celu ustanowienie normalnej aktywności snu/czuwania, w szczególności zmiany wykorzystania mediów elektronicznych w godzinach dziennych (niekoniecznie ograniczając liczbę godzin w internecie), a nie bezpośrednio przed snem. Badania epidemiologiczne dotyczące snu nastolatków sugerują, że korzystanie z komputera przed snem wiąże się z wydłużonym czasem zasypiania, gorszą jakością snu oraz zmniejszoną czujnością i koncentracją w ciągu dnia. Lepszy sen jako pierwszy krok może pomóc w motywowaniu zaangażowania do dalszej terapii.

9. **Dialog motywujący (DM) jako uzupełnienie CBT.** DM może być użyty do (a) wywoływania samomotywujących stwierdzeń, (b) wspierania odporności klienta na zmianę korzystania z internetu za pomocą technik refleksyjnych i podsumowujących, (c) analizowania pomocnych i nieprzydatnych aspektów używania internetu oraz (d) przeanalizowania kosztów i korzyści związanych ze zmianą korzystania z internetu w kontekście wartości klienta. Karty przypomnień (lub „fiszki"), które podsumowują cel leczenia i/lub zawierają listę instrukcji motywacyjnych, mogą być użyteczne dla klienta przez cały czas.
10. Zaabsorbowanie klienta internetem może być przeszkodą w identyfikacji odmiennych sposobów spędzania czasu. Pomocne może być stworzenie osobistego repertuaru aktywności (np. wykorzystując te, które kiedyś były uważane za atrakcyjne, ale przez korzystanie z internetu zostały porzucone). W przypadku nastolatków niezgłaszających innych zainteresowań, można włączyć nowe działania, które rozwiną ich mocne strony lub kompetencje (np. aktywne zaangażowanie się w pracę zespołową, praca artystyczna, wolontariat). Dla Mateusza może to być na przykład powrót do lokalnej drużyny sportowej.
11. **Technika przekierowania uwagi** może być przydatnym narzędziem dla nastoletnich klientów. Polega ona na przekierowaniu uwagi z wewnętrznych (stanów emocjonalnych, myśli automatycznych) lub zewnętrznych bodźców związanych z internetem. Przekierowanie uwagi od sygnałów internetowych na inne ma na celu ograniczenie potrzeby korzystania z tego medium poprzez poprawę regulacji i kontroli uwagi (Kouimtsidis i in., 2007). Przykładem może być skupienie się na przywołanych w myślach przyjemnych obrazach lub wspomnienie pozytywnego wydarzenia. Klient powinien ćwiczyć tę umiejętność, aby mógł łatwo wywołać takie myśli w sytuacji wysokiego ryzyka.
12. Chociaż nie zawsze jest to możliwe, **spotkania grupowe** mogą być pomocne w normalizowaniu poczucia wstydu, poczucia winy, bezwartościowości i izolacji związanej z objawami uzależnienia u nastolatków.
13. Young (2007) sugeruje, że ci, którzy cierpią z powodu negatywnych przekonań, mogą najbardziej zainteresować się anonimowością internetu. Na późniejszym etapie terapii można zastosować restrukturyzację poznawczą w celu zaadresowania podstawowych negatywnych przekonań.
14. Istnieją nieliczne badania, w których podejmowano próby leczenia uzależnienia od internetu w środowisku online (Su, Fang, Miller i Wang, 2011). Chociaż można to porównać do leczenia alkoholizmu w pubie, podejście to ma pewne zalety. Zasadniczo pozwala lekarzom dotrzeć do osób z tego typu zaburzeniami, które w przeciwnym razie nie zostałyby włączone w proces leczenia. Klienci, u których zdiagnozowano lęk uogólniony lub fobie, oprócz uzależnienia od internetu mogą przejawiać trudności z wyjściem z domu nawet w celu leczenia.

## Podsumowanie

Podczas procesu terapeutycznego i poszukiwania pomocy przez klienta należy zwrócić uwagę na wiele elementów. Zamiast powtarzać opisane sugestie, można posłużyć się **listą kontrolną** (*check list*), zaadaptowaną zgodnie z sugestiami Kimberly Young, zamieszczoną w ramce 17.

**Ramka 17. Lista kontrolna**

1. Oceń aktualny sposób korzystania z internetu:
   a. Dokładnie przeanalizuj zakres obecnego sposobu użytkowania.
   b. Zidentyfikuj aplikacje online, które są najbardziej problemowe i wyzwalają nadużycia.
   c. Poszukaj konkretnych sytuacji, w których jesteś najbardziej podatny na długie korzystanie (nuda, kłótnie itp.).
2. Dokonaj wymiernych zmian w zachowaniu w internecie:
   a. Zapisuj w dzienniczku wszelkie zmiany (np. godziny) w korzystaniu z internetu.
   b. Określ nowe miejsca do korzystania z internetu, które są bardziej publiczne i widoczne.
   c. Zastanów się, w jaki sposób poradzisz sobie z abstynencją.
   d. Zidentyfikuj swoje obecne zmagania i zastanów się, jak sobie poradzisz z emocjami i fizycznymi stratami, które mogą wystąpić, gdy powstrzymujesz się od korzystania z internetu.
   e. Bądź proaktywny w modyfikacjach stylu życia, które pomogą nie korzystać z komputera.
   f. Najpierw rozwiązuj podstawowe problemy związane z uzależnieniem.
3. Opracuj proaktywny plan radzenia sobie w sytuacjach wysokiego ryzyka:
   a. Naucz się unikać sytuacji wysokiego ryzyka.
   b. Zaplanuj z góry, w jaki sposób można ich uniknąć lub z powodzeniem poradzić sobie z nimi.
4. Popraw racjonalizacje prowadzące do nawrotu:
   a. Przeanalizuj, które myśli i interpretacje rzeczywistości stanowią powód do nawrotu, np.: „Nie poszło mi tym razem".
   b. Uważaj na wewnętrzne motywy „usprawiedliwianie", takie jak: „Miałem ciężki dzień. Zasługuję na cyber" lub „Cóż, dzisiaj byłem produktywny".

# Rozdział 8. Implikacje – rozmowa z terapeutami

Inspiracją do napisania tego rozdziału były rozmowy przeprowadzone z terapeutami uzależnień, którzy w swojej pracy mieli kontakt z osobami cierpiącymi z powodu tak zwanych e-uzależnień. W szczególności chciałam podziękować Paniom Dorocie Woronowicz, Anicie Pindiur i Gabrieli Pełce.

W rozmowach z terapeutami zostały zadane następujące pytania:

- Uzależnienia od nowych technologii (internetu, grania w gry komputerowe, Facebooka) są relatywnie nowym zjawiskiem. Czy zgłaszają się osoby cierpiące z powodu problemów wynikających z korzystania z Facebooka czy internetu lub ich rodziny?
- Kto uzależnia się od nowych technologii?
- Na jaką formę pomocy mogą liczyć osoby (lub ich rodziny) zgłaszające się z tym problemem?
- Czego brakuje (z zakresu terapii/profilaktyki uzależnień od nowych technologii?

Na podstawie odpowiedzi i przemyśleń udzielonych na wymienione pytania można wyciągnąć wnioski dotyczące pięciu obszarów:

- obraz osób poszukujących pomocy;
- stan wiedzy terapeutów (z zakresu, przyczyn i mechanizmów e-uzależnień);
- stan wiedzy społeczeństwa (biorąc pod uwagę wiedzę między innymi rodzin);
- profilaktyka;
- narzędzia pomagające w diagnozie.

Uwagi i wyjaśnienia dopowiedziane przez Autora są zaznaczone w tekście.

## Obraz osób poszukujących pomocy

Do terapeutów zgłaszają się trzy rodzaje osób. Pierwszy z nich to osoby, które mają poczucie, że nowe technologie (komputer, Facebook, ogólnie internet) zawładnęły ich życiem. Są to osoby dorosłe, które same poszukują pomocy (nikt ich nie skierował). Widzą negatywne konsekwencje w postaci utraty relacji społecznych (kontaktów towarzyskich), co skutkuje odczuwaniem negatywnych emocji. Są zatem smutni, nie chcą tego, ale nie mogą się powstrzymać i kolejnego ranka tuż po wstaniu z łóżka sprawdzają e-maile i portale społecznościowe. Czują, że to, co miało ułatwiać im życie, zaczęło ich pochłaniać i efekt jest odwrotny, stracili równowagę pomiędzy życiem w wirtualnej przestrzeni a życiem realnym. Zgłaszają się, bo chcą odzyskać kontrolę, wiedzą, że nie chcą być ciągle online, ale już nie potrafią tego zrobić samodzielnie. Im więcej czasu spędzają online, tym bardziej osłabiają się ich relacje społeczne i tym trudniej jest im wrócić do poprzedniej formy funkcjonowania. Czasem klienci porównują ten stan z więzieniem, w którym jeśli przebywa się bardzo długo, to zatraca się umiejętności funkcjonowania na wolności. Można zatem powiedzieć, że poszukują narzędzi, sposobów do nauczenia się niejako życia (poza rzeczywistością wirtualną) na nowo. Część klientów pracuje z komputerem, internetem czy telefonem (niekoniecznie jest to praca merytorycznie związana z nowymi technologiami, może ona jedynie wykorzystywać nowe technologie do komunikacji) i ma poczucie przesytu informacji. Także oni poszukują sposobu na zbalansowanie swojego życia.

Drugi rodzaj osób zgłaszających się do terapeutów to młode osoby dorosłe, które można w zasadzie uznać za uzależnione od grania w gry czy od internetu ogólnie. Przychodzą za namową rodziny, na ogół rodziców, z którymi mieszkają. Ale te osoby zgłaszają się bardzo rzadko.

Trzeci rodzaj osób zgłaszających się do terapeutów to osoby z innym pierwotnym problemem/uzależnieniem. Wskutek ograniczenia tego zachowania, zaczęli kompulsywnie używać internetu. Są to zatem na przykład osoby ze zdiagnozowanym zaburzeniem grania w gry hazardowe (z diagnozą hazardu patologicznego), które zaczęły grać w sieci, albo osoby z uzależnieniem od substancji, które pod nieobecność substancji zaczęły grać w gry komputerowe i straciły nad tym kontrolę. Podczas terapii pierwotnego zaburzenia bardzo ważne jest także zwrócenie uwagi na ewentualne zaburzenia wtórne, ponieważ w przeciwnym razie owo zaburzenie wtórne stanie się nawykiem radzenia sobie z negatywnymi emocjami wynikającymi z terapii pierwotnego zaburzenia. Dla przykładu, prowadząc terapię uzależnienia od alkoholu nie można zapomnieć o internecie, ponieważ możliwe jest, że nasz klient rozwinie w sobie nawyk regulowania swoich emocji

za pomocą korzystania z internetu. Niemniej, czasem klienci nie są gotowi do podjęcia terapii także w tym kierunku (przychodzą z problemem alkoholowym i nie są gotowi, żeby rozmawiać o swoim graniu hazardowym).

Uwaga Autora: Czwartą grupą są dzieci i młodzież, ale z nimi żaden z terapeutów nie miał kontaktu.

## Stan wiedzy terapeutów

Wszyscy rozmówcy zgodzili się co do tego, że mechanizmy leżące u podłoża e-uzależnień są zbliżone do tych, które dotyczą uzależnień chemicznych, jednak brakuje wiedzy na temat tego, czym są e-uzależnienia. Wiedza naukowa, głównie publikowana w pismach naukowych (i anglojęzycznych), jest słabo dostępna dla osób zajmujących się terapią od strony praktycznej, a publikacji w języku polskim jest wciąż mało. Terapeuci wiedzą, że uzależnienia są zasadniczo powodowane brakiem umiejętności psychospołecznych, wśród których można wymienić: niską samoocenę, brak umiejętności nawiązywania kontaktów czy budowania bezpiecznych relacji, brak umiejętności radzenia sobie z negatywnymi emocjami czy odrzuceniem, obniżony nastrój, brak energii, brak umiejętności radzenia sobie ze stresem w sposób adaptacyjny. Terapeuci jednak są zgodni co do tego, że wiedza szczegółowa na temat mechanizmów uzależniających w grach czy na Facebooku mogłaby wspomóc proces terapeutyczny. Do takich specyficznych charakterystyk należy na przykład to, że używanie Facebooka można podzielić na aktywne i pasywne, przy czym to drugie niesie ze sobą więcej negatywnych konsekwencji. Ponadto granie w gry zaspakaja motywację do wykonywania różnych działań, co nie zawsze jest negatywne same w sobie. Takiej wiedzy najlepiej szukać na warsztatach, konferencjach szkoleniowych czy lokalnych. W związku z tym należy promować możliwości szkoleniowe – zarówno na poziomie poszerzania wiedzy teoretycznej, jak i praktycznej (związane ze strategiami terapeutycznymi).

Ponieważ wiedza o uzależnieniach behawioralnych nie jest tak szeroko rozpowszechniona jak o uzależnieniach chemicznych, mniej osób zgłasza się z tym problemem do specjalistów. Dziesięć lat temu był problem z utworzeniem grupy terapeutycznej dla osób z zaburzeniem grania w gry hazardowe. Obecnie to się zmieniło – tworzy się coraz więcej grup, mamy do czynienia z coraz większym zainteresowaniem tematem oraz coraz mniejszym problemem stygmatyzacji osób borykających się z tego typu problemami.

W przypadku internetu, grania czy Facebooka sytuacja jest podobna do tej sprzed 10 lat z hazardem – brak wiedzy w społeczeństwie powoduje, że mało osób zgłasza się z tym problemem do specjalistów, by podjąć terapię. Nie oznacza

to, że problemu nie ma. Terapeuci podkreślają, że zgłasza się zbyt mało osób, aby utworzyć grupę. Kolejną kwestią jest podział na osoby pełnoletnie, niepełnoletnią młodzież i dzieci.

Uwaga Autora: W przypadku dzieci bardzo często podczas ogólnej diagnozy (łącznie z intelektem) stawia się diagnozę ADHD i ignoruje zaangażowanie dziecka w granie w gry. Z naukowego punktu widzenia nie jest jasne, w jakim stopniu u dzieci z diagnozą ADHD zaburzenie grania w gry może stanowić oddzielne zaburzenie. Jeśli jednak granie spełnia pewne ważne potrzeby, to niezależnie od braku wiedzy naukowej, warto się nad tym zagadnieniem pochylić w psychoterapii.

W przypadku starszych nastolatków i młodych dorosłych najczęściej jest prowadzona psychoterapia indywidualna – polegająca głównie na pracy na deficytach. Do najczęściej wymienianych należą: niskie poczucie własnej wartości, brak poczucia sprawstwa, brak chęci/lęk do podejmowania wszelkich prób i wyzwań, sztywność poznawcza, brak wiary we własne umiejętności i możliwości, obniżony nastrój, brak zainteresowań, brak asertywności, brak kontaktu z własnymi potrzebami, brak umiejętności rozpoznawania i nazywania uczuć. Ponadto należy pamiętać, że im młodszy klient, tym większe powinno być zaangażowanie rodziców w proces terapeutyczny. Praca z nastoletnimi klientami powinna zatem obejmować choćby elementy terapii systemowej.

W ramach terapii najczęściej stosowane jest podejście poznawczo-behawioralne. Praca nad deficytami stanowi jeden z ważniejszych elementów terapii, ale żeby można było się na niej skupić, wprowadza się pewne ustalenie o charakterze behawioralnym – na przykład ograniczenie używania internetu albo całkowitą rezygnację. W zależności od ośrodka i od możliwości klienta może to oznaczać likwidację aplikacji w telefonie albo wymianę telefonu na stary model (bez możliwości łączenia się z internetem). W przypadku usunięcia możliwości kontaktowania się na Facebooku należy zapewnić inną formę radzenia sobie ze stresem czy negatywnymi emocjami (jeśli zabiera się jedno, należy dać coś innego). Kolejnym przykładem jest intensywne angażowanie się w gry komputerowe przez klientów terapii narkotykowej. Błędem jest brak zwrócenia uwagi na rozwijające się wtórne zaburzenie, gdyż jeśli na czas nie zostaną zidentyfikowane deficyty psychospołeczne, takie jak odczuwanie nudy czy stanów lękowych, to granie w gry może rozwinąć się do pełnoobjawowego zaburzenia porównywalnego z uzależnieniem.

Innym podejściem jest tak zwany cyfrowy detoks. Polega on na wyjeździe na obóz i tymczasowej rezygnacji z komputera internetu, telefonu, a nawet zegarka. Taki detoks trwa od trzech dni nawet do tygodnia. Podczas tego czasu uczestnicy angażują się w aktywności sportowe, towarzyskie, uczą się technik poznawczo-behawioralnych

radzenia sobie z negatywnymi emocjami (ze złością, lękiem), umiejętności społecznych, uczą się jak wchodzić w nowe zdrowe kontakty z żywym człowiekiem, trenują elementy uważności. Podejście to nie jest terapią, ale jest oparte o pewne strategie terapeutyczne (CBT, mindfulness). Fakt, ze nie jest to terapia, wbrew pozorom nie stanowi problemu tylko ułatwia pracę – po pierwsze, nie trzeba stawiać diagnozy (co przy braku narzędzi byłoby dość trudne), po drugie – mogłoby narażać na stygmatyzację, po trzecie – wymagałoby dłuższej niż tylko kilkudniowej pracy. Zdażają się pojedyncze osoby, które są tak silnie zaangażowane w granie, że przestały wychodzić z domu czy dbać o higienę. Po takim obozie detoksowym i indywidualnej pracy są w stanie wdrożyć zmiany w swoim funkcjonowaniu (ograniczyć czas spędzany w sieci, angażować się w inne aktywności). Niemniej, w obecnej formie obozy funkcjonują raczej jako grupa wsparcia z treningiem psychospołecznym.

Podsumowanie Autora: Ogólnie rzecz ujmując, z obserwacji terapeutów wynika, że podłoże uzależnień chemicznych i behawioralnych jest bardzo podobne – głównie związane z deficytami psychospołecznymi.

## Stan wiedzy społeczeństwa

Stan wiedzy społeczeństwa na temat e-uzależnień można opisać jako dość niski. Z jednej strony jest to tłumaczone tym, że o ile nawet pojedyncze przyjęcie heroiny czy innej nielegalnej substancji psychoaktywnej może się wiązać z poważnymi konsekwencjami (prawnymi czy zdrowotnymi), o tyle umiarkowane używanie internetu nie niesie żadnego zagrożenia, a nawet jest pożądane. W związku z tym można zauważyć ogólną tendencję do bagatelizowania problemu do momentu, aż będzie prowadził do widocznych negatywnych konsekwencji (kiedy będzie już za późno na działania profilaktyczne).

Ponieważ problem e-uzależnień dotyczy głównie dzieci i młodzieży, to podmiotami, które bagatelizują potencjalny problem są rodzice i szkoła. Rodzice bardzo często są dumni z tego, że ich roczne dzieci są w stanie wykonać serię ruchów na tablecie czy w telefonie, nie zdając sobie sprawy z nieadekwatności tego sprzętu do zabawy na tym etapie rozwojowym. Rodzice starszych dzieci wspierają zainteresowania swoich pociech w obszarze grania na komputerze w miejsce wyjścia z domu i zabawy na podwórku (ze względu na potencjalne niebezpieczeństwa). Nie znając możliwości internetu, nie zdają sobie sprawy z niebezpieczeństw z nim związanych. Wśród nich można wymienić przykładowo kontakt z nieodpowiednimi treściami (agresja, seks), ale także nadmierną ufność w to, co zostało umieszczone w internecie (np. porady na forach internetowych). Brak krytycznego myślenia, niski poziom samooceny, brak asertywności mogą prowadzić do tego, że dziecko może stać się mimowolnym uczestnikiem niebezpiecznych sytuacji.

Inną kwestią braku świadomości społeczeństwa jest częste zamienianie jednych zachowań nałogowych na inne, w tym na internet. Osoby uczestniczące w terapii wiedzą, że nie mogą zamienić używania narkotyków na alkohol. Nie mają jednak często świadomości tego, że każde zachowanie, w które się nadmiernie zaangażują (i zaczną tracić kontrolę), jest formą zastąpienia tego zachowania, w związku z którym podjęli terapię. Zdarzają się zatem przypadki osób, które, będąc w terapii alkoholowej czy narkotykowej, zaczęły intensywnie grać w gry.

Podniesienie świadomości na temat e-uzależnień – nie w celu przerażenia, ale uwrażliwienia na fakt, że wszystko ma swoje konsekwencje, na co należy zwracać uwagę, jakie symptomy, jakie zachowania i co zrobić, gdy się je zauważy – krótki przewodnik dla rodziców czy nauczycieli. Nie ze wszystkimi problemami rodzice są w stanie sami sobie poradzić, na przykład z depresją czy zaburzeniami lękowymi zdecydowanie należy udać się do specjalisty.

## Profilaktyka

Terapeuci są zgodni co do tego, że uzależnienia behawioralne nie dają tak szybko negatywnych efektów jak uzależnienia chemiczne (w przypadku heroiny proces uzależnienia może być skrócony do 10 użyć), ale powodują ogromne spustoszenie w każdym z obszarów życia osoby uzależnionej i jej rodziny.

Celem profilaktyki w odniesieniu do tak zwanych e-uzależnień nie może być eliminacja z życia okazji do powstania uzależnienia (np. wyrzucenie telefonu albo zabranie dziecku komputera), a raczej prawidłowe używanie nowych technologii. W związku z tym, że już najmłodsze dzieci korzystają (w bardziej lub mniej świadomy sposób) z nowych technologii, należałoby podjąć działania profilaktyczne na etapie nauczania przedszkolnego. Takie działania powinny być skierowane do dzieci, ale przede wszystkim do ich rodziców, którzy kształtują rozwój swoich pociech. Zatem jedną z pierwszych sugestii wysuniętych przez rozmówców jest silny nacisk na profilaktykę e-uzależnień od najmłodszych lat, dzięki czemu możliwe jest zarówno **wspieranie rozwoju dziecka, jak i wspieranie rozwoju umiejętności wychowawczych rodziców**.

Jednym z przykładów programów wspierających rozwój psychospołeczny dzieci jest program promocji zdrowia Przyjaciele Zippiego, który porusza następujące zagadnienia (uczucia, komunikacja, przyjaźń, rozwiązywanie konfliktów, przeżywanie zmiany i straty, radzenie sobie z trudnościami)[15] (Nerwińska, 2016).

[15] Program *Przyjaciele Zippiego* należy do zestawu programów rekomendowanych. Więcej informacji na jego temat można znaleźć na stronie www.programyrekomendowane.pl.

Uwaga Autora: Program ten wprawdzie nie odnosi się do nowych technologii, ale zawiera pierwszy z elementów profilaktyki, którą należałoby wdrożyć. Obecnie w Polsce są (lub były) realizowane programy dla najmłodszych (np. „Owce w sieci", „Necio.pl", „Sieciaki.pl", „Brzdące w re@lu", „Przedszkolak w sieci, czyli jak pomóc dziecku i się nie zaplątać", „Rysia i Tolek na Cyberzachodzie", „Rysia i Tolek w Krainie zdrowych nawyków" oraz aplikacja „Rysia i Tolek w cyberświecie"), ale niezbędne są kompleksowe badania ewaluacyjne w celu ustalenia ich zakresu oddziaływania. Jedną z bardziej obiecujących propozycji podejmujących tę tematykę jest program „Stawiam na siebie"[16] opracowany przez Fundację Praesterno (Rowicka, 2015). Jednakże ze względu na wymagania związane z ewaluacją program nie jest jeszcze ogólnodostępny. Procedura tworzenia i ewaluowania programów jest dość długa i może zająć nawet kilka lat (od wystąpienia o dofinansowanie, przez opracowanie programu, pilotaż, wdrożenie poprawek, aplikację, po dokonanie ewaluacji i jej publikację). O dofinansowanie całego procesu (lub jego części) można aplikować w konkursach organizowanych przez **Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii** (dla przykładu w latach 2016-2017 Fundacja Poza Schematami przeprowadziła projekt pn. „Pierwsze kroki w Cyberświecie – opracowanie, wdrożenie, ewaluacja"; podstawowym celem projektu było opracowanie programu z zakresu profilaktyki uniwersalnej w wersji spełniającej standardy systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, adresowany do uczniów klas IIISP; w roku 2018 prowadzone będzie szkolenie realizatorów programu, przygotowujące do jego realizacji).

Drugą grupą osób, do której powinny być kierowane działania profilaktyczne, są dorośli (zarówno studenci, jak i osoby pracujące). Wyniki badań wskazują, że najczęściej najstarszą grupą odbiorców są studenci. (Uwaga Autora: głównie ze względu okoliczności sprzyjające używaniu nowych technologii, ale także ze względu na dostęp do grupy). W zasadzie nie zostały opracowane żadne programy dla dorosłych. W Polsce jedną z niewielu (jeżeli nie jedyną) inicjatywą o takim charakterze są opisane już **obozy cyfrowego detoksu**. Ze względu na charakter pracy podczas takiego obozu, można uznać, że jest to przykład raczej działań profilaktycznych niż terapeutycznych – uczestnicy mają czas zorganizowany – zajęcia sportowe, artystyczne, ale także warsztaty motywacyjne, radzenia sobie z negatywnymi emocjami (złością, lękiem), umiejętności społecznych (wchodzenia w interakcję). Z opinii uczestników obozów wynika, że udział w programie poprawia funkcjonowanie psychiczne i emocjonalne. Zwłaszcza, że poza ofertą zajęć sportowych, artystycznych mają możliwość rozwijania umiejętności psychospołecznych, a także pewne elementy mindfulness (uważności). Podobne obozy (ale dla dzieci) są organizowane w Korei Południowej. Mają one

[16] Program jest kierowany do młodzieży w wieku 16–17

jednak na celu coś innego, mianowicie pokazanie/nauczenie, w jaki sposób można funkcjonować bez telefonów i internetu, jak można się komunikować, jakie aktywności można podejmować. Podobne strategie pracy z dziećmi i młodzieżą są podejmowane przez harcerstwo i światowy ruch skautowy.

Terapeuci zwrócili uwagę na to, że znakomita większość przekazów w programach profilaktycznych dotyczy informowania o tym, co jest złe, jakie są zagrożenia płynące z sieci, zamiast skupić się na rozwijaniu kompetencji psychospołecznych. Jeśli ograniczymy się do negatywnego przekazu, a nie zaoferujemy niczego pozytywnego w zamian, to przy najbliższej trudnej sytuacji dziecko być może nie zacznie robić tego, przed czym przestrzegaliśmy, ale przekieruje swoją uwagę na inne zachowanie. Na przykład nie sięgnie po alkohol albo nie zacznie oglądać filmów jeden po drugim, ale zacznie grać w gry albo biegać. Zamiast uczyć, jak sobie radzić z trudnymi emocjami w sposób adaptacyjny, czyli pozytywny, mówimy tylko, czego nie robić. Ta strategia nie będzie działała w dłuższej perspektywie.

Uwaga Autora: Czym innym są obozy dla dzieci, podczas których wspiera się ich rozwój i kreatywność, a czym innym są obozy paramilitarne (organizowane np. w Chinach), gdzie dzieci i młodzież są umieszczane bardzo często wbrew swojej woli. Metody pracy wykorzystywane podczas tych drugich obozów są podobne do tych wdrażanych w szkołach wojskowych, a nawet odbierane przez samych uczestników jak więzienie, tj. zakazy, nakazy, pewien stopień deindywidualizacji. Efektem może być wzbudzenie strachu przed ujawnieniem korzystania z komputera.

## Diagnoza

Uwaga Autora: podczas rozmów padło pytanie: „Co nauka może zrobić dla terapeutów?". Terapeuci wskazali dwa obszary, oba związane ze stawianiem diagnozy i późniejszym procesem terapeutycznym.

Po pierwsze, z perspektywy terapeuty albo lekarza (głównie pierwszego kontaktu) najbardziej użyteczne byłyby narzędzia krótkie, które mogą zasygnalizować obecność potencjalnego problemu, a w razie potrzeby będzie można je uzupełnić pogłębionym wywiadem albo zestawem innych narzędzi.

Uwaga Autora: Z perspektywy naukowej równie duże (a może większe) znaczenie mają narzędzia wielowymiarowe, to znaczy analizujące natężenie poszczególnych wymiarów zaburzenia (które można korelować z innymi zaburzeniami albo z cechami osobowości czy temperamentu). Narzędzia krótkie, przesiewowe mogą być wykorzystywane w badaniach naukowych głównie w celu oszacowania rozpowszechnienia danego zjawiska w populacji. Poza tym im krótsze narzędzie,

tym może być mniej miarodajne i tym większy błąd możemy popełnić, klasyfikując osobę badaną do jednej czy drugiej grupy. Oznacza to, że oczekiwania i potrzeby terapeutów nie są zbieżne z oczekiwaniami i potrzebami naukowymi.

Po drugie, dla terapeutów mogą być przydatne wyniki badań wskazujących na współwystępowanie innych zaburzeń, na przykład w przypadku zaburzenia grania w gry i ADHD. Wyniki badań naukowych wyjaśniają, dlaczego zdecydowanie częściej osoba korzystająca problemowo z internetu będzie miała obniżoną samoocenę i doświadczała negatywnych emocje niż osoba problemowo grająca w gry komputerowe. Ogólnie można przyjąć, że mechanizmy uzależnień są takie same, ale to specyficzna wiedza pozwala na szybszy proces diagnozy i być może skuteczniejszą terapię.

Ponadto wyniki badań naukowych są ważne, a mogą być przydatne, jeśli będą popularyzowane w taki sposób, aby były dostępne dla szerszego grona. Służyć temu mogą konferencje szkoleniowe, kursy, prelekcje, publikacje w dostępnych pismach (niekoniecznie naukowych). Coraz więcej takich inicjatyw jest podejmowanych w Polsce przez szereg fundacji pozarządowych współpracujących z naukowcami, terapeutami, profilaktykami czy nauczycielami.

Uwaga Autora: Podejmowane aktywności są często współfinansowane przez Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będący w dyspozycji Ministra Zdrowia[17]. Utworzenie FRPH umożliwiło podjęcie wielu działań, w tym: (1) realizację różnorodnych tematycznie badań (w tym wiele badań z zakresu e-uzależnień), (2) rozszerzenie oferty terapeutycznej dla osób uzależnionych (w tym w części placówek dla młodzieży z e-uzależnieniami), (3) szkoleń dla grup zawodowych podnoszących ich kwalifikacje, (4) działań profilaktycznych, (5) działań edukacyjno-informacyjnych, w ramach których powstały liczne materiały do wykorzystania zarówno przez specjalistów terapii, jak i populację ogólną, (6) wydano kilka publikacji w tym zakresie, (7) prowadzony jest telefon zaufania oraz strona internetowa wraz z poradnią.

Inną organizacją podejmującą działania edukacyjno-profilaktyczne w tym obszarze jest na przykład Ośrodek Rozwoju Edukacji (www.ore.edu.pl).

[17] Więcej informacji na stronie Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii: www. kbpn.gov.pl.

# Zakończenie:
## rekomendacje i nowe kierunki

W miejsce ogólnego podsumowania warto wskazać konkretne rekomendacje zarówno dla prowadzenia badań naukowych, jak i profilaktyki i terapii.

W związku z tym, że tematyka tak zwanych e-uzależnień/zaburzeń związanych z nowymi technologiami jest relatywnie nowa, brakuje ugruntowanej wiedzy, a tym samym modeli teoretycznych. Jednocześnie coraz więcej dzieci, młodzieży i osób dorosłych boryka się z problemami wynikającymi z nadmiernego, wymykającego się spod kontroli używania nowych technologii, w tym grania w gry, korzystania z internetu czy sieci społecznościowych. Osoby te, jak i ich rodziny, uskarżają się na negatywne konsekwencje zarówno dla zdrowia, jak i dla funkcjonowania własnego, ale i w rodzinie, społeczeństwie czy w pracy/szkole. Bardzo często towarzyszą temu negatywne emocje, takie jak złość albo smutek. Zestawiając ze sobą to, co wiemy z naukowego punktu widzenia, z tym, co wiemy od praktyków (tj. od rodziców, nauczycieli, specjalistów zajmujących się działaniami profilaktycznymi i terapeutów), trzeba przyznać, że badania naukowe nie nadążają za tak szybko zmieniającą się rzeczywistością. Praktycy od kilku lat podkreślają, że czasem dzieci i młodzież za bardzo angażują się w nowe technologie, co prowadzi między innymi do obniżenia zainteresowania szkołą, rodziną, znajomymi czy negatywnych emocji, kiedy nie ma dostępu do internetu. Jednakże dopiero w połowie 2013[18] roku opisano (choć tylko w części formalnie, bo w załączniku) propozycję kryteriów diagnostycznych nowego zaburzenia – zaburzenia grania w gry online. W dalszym ciągu brakuje rozpowszechnionej wiedzy na temat modeli teoretycznych (czyli odpowiedzi na pytanie: co prowadzi do zaburzenia/uzależnienia?).

Pierwsza część rekomendacji odnosi się do kierunków prowadzenia badań naukowych. Druga część – do tego, czego i dlaczego nie należy robić, jeśli nasze dziecko nadużywa nowych technologii; trzecia część odnosi się do profilaktyki (co mogą, a czego nie powinni robić rodzice), a także do wskazania rozwiązań na wymiarach indywidualnym, społecznym i systemowym, aby przeciwdziałać uzależnieniom od nowych technologii, a także wspierać terapię.

[18] Data publikacji DSM-5.

# Rekomendacje dla dalszych badań

1. **Ujednolicenie definicji**
   Zdecydowaną najpilniejszą potrzebą jest ujednolicenie definicji poszczególnych uzależnień/zaburzeń związanych z nowymi technologiami. Obecna sytuacja, w której jedyną ujednoliconą definicją jest propozycja DSM-5 zaburzenia grania w gry komputerowe typu online. Jednocześnie klasyfikacja ICD-11 inaczej zoperacjonalizowała to zaburzenie (między innymi wyróżniając granie online i offline). Ponadto badacze tematyki grania w gry zaproponowali jeszcze modele podkreślające mechanizmy, a nie same symptomy. Definicja zaburzenia korzystania z internetu/uzależnienie od internetu, jak również zaburzenia związanego z korzystaniem z portali społecznościowych jest jeszcze bardziej nieuporządkowana. Brak ujednoliconych definicji skutkuje z jednej strony brakiem konceptualizacji danego zaburzenia (posługując się innymi definicjami, badacze nie rozmawiają o tym samym zaburzeniu), a z drugiej – brakiem ujednoliconych narzędzi, co z kolei uniemożliwia porównywanie wyników badań (por. Jarczyńska, 2015).

2. **Dwa modele: łączenie kryteriów diagnostycznych z mechanizmami leżącymi u podłoża**
   Ze względu na dominację podejścia psychiatrycznego opartego na kryteriach diagnostycznych, część badań ogranicza się do identyfikacji kryteriów diagnostycznych, z których tylko jedno odnosi się do przyczyn zaburzeń (modyfikacja nastroju), podczas gdy pozostałe opisują specyficzne negatywne konsekwencje zaburzenia. Jest to słuszne podejście w sytuacji, w której celem badania jest postawienie diagnozy. Duża część badań naukowych nie ma jednak na celu postawienia diagnozy a identyfikację korelatów zaburzenia lub problemowego zachowania (np. problemowego grania w gry). W takiej sytuacji zrozumienie, jaka jest kolejność rozwoju wybranych cech psychologicznych, za co one odpowiadają, czemu sprzyjają i w jakim stopniu, jest zdecydowanie ciekawsze, a nawet ważniejsze z punktu widzenia terapii i profilaktyki. Dla przykładu można założyć, że temperament jest pierwotny w stosunku do osobowości, a strategie radzenia sobie ze stresem są trochę związane z osobowością, ale w większej mierze ze sposobem interpretacji rzeczywistości (np. jako wyzwania lub jako zagrożenia) i z wcześniejszymi doświadczeniami. W badaniu, w którym zostaną porównane: temperament, osobowość, strategie radzenia sobie ze stresem i wymiary uzależnienia/zaburzenia (to znaczy kryteria diagnostyczne), może się okazać, że zaabsorbowanie i izolacja społeczna są związane z nieco obni-

żoną ekstrawersją, natomiast nadużywanie – z nieco podwyższoną neurotycznością[19]. Nieco ciekawsze wydają się wyniki zinterpretowane przez pryzmat modelu zaburzenia grania w gry: osoby z wyższą wrażliwością emocjonalną, będące jednocześnie introwertywne i nieco neurotyczne, rzadziej wybierają strategie zadaniowe radzenia sobie ze stresem, a częściej stosują strategie emocjonalne. Te ostatnie to „koncentrowanie się na sobie i własnych przeżyciach emocjonalnych (złości, poczuciu winy i napięciu), myślenie życzeniowe, fantazjowanie. Działania podejmowane w ramach tego stylu mają na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego związanego z sytuacją stresową, choć w rzeczywistości mogą prowadzić do efektów odwrotnych" (Siudem, 2008, s. 31). Jeśli tak się stanie, to osoba będzie poszukiwała kolejnego zachowania, które może przynieść jej ulgę (np. granie). Innym stylem radzenia sobie ze stresem jest ucieczka – poprzez angażowanie się w zachowania zastępcze (np. granie) lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

3. **Empiryczna weryfikacja korelatów**

W psychologii klinicznej obowiązują modele zachowań problemowych (np. Jessora), model biopsychospołeczny czy model czynników chroniących i czynników ryzyka. Oznacza to, że teoretycznie wiemy, że zmienne biologiczne, psychologiczne i społeczne tłumaczą skłonność do zachowań problemowych i uzależnień. Ale w dalszym ciągu są prowadzone badania, mające na celu ustalenie, które czynniki biologiczne, które psychologiczne i które społeczne tłumaczą różne trajektorie zażywania specyficznych substancji (np. amfetaminy). Oznacza to, że chociaż teoretycznie wiemy, że dobry kontakt z rodzicami jest czynnikiem chroniącym, to do czasu aż zweryfikujemy to empirycznie, pozostaje on tylko potencjalnym czynnikiem chroniącym. W dalszym ciągu potrzebujemy badań, aby zweryfikować, które czynniki i w jakim układzie faktycznie przewidują skłonność do uzależnień od nowych technologii. Ponadto nie należy traktować wszystkich uzależnień od nowych technologii tak samo (czym innym jednak jest zgeneralizowane problemowe używanie internetu, a czym innym zaburzenie grania w gry online).

Pewnym problemem interpretacyjnym jest analizowanie w badaniach jedynie związków korelacyjnych. Dla przykładu można zbadać związek problemowego używania portali społecznościowych oddzielnie z ekstrawersją i oddzielnie z samooceną, podczas gdy analizowanie jednoczesnego związku mogłoby pokazać inne, bardziej rzetelne wyniki. Innym problemem jest uzyskiwanie wyników o bardzo małej sile. Może to być związane z faktycznym brakiem związku pomiędzy analizowanymi zmiennymi lub być wynikiem nieodpowiedniego

[19] Odwołanie do wyników własnych badań prowadzonych na grupie N = 450 graczy w gry online.

doboru osób badanych, co w efekcie prowadzi do badania stopnia problemowego korzystania z internetu, sieci społecznościowych czy grania w gry u osób, które wcale problemu z tą czynnością nie mają.

Ponadto ważne okazuje się ustalenie, które czynniki są konsekwencjami, a które przyczynami (np. depresja może być jednym i drugim, ale potrzebne są badania wskazujące, czy tak faktycznie jest).

Kolejnym ważnym obszarem badawczym jest ustalenie, które czynniki w internecie sprzyjają rozwojowi zaburzenia, czy jest to anonimowość, czy kontrola itp. Beard (2005) sugeruje, że granie w gry offline jest zdrowsze niż online ze względu na obecność lub brak relacji społecznych. Badania własne pokazują jednak, że to osoby, które grają w gry offline, mogą mieć bardziej upośledzone kompetencje społeczne i podwyższony lęk do tego stopnia, że wybierają bezpieczne dla siebie gry – gry, w których nie wchodzą w interakcje z innymi graczami, a z postaciami zaprojektowanymi przed twórców gier.

Beard i Wolf (2001) zaproponowali, aby poddać szczegółowej analizie przypadki osób z zaburzeniami towarzyszącymi i podejmującymi się grania w sposób problemowy. Jest to o tyle ciekawa sugestia, że być może doprowadzi do podobnego podziału graczy problemowych, jak w przypadku grania hazardowego i modelu ścieżek Błaszczyńskiego.

4. **Narzędzia przesiewowe**
Jest bardzo duże zapotrzebowanie na krótkie, przesiewowe narzędzia, które będą służyły głównie terapeutom (nie tylko uzależnień) czy lekarzom pierwszego kontaktu. Mogłyby być one przydatne podczas diagnozy dzieci i młodzieży. Jednocześnie takie krótkie narzędzia mogłyby być użyteczne także w badaniach naukowych, gdzie pozwoliłyby na włączenie lub wyłączenie osób badanych uzyskujących wysokie wyniki na skalach uzależnień od nowych technologii. Użycie takich narzędzi przesiewowych może zwiększyć kontrolę podczas diagnozy i późniejszej terapii innych zaburzeń. W Polsce prowadzone są prace adaptacyjno-walidacyjne dla części takich narzędzi (w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie zrealizowano badanie polegające na opracowaniu i walidacji narzędzi do screeningu i diagnozy uzależnienia od internetu, w Górnośląskiej Wyższej Szkole Handlowej dokonano adaptacji i walidacji narzędzia do pomiaru stopnia zagrożenia problemowym używaniem telefonu komórkowego przez młodzież (MPPUS), w Akademii Pedagogiki Specjalnej dokonano adaptacji i walidacji narzędzi do pomiaru uzależnienia od internetu i grania w gry)[20].

[20] Raporty z badań znajdują się na stronie KBPN.

5. **Granie w gry – nie tylko problem**
Granie w gry jest bardzo często opisywane w kontekście uzależnień behawioralnych (uzależnień od nowych technologii). Dotyczy on prawdopodobnie mniej niż 5% populacji, wśród graczy – także mniejszości. Z punktu widzenia potencjału zagrożenia uzależnieniem i konsekwencji tego zaburzenia oczywiście należy skupić się na przeciwdziałaniu problemowi. Niemniej jest duża część graczy, który chociaż grają długo i często, nie mają negatywnych konsekwencji i nie są uzależnieni. Jest to grupa w Polsce zasadniczo nie przebadana pod względem charakterystyki psychospołecznej. Nie poznaliśmy odpowiedzi na pytanie, co sprawia, że przy intensywnej grze jedni tracą kontrolę i popadają w zaburzenie, a inni nie.

Ponadto gry komputerowe stanowią bardzo interesujący obszar do badań. Rynek gier stale się rozwija, producenci odpowiadają na coraz to nowe potrzeby graczy. Dla przykładu, gry zaspakajają motywacje, które bardzo trudno zaspokoić w inny sposób (patrz rozdział 3). Fenomenem gier zainteresowały się takie instytucje jak Harvard University czy Massachusetts Institute of Technology i wprowadziły do swojego systemu uczenia proces tak zwanej gamifikacji. Polega ona na tym, że podobnie jak w grze gracz, tak i student dysponuje pewną pulą punktów (ECTS), które może rozdysponować pomiędzy różne zdolności (kursy, zdobywanie wiedzy). Jest to proces daleko idącej kastomizacji (personalizacji), gdzie uczelnia oferuje pewną pulę przedmiotów, ale student ma do zrealizowania tylko część. Sednem gamifikacji jest to, że student sam wybiera, które przedmioty będzie realizował. Idąc dalej, jeśli student zrealizuje daną liczbę godzin w ramach podobnej tematyki, uzyskuje specjalizację itd. Efektem takiego systemu nauczania są większa motywacja, większe nakłady pracy, większe poczucie odpowiedzialności za własne kształcenie. Kolejnym pozytywnym wymiarem gier jest to, że mogą stanowić one wskaźnik tego, czego potrzebują dzieci czy młodzież w procesie edukacji. Może jest tak, że jeśli dziecko gra w gry, w których eksploruje świat, to ma zapotrzebowanie na odkrywanie nowych rzeczy, mechanizmów, jest ciekawe poznawczo. Albo jeśli dziecko lubi gry strategiczne, to jest analityczne. Dwoje tak różnych dzieci otrzymuje ten sam sposób nauki w szkole i potencjał jednego z nich może nie być wykorzystany. Znajomość różnych mechanizmów motywacyjnych może okazać się pomocna przy projektowaniu pracy z dziećmi.

# Rekomendacje dla profilaktyki i terapii

W rozdziale 5 zostały opisane strategie profilaktyczne o potwierdzonym działaniu w odniesieniu do nowych technologii. Podsumowując ten rozdział, należy podkreślić, czego i dlaczego nie należy robić (mimo że wydaje się to dobrym pomysłem).

1. **Dlaczego strategia „zabierz dziecku tablet" nie przyniesie efektu?**
   Jeśli rodzic znalazł się w sytuacji, kiedy ma poczucie, że zabranie komputera, telefonu czy tablet jest jedynym rozwiązaniem, to znaczy, że na profilaktykę może być za późno. Oznacza to, podobnie jak w przypadku Mateusza (patrz rozdział 6), że został przegapiony moment pomiędzy zafascynowaniem a utratą kontroli. Zabranie narzędzia, które daje dziecku bardzo dużą (a czasem jedyna) gratyfikację, skończy się spiralą frustracji. Jest to zrozumiałe, ponieważ z używania tego narzędzia dziecko miało same korzyści. Jednocześnie oznacza to, że inne aktywności zostały już zaniedbane. Co zatem zrobić w takiej sytuacji? Powoli, wspólnie z dzieckiem ograniczać użycie tabletu, a w zamian spędzać czas razem (aktywnie, to znaczy grać w piłkę, gotować, planować wspólny posiłek itp.), a nie powiedzieć dziecku, żeby się pobawiło czymś innym. Wspólne wykonywanie innych czynności sprawi, że zarówno czas spędzony w towarzystwie rodzica, jak i sama aktywność mogą stać się gratyfikujące, a tym samym zredukować potrzebę sięgania po nowe technologie. Poza tym dzieci często sięgają po tablet czy telefon, gdy nie mają co robić. Może się okazać, że pokazanie innych możliwych aktywności sprawi, że poszerzy się repertuar tego, co może robić i rzadziej będzie sięgało po telefon czy tablet. Nie unikniemy nowych technologii, nie warto i być może nie trzeba wcale przed nimi uciekać, ale można je traktować jako narzędzia, a nie jako zaspakajanie ważnych potrzeb. Można się spodziewać, że jeśli sami rodzice pokażą dzieciom, do jakich celów (poza bierną przyjemnością) może służyć tablet, to będzie to ukierunkowywało wybór zachowań dziecka.

2. **Nie śledź dziecka w sieci. Dlaczego należy poszukiwać rozwiązań wspólnie?**
   Na rynku aplikacji coraz więcej pojawia się ofert do kontrolowania dziecka online. Czym innym jest monitoring rodzicielski, a czym innym śledzenie

dziecka w sieci. Monitoring polega na tym, że rodzic wie, co dziecko robi w sieci, ale od niego samego – na jakie strony wchodzi, gdy czegoś szuka, z kim rozmawia na chatach, jak dużo czasu poświęca w internecie na inne niż niezbędne aktywności. Dobrą techniką jest ustalenie wraz z dzieckiem limitu czasu spędzanego online. Aby to egzekwować, można zainstalować aplikację, która blokuje dostęp do internetu po określonym czasie. Oczywiście można to modyfikować. Takie aplikacje blokują też dostęp do wybranych treści i na wybrane strony. Użycie takiego filtra może zwiększyć bezpieczeństwo dziecka w sieci. Ale żaden filtr czy aplikacja nie zastąpią rozmów z dzieckiem, wspólnego uczenia się, co jest bezpieczne, a co nie. Mogą do tego posłużyć na przykład filmiki edukacyjne „Owce w sieci" (np. Rowicka, 2015). Natomiast zainstalowanie aplikacji śledzącej bez wiedzy dziecka nie tylko narusza jego prawo do prywatności, lecz także podważa relacje zaufania.

3. **Co zrobić, gdy już jest problem?**
Z jednej strony dostępne są programy profilaktyczne, które można wdrażać w szkołach czy przedszkolach, z drugiej zaś rekomenduje się kierowanie rodziców z dziećmi z problemem uzależnienia od nowych technologii do poradni psychologicznej. Brakuje jednak pośredniego rozwiązania, które pomogłoby rodzicowi zrozumieć problem, a jednocześnie wyposażyło go w pewien wachlarz technik, strategii czy zadań, które mogłyby być skuteczne. Oczywiście takie rozwiązanie jest adekwatne tylko w niektórych przypadkach, w innych może być konieczność wizyty u psychologa ze względu na poziom zaawansowania lub skomplikowania sytuacji. Niemniej brakuje na polskim rynku krótkich przewodników typu „co robić, gdy…", zawierających konkretne wskazówki co robić, jak reagować, jak ustalać wspólnie zasady, jak respektować itd. Opisane wskazówki są przekazywane rodzicom podczas warsztatów kompetencji wychowawczych, ale zasięg krótkich przewodników byłby większy (i być może zachęciłby do udziału w takich warsztatach).

Pojedyncze broszury czy materiały informacyjne (więcej: www.kbpn.gov.pl) już się pojawiły na rynku polskim, ale w większym stopniu zawierają one informacje, czym są uzależnienia behawioralne i jak je rozpoznać, niż wskazówki co robić z dzieckiem, żeby zapobiec rozwojowi tych zaburzeń. Na uwagę zasługują publikacje: „Jak chronić dziecko przed nałogowymi zachowaniami" – publikacja dla rodziców dzieci w wieku 6 lat, „Uzależnienia behawioralne? – Nie potrzebuję!" – 9 broszur edukacyjno-profilaktycznych adresowanych do dzieci w wieku 10–13 lat (uczniowie szkół podstawowych); młodzieży w wieku 15–19 lat (uczniów szkół ponadgimnazjalnych) oraz rodziców. Wymienione pozycje zawierają nie tylko ogólne informacje na temat

nadużywania internetu przez dzieci i młodzież, lecz również wskazówki postępowania w przypadku zaobserwowania u swojego dziecka niepokojących sygnałów, mogących sugerować problem z uzależnieniem i praktyczne wskazówki, jak w codziennym życiu przeciwdziałać ryzyku nałogowych zachowań poprzez zabawę.

4. **Przygotowanie kadry pedagogicznej i psychologicznej pracującej w szkołach i poradniach itp.**
Obecnie w Polsce są prowadzone szkolenia z zakresu uzależnień behawioralnych dla terapeutów, ale brakuje oferty skierowanej do pedagogów i psychologów szkolnych, jak również do rodziców. Oferta szkoleniowa stale się powiększa (cyklicznie odbywają się szkolenia do konkretnych programów profilaktycznych, na przykład UNPLAGGED, Fred goes net). Ale brakuje wiedzy z zakresu uzależnień od nowych technologii i powiązanych z tym strategii pracy profilaktycznej. Szkolenia i materiały edukacyjne można znaleźć na stronach Instytutu Badawczego NASK, na przykład w ramach programu *Safer Internet*. Kursy online są prowadzone także przez ORE, Fundację Dzieci Niczyje[21] czy Fundację Orange.

Na większą skalę są zakrojone kampanie społeczne, choć niezmiernie trudno jest zaprojektować kampanię w mediach (w telewizji, na YouTube itp.), która byłaby skuteczna zgodnie z wytycznymi naukowymi.

5. **Wychowanie do technologii – dobre praktyki**
W celu przeciwdziałania nadmiernemu angażowaniu się w nowe technologie należy pokazać dzieciom, że nie służą one tylko do rozrywki. Problemem wielu rodziców jest pozwalanie dziecku na bawienie się tabletem, komputerem czy smartfonem, podczas gdy narzędzia nowych technologii mogą służyć rozwojowi. Gdybyśmy pokazali dzieciom, że internet służy do szukania informacji, jest narzędziem do pracy, to być może zmniejszylibyśmy pozytywne oczekiwania związane z modyfikacją nastroju strategiami ucieczkowymi. Pokazanie dziecku, że jest w stanie znaleźć odpowiedź na każde pytanie, googlując „how to…", będzie nagradzająca zadaniowo. Jednocześnie nie można zapomnieć o umiejętności krytycznego myślenia (aby analizować wyszukane informacje). Wdrożenie do szkół na różnym poziomie modelu gamifikacji (opisane już w tym rozdziale) pozwoli na zwiększenie angażowania się dziecka czy nastolatka w kształtowanie swojej ścieżki naukowej.

[21] Obecnie: Dajemy Dzieciom Siłę.

**Spis tabel**

Tabela 1. Zestawienie kryteriów diagnostycznych patologicznego hazardu uzależnienia od internetu 16

Tabela 2. Porównanie dwóch analiz kwestionariusza IAT 39

Tabela 3. Wybrane narzędzia mierzące uzależnienie od internetu 41

Tabela 4. Wymiary motywów wg Quantic Foundry 56

**Spis schematów**

Rycina 1. Model poznawczo-behawioralny patologicznego używania internetu (Davis, 2001) 35

Rycina 2. Model kompetencji psychospołecznych (Caplan, 2002) 36

Rycina 3. Modele deficytów psychospołecznych zaburzenia korzystania z sieci społecznościowych 67

Rycina 4. Schemat poznawczy (na podstawie Beck, 2011; za: Rowicka, 2015) 106

**Spis ramek**

Ramka 1. Kryteria uzależnień behawioralnych według Griffithsa 17

Ramka 2. Opis przypadku ilustrujący kryteria uzależnień behawioralnych według Griffithsa 18

Ramka 3. Czynniki psychologiczne wspólne dla uzależnień od substancji i od zachowania 19

Ramka 4. Czynniki społeczne i środowiskowe wspólne dla uzależnień od substancji i od zachowania 19

Ramka 5. Model biopsychospołeczny 20

Ramka 6. Obszary do rozwoju czynników chroniących i czynników ryzyka 23

Ramka 7. Rodzaje uzależnień od internetu według Young 32

Ramka 8. Kryteria diagnostyczne zaburzenia grania w gry online według DSM-5 48

Ramka 9. Zaburzenie grania w gry według propozycji do ICD-11 48

Ramka 10. Opis przypadku gracza 1 – chłopiec, 10 lat 54

Ramka 11. Opis przypadku gracza 2 – mężczyzna, 34 lata 54

Ramka 12. Opis przypadku gracza 3 – kobieta, 26 lat 57

Ramka 13. Opis przypadku gracza 4 – nastolatek, 18 lat 58

Ramka 14. Propozycja kryteriów uzależnienia od Facebooka 65

Ramka 15. Opis przypadku – kobieta, 19 lat 82

Ramka 16. Prezentacja przypadku 114

Ramka 17. Lista kontrolna 121

## Bibliografia


Adams, G. R., Sullivan, A. M., Horton, K. D., Menna, R. i Guilmette, A. M. (2007). A study of differences in Canadian university students' gambling and proximity to a casino. *Journal of Gambling Studies*, 19, 9–18.

Alavi, S. S., Ferdosi, M., Jannatifard, F., Eslami, M., Alaghemandan, H. i Setare, M. (2012). Behavioral addiction versus substance addiction: Correspondence of psychiatric and psychological views. *International Journal of Preventive Medicine*, *3*(4), 290–294.

Allcock, C. C. i Grace, D. M. (1988). Pathological gamblers are neither impulsive nor sensation-seekers. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *22*, 307–311.

Anderson, G. i Brown, F. (1984). Real and laboratory gambling, sensation-seeking and arousal. *British Journal of Psychology*, *75*, 405–410.

Andreassen, C. S., Torsheim, T., Brunborg, G. S. i Pallesen, S. (2012). Development of a Facebook addiction scale. *Psychological Reports*, *110*, 501–517.

APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.

Armstrong, L., Phillips, J. G. i Saling, L. L. (2000). Potential determinants of heavier Internet usage. *International Journal of Human – Computer Studies*, *53*, 537–50.

Associated Press (2016). *The 2016 Associated Press Stylebook and Briefing on Media Law*.

Assunção, R. S. i Matos, P. M. (2017). The Generalized Problematic Internet Use Scale 2: Validation and test of the model to Facebook use. *Journal of Adolescence*, 54, 51–59.

Backer-Grondahl, A. i Sagberg, F. (2011). Driving and telephoning: relative accident risk when using hand-held and hands-free mobile phones. *Safety Science*, 49, 324–330.

Bartle, R. (1996). Hearts, clubs, diamonds, spades: Players who suit MUDs. *Journal of MUD Research*, 1(1), https://www.researchgate.net/publication/247190693_Hearts_clubs_diamonds_spades_Players_who_suit_MUDs

Batthyány, D., Müller, K. W., Benker, F. i Wölfling, K. (2009). Computer game playing: clinical characteristics of dependence and abuse among adolescents. *Wiener Klinische Wochenschrift*, *121*, 502–509.

Beard, K. W. (2005). Internet addiction: A review of current assessment techniques and potential assessment questions. *Cyberpsychology & Behavior*, *8*, 7–14.

Beard, K. W. i Wolf, E. M. (2001). Modification in the proposed diagnostic criteria for Internet addiction. *CyberPsychology & Behavior*, *4*(3), 377–383. https://doi.org/10.1089/109493101300210286.

Bianchi, A. i Phillips, J. (2005). Psychological predictors of problem mobile phone use. *Cyberpsychology & Behavior*, *8*(1), 39–51.

Biechowska, D. (2013). *Opracowanie i walidacja narzędzi do screeningu i diagnozy uzależnienia od Internetu*. Warszawa: IPiN.

Billeux, J., Philippot, P., Schmid, C., Maurage, P., DeMol, J., Vander, M. i Linden, M. (2015). Is Dysfunctional Use of the Mobile Phone a Behavioural Versus Process-Based Approaches. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *22*(5), 460–468.

Billieux, J., Maurage, P., Lopez-Fernandez, O., Kuss, D. J. i Griffiths, M. D. (2015). Can Disordered Mobile Phone Use Be Considered a Behavioral Addiction? An Update on Current Evidence and a Comprehensive Model for Future Research. *Current Addiction Reports*, *2*, 156–162.

Billieux, J., Van Der Linden, M. i Rochat, L. (2008). The role of impulsivity in actual and problematic use of the mobile phone. *Applied Cognitive Psycholology*, 22, 1195–1210.

Bioulac, S., Arfi, L. i Bouvard, M. P. (2008). Attention deficit/hyperactivity disorder and video games: A comparative study of hyperactive and control children. *European Psychiatry*, *23*, 134–141.

Blachnio, A. i Przepiorka, A. (2015). Dysfunction of self-regulation and self-control in Facebook addiction. *Psychiatric Quarterly*, *87*(3), 493–500.

Black, D. W. i Grant, J. E. (2013). *DSM-5 guidebook: The essential companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: APPI.

Blanco, C., Potenza, M. N., Kim, S. W., Ibáñez, A., Zaninelli, R., Saiz-Ruiz, J. i Grant, J. E. (2009). A pilot study of impulsivity and compulsivity in pathological gambling. *Psychiatry Res*, *167*(1–2), 161–168.

Blaszczynski, A. i Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, *97*, 487–499.

Blaszczynski, A. P. M., McConaghy, N. i Frankova, A. (1990). Boredom proneness in pathological gamblers. *Psychological Reports*, *67*, 35–42.

Block, J. J. (2008). Issues for DSM-V: Internet addiction [Editorial]. *The American Journal of Psychiatry*, *165*, 306–307.

Blum, K., Cull, J. G., Braverman, E. R. i Comings, E. (1996). Reward deficiency syndrome. *American Scientist*, *84*, 132–145.

Botvin, G., Schinke, S., Epstein, J. i Diaz, T. (1994). Effectiveness of culturally-focused and generic skills training approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority. *Psychology of Addictive Behaviors*, 8, 116–127.

Boyd, D. M. i Ellison, N. B. (2008). Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship. *Journal of Computer-Mediated Communication*, *13*(1), 210–230.

Brand, M., Laier, C. i Young, K. S. (2014). Internet addiction: coping styles, expectancies, and treatment implications. *Front. Psychol*, *5*, 1256.

Brand, M., Young, K. S. i Laier, C. (2014). Prefrontal control and internet addiction: a theoretical model and review of neuropsychological and neuroimaging findings. *Frontiers in Human Neuroscience*, *8*, 375.

Brand, M., Young, K. S., Laier, C., Wölfling, K. i Potenza, M. N. (2016). Integrating psychological and neurobiological considerations regarding the development and maintenance of specific Internet-use disorders: An Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *71*, 252–266. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.08.033.

Braverman, J., LaPlante, D. A., Nelson, S. E. i Shaffer, H. J. (2013). Using cross-game behavioral markers for early identification of high-risk internet gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27, 868–877. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0014703

Brown, R. I. F. (1993). Some contributions of the study of gambling to the study of other addictions. W:W. R. Eadington i J. A. Cornelius (red.). Reno: University of Nevada.

Buchner, A., Kisilowska, M. i Wierzbicka, M. (2016). *Mistrzowie Kodowania Junior. Raport z badań*. Centrum Cyfrowe.

Busch, V., de Leeuw, R. J. i Schrijvers, A. J. P. (2013). Results of a multibehavioral health-promoting school pilot intervention in a Dutch secondary school. *Journal of Adolescent Health*, *52*(4), 400–406. https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.07.008.

Cabral, J. (2011). Is Generation Y addicted to social media? *Elon Journal of Undergraduate Research in Communications*, *2*(1), 5–13.

Cam, E. i Epbulan, O. (2012). A new addiction for teacher candidates: Social networks. *The Turkish Online Journal of Education Technology*, *11*(3), 14–19.

Caplan, S. E. (2002). Problematic Internet use and psychosocial well-being: Development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. *Computers in Human Behavior,* T. 18, s. 553–575.

Caplan, S. E. (2010). Theory and measurement of generalised problematic Internet use: A two--step approach. *Computers in Human Behavior*, *26*, 1089–1097.

Carli, V., Durkee, T., Wasserman, D., Hadlaczky, G., Despalins, R. i Kramarz, E. (2013). The association between pathological Internet use and comorbid psychopathology: A systematic review. *Psychopathology*, *46*(1), 1–13. https://doi.org/doi: 10.1159/000337971.

Carpenter, C. (2012). Narcissism on Facebook: Self-promotional and anti-social behavior. *Personality and Individual Differences*, *52*(4), 482–486.

Casale, S. i Fioravanti, G. (2018). Why narcissists are at risk for developing Facebook addiction: The need to be admired and the need to belong. *Addictive Behaviors*, 78, 312–318.

CBOS (2012). *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego/patologicznego oraz innych uzależnień behawioralnych*. Warszawa: CBOS.

Charlton, J. P. i Danforth, I. D. W. (2007). Distinguishing addiction and high engagement in the context of online game playing. *Computers in Human Behavior*, *23*(3), 1531–1548.

Charlton, J. P. i Danforth, I. D. W. (2010). Validating the distinction between computer addiction and engagement: Online game playing and personality. *Behaviour & Information Technology*, *29*, 601–613.

Cheung, C. M. K., Chiu, P. i Lee, M. K. O. (2010). Online social networks: Why do students use Facebook? *Computers in Human Behaviour*, 27, s. 1337–1343.

Cho, S. M., Sung, M. J., Shin, K. M., Lim, K. Y. i Shin, Y. M. (2012). Does psychopathology in childhood predict Internet addiction in male adolescents? *Child Psychiatry and Human Development*, *44*(4), 549–555.

Chou, C., Condron, L. i Belland, J. C. (2005). A review of research on Internet addiction. *Educational Psychology Review*, *17*, 363–368.

Chwaszcz, J., Niewiadomska, I., Fel, S., Palacz-Chrisidis, A., Wiechetek, M. i Bartczuk, R. (2015). *Podmiotowe i środowiskowe czynniki ryzyka siecioholizmu u młodzieży.* Lublin: KUL.

Comings, D. E. (1998). Why different rules are required for polygenic inheritance: lessons from studies of the DRD2 gene. Alcohol., 16(1), 61–70.

Correa, T., Hinsley, A. i De Zuñiga, H. (2010). Who interacts on the Web? The intersection of users' personality and social media use. *Comput Human Behav*, 26, 247–253.

Dalbudak, E., Evren, C., Aldemir, S., Taymur, I., Evren, B. i Topcu, M. (2015). The impact of sensation seeking on the relationship between attention deficit/hyperactivity symptoms and severity of Internet addiction risk. *Psychiatry Research*, *228*(1), 156–161. https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.04.035.

Davis, R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior*, *17*(2), 187–195. https://doi.org/10.1016/S0747-5632(00)00041-8.

de Leeuw, R. J., de Bruijn, M., de Weert-van Oene, G. H. i Schrijvers, A. J. P. (2010). Internet and game behaviour at a secondary school and a newly developed health promotion programme: A prospective study. *BMC Public Health*, *10*(1), 544–551. https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-544.

Delfabbro, P. H. i King, D. L. (2014). On finding the C in CBT: The challenges of applying gambling-related cognitive approaches to video-gaming. *Journal of Gambling Studies*.

Demetrovics, Z., Szeredi, B. i Rózsa, S. (2008). The three-factor model of internet addiction: the development of the Problematic Internet Use Questionnaire. *Behav Res Methods*, *40*, 563–574.

Demetrovics, Z., Urbán, R., Nagygyörgy, K., Farkas, J., Griffiths, M. D., Pápay, O., Oláh, A. (2012). The Development of the Problematic Online Gaming Questionnaire (POGQ). *PLoS One*, 7–5.

Demetrovics, Z., Urbán, R., Nagygyörgy, K., Farkas, J., Zilahy, D., Mervó, B., Harmath, E. (2011). Why do you play? The development of the motives for online gaming questionnaire. *Behavior Research Methods*, *43*(3), 814–825.

Donati, M. A., Chiesi, F., Ammannato, G. i Primi, C. (2015). Versatility and addiction in gaming: The number of video-game genres played is associated with pathological gaming in male adolescents. *Cyberpsychology, Behavior & Social Networking*, *18*(2), 129–132. https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0342.

Dong, G., Lu, Q., Zhou, H. i Zhao, X. (2011). Precursor or sequela: Pathological disorders in people with Internet addiction disorder. *PLoS One*, *6*(2).

Dowling, N. A., Lorains, F. K. i Jackson, A. C. (2015). Are the profiles of past-year Internet gamblers generalizable to regular Internet gamblers? *Computers in Human Behavior*, (43), 118–128.

Du, Y., Jiang, W. i Vance, A. (2010). Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioral therapy for Internet addiction in adolescent students in Shanghai. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *44*, 129–134.

Ennett, S., Tobler, N., Ringwalt, C. i Flewelling, R. (1994). How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of project DARE outcome evaluations. *American Journal of Public Health*, *84*(9), 1394–1401.

Eskisu, M., Hosoglu, R. i Rasmussen, K. (2017). An investigation of the relationship between Facebook usage, Big Five, self-esteem and narcissism. *Computers in Human Behavior*, *69*, 294–301.

Faraci, P., Craparo, G., Messina, R. i Severino, S. (2013). Internet Addiction Test (IAT): Which is the Best Factorial Solution? *Journal of Medical Internet Research*, *15*(10):e225

Fergus, S. i Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, *26*, 399–407.

Ferraro, G., Caci, B., D'Amico, A. i Di Blasi, M. (2007). Internet addiction disorder: an Italian study. *Cyberpsychology & Behavior*, *10*(2), 170–175. https://doi.org/doi: 10.1089/cpb.2006.9972.

Fioravanti, G., Dèttore, D. i Casale, S. (2012). Adolescent Internet addiction: Testing the association between self-esteem, the perception of Internet attributes, and preference for online social interactions. *Cyberpsychology Behavior and Social Networking*, *15*(6), 318–323.

Floros, G. i Siomos, K. (2013). The relationship between optimal parenting, Internet addiction and motives for social networking in adolescence. *Psychiatry Research*. http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.01.010.

Gabrhelík, R. (2016). *Prevence užívání návykových látek jako vědní disciplína a její aplikace v praxi [Prevention of substance use as a scientific discipline and its application in practice].* Praha, Slovakia: Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze.

Gainsbury, S., Parke, J. i Suhonen, N. (2013). Attitudes towards Internet gambling: perceptions of responsible gambling, consumer protection, and regulation of gambling sites. *Computers in Human Behavior*, 29, 235–245.

Gainsbury, S., Russell, A., Blaszczynski, A. i Hing, N. (2015). Greater involvement and diversity of internet gambling as a risk factor for problem gambling. *European Journal of Public Health*, 25(4), 723–728.

García del Castillo, J. A., García del Castillo-López, Á., Gázquez Pertusa, M. i Marzo Campos, J. C. (2013). La inteligencia emocional como estrategia de prevención de las addiciones [Emotional intelligence as an addiction prevention strategy]. *Salud y*, *13*(2), 89–97.

Gentile, D. (2009). Pathological video-game use among youth ages 8 to 18. *Psychological Science,* 20, s. 594–602.

Gentile, D., Choo, A., Liau, H., Sim, A., Li, T. i Fung, D. (2011). Pathological videogame use among youths: A two-year longitudinal study. *Pediatrics*, *127*(2), 319–329.

Giota, K. G. i Kleftaras, G. (2013). The role of personality and depression in problematic use of social networking sites in Greece. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, *7*(3), 6. https://doi.org/10.5817/CP2013-3-6.

Global Betting and Gaming Consultants (2011). *Global Gaming ReportCastletown, Isle of* (6. wyd.). Man: British Isles: Author.

Gola, M., Wordecha, M., Marchewka, A. i Sescousse, G. (2016). Visual Sexual Stimuli—Cue or Reward? A Perspective for Interpreting Brain Imaging. Findings on Human Sexual Behaviors. *Frontiers in Human Neuroscience*, *10*(402), 1–7.

Gonzales, A. L. i Hancock, J. T. (2011). Mirror, mirror on my Facebook wall: Effects of exposure to Facebook on self-esteem. *Cyberpsychology, Behaviour and Social Networking*, *14*(1–2), 79–83.

Gray, H. M., Tom, M. A., Laplante, D. A. i Shaffer, H. J. (2015). Using opinions and knowledge to identify natural groups of gambling employees. *Journal of Gambling Studies*, *31*(4), 1753–1766. https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1007/s10899-014-9490-1.

Griffiths, M. D. (1996). Internet "addiction": An issue for clinical psychology? *Clinical Psychology Forum*, *97*, 32–36.

Griffiths, M. D. (2000). Does Internet and computer "addiction" exist? Some case study evidence. *CyberPsychology & Behavior*, *3*, 211–218.

Griffiths, M. D. (2005a). A components model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, *10*, 191–197.

Griffiths, M. D. (2005b). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, *10*(4), 191–197.

Griffiths, M. D. (2008). Internet and video-game addiction. C. Essau (red.), *Adolescent addiction: Epidemiology, assessment and treatment* (s. 231–267). San Diego: Elselvier.

Griffiths, M. D. (2010a). Gaming in social networking sites: A growing concern? *World Online Gambling Law Report*, *9*, 12–13.

Griffiths, M. D. (2010b). The role of context in online gaming excess and addiction: Some case study evidence. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *8*(1), 119–125.

Griffiths, M. D. (2012). Facebook addiction: Concerns, criticisms and recommendations. *Psychological Reports*, *110*(2), 518–520.

Griffiths, M. D. i Meredith, A. (2009). Videogame addiction and treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *39*, 47–53.

Griffiths, M. i Delfabbro, P. (2001). The Biopsychosocial Approach to Gambling: Contextual Factors in Research and Clinical Interventions. *Journal of Gambling Issues*, 5. https://doi.org/10.4309/jgi.2001.5.1.

Griffiths, M. i Parke, J. (2002). The social impact of Internet gambling. *Social Science Computer Review*, *20*, 312–320.

Griffiths, M., Wardle, H., Orford, J., Sproston, K. i Erens, B. (2011). Internet gambling, health, smoking and alcohol use: findings from the 2007 British Gambling Prevalence Survey. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9, 1–11.

Grusser, S. M., Thalemann, R., Albrecht, U. i Thalemann, C. N. (2005). [Excessive computer usage in adolescents—Results of a psychometric evaluation.]. *Wien Klinische Wochenschrift*, *117*(5–6), 188–195.

Gutiérrez, J., de Fonseca, F. i Rubio, G. (2016). Cell-Phone Addiction: A Review. *Front Psychiatry*, *7*, 175.

Ha, J. H., Kim, S. Y., Bae, S. C., Bae, S., Kim, H. i Sim, M. (2007). Depression and Internet addiction in adolescents. *Psychopathology*, *40*(6), 424–430.

Han, D. H., Hwang, J. W. i Renshaw, P. F. (2010). Bupropion sustained release treatment decreases craving for video games and cue-induced brain activity in patients with Internet video game addiction. *Environmental and Clinical Psychopharmocology*, *18*, 297–304.

Han, D. H., Lee, Y. S., Na, C., Ahn, J. Y., Chung, U. S., Daniels, M. A., Renshaw, P. F. (2009). The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *50*, 251–256.

Hecht, M., Colby, M. i Miller-Day, M. (2010). The dissemination of keepin' it REAL through D.A.R.E. America: A lesson in disseminating health messages. *Health Communication*, 25, 6–7.

Herodotou, C., Kambouri, M. i Winters, N. (2011). The role of trait emotional intelligence in gamers' preferences for play and frequency of gaming. *Computers in Human Behavior*, *5*(27), 1815–1819.

Hing, N., Russell, A. M. T., Gainsbury, S. M. i Blaszczynski, A. (2015). Characteristics and help-seeking behaviors of internet gamblers based on most problematic mode of gambling. *Journal of Medical Internet Research*, 17, 13.

Hollenbaugh, E. E. i Ferris, A. L. (2014). Facebook self-disclosure: Examining the role of traits, social cohesion, and motives. *Computers in Human Behavior*, *30*, 50–58.

Hussain, Z. i Griffiths, M. D. (2009). The attitudes, feelings and experiences of online gamers: A qualitative analysis. *CyberPsychology & Behavior*, *12*, 747–753.

Igarashi, T., Motoyoshi, T., Takai, J. i Yoshida, T. (2008). No mobile, no life: self-perception and text-message dependency among Japanese high school students. *Comput Human Behav*, 24, 2311–2324.

Israelashvili, M., Kim, T. i Bukobza, G. (2012). Adolescents' over-use of the cyber world – Internet addiction or identity exploration? *Journal of Adolescence*, *35*(2), 417–424.

Izdebski, P., Michalak, M., Andryszak, P. i Kotyśko, M. (2014). *Osobowościowe uwarunkowania nadmiernego korzystania z sieci społecznościowych wśród adolescentów*. Uniwersytet Kazimierza Wielkiego: Bydgoszcz.

Jarczyńska, J. (2015). Problematyczne używanie Internetu przez młodzież i młodych dorosłych – przegląd narzędzi do przesiewowej oceny tego zjawiska. *Przegląd Pedagogiczny*, 1, 119–136.

Jeong, E. J. i Kim, D. H. (2011). Social activities, self-efficacy, game attitudes, and game addiction. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, *14*(4), 213–221.

Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, *12*, 597–605.

Jessor, R. (1998). *New perspectives on adolescent risk behavior*. New York: Cambridge University Press.

Jessor, R. i Jessor, S. (1977). *Problem behavior and psychological development: a longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.

Jones, T. (2014). Students' cell phone addiction and their opinions. *Elon Journal of Undergraduate Research in Communications*, 5, 74–80.

Kalmus, V., Blinka, L. i Ólafsson, K. (2013). Does it matter what mama says: Evaluating the role of parental mediation in European adolescents' excessive Internet use. *Children & Society*, *29*, 122–133. https://doi.org/10.1111/chso.12020.

Khazaal, Y., Chatton, A., Horn, A., Achab, S., Thorens, G. i Zullino, D. (2012). French validation of the compulsive internet use scale (CIUS). *Psych. Q.*, *83*, 397–405. https://doi.org/doi:10.1007/s11126-012-9210-x.

Kim, E. J., Namkoong, K., Ku, T. i Kim, S. J. (2008). The relationship between online game addiction and aggression, self-control and narcissistic personality traits. *European Psychiatry*, *23*(3), 212–218. https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.10.010.

Kim, K., Ryu, E., Chon, M., Yeun, E., Choi, S. i Seo, J. (2006). Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, *43*, 185–192.

Kim, M. G. i Kim, J. (2010). Cross-validation of reliability, convergent and discriminant validity for the problematic online game use scale. *Computers in Human Behavior*, *3*(26), 389–398.

Kim, S. M., Han, D. H., Lee, Y. S., Kim, J. E. i Renshaw, P. F. (2012). Changes in brain activity in response to problem solving during the abstinence from online game play. *Journal of Behavioral Addictions*, *1*(2), 41–49.

Kim, S. M., Han, D. H., Lee, Y. S. i Renshaw, P. F. (2012). Combined cognitive behavioral therapy and bupropion for the treatment of problematic on-line game play in adolescents with major depressive. *Computers in Human Behavior*, *28*, 1954–1959.

Kim, S. W. i Grant, J. E. (2001). Personality dimensions in pathological gambling disorder and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*, 104, 205–212.

King, D., Delfabbro, P. i Zajac, I. (2011). Preliminary validation of a new clinical tool for identifying problem video game playing. *International Journal of Mental Health Addiction*, *9*(1), 72–87.

King, D. L., Delfabbro, P. H., Griffiths, M. D. i Gradisar, M. (2011). Assessing clinical trials of Internet addiction treatment: A systematic review and CONSORT evaluation. *Clinical Psychology Review*, *31*(7), 1110–1116. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.06.009.

Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. C., Chen, S. H., Wu, K. Y. i Yen, C. F. (2006). Tridimensional personality of adolescents with Internet addiction and substance use experience. *Canadian Journal of Psychiatry*, *51*(14), 887–894.

Ko, C. H., Yen, J. Y., Yen, C. F., Chen, C. S. i Chen, C. C. (2012). The association between Internet addiction and psychiatric disorder: A review of the literature. *European Psychiatry*, *27*(1), 1–8. https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.04.011.

Ko, C. H., Yen, J. Y., Yen, C. F., Lin, H. C. i Yang, M. J. (2007). Factors predictive for incidence and remission of Internet addiction in young adolescents: A prospective study. *CyberPsychology & Behavior*, *10*(4), 545–551. https://doi.org/10.1089/cpb.2007.9992.

Ko, C., Liu, G., Hsiao, S., Yen, J., Yang, M., Lin, C. (2009). Brain activities associated with gaming urge of online gaming addiction. *J Psychiatr Research*, *43*(7), 739–747.

Koc, M. i Gulyagci, S. (2013). Facebook addiction among Turkish college students: The role of psychological health, demographic, and usage characteristics. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. http://dx.doi.org/10.1089/cyber.2012.0249.

Korkmaz, M. i Kiran-Esen, B. (2012). The effects of peer-training about secure Internet use on adolescents. *Turkish Psychological Counseling & Guidance Journal*, *4*(38), 180.

Kouimtsidis, C., Reynolds, M., Drummond, C., Davis, P. i Tarrier, N. (2007). *Cognitive-behavioural therapy in the treatment of addiction*. UK: John Wiley & Sons.

Krzyżak-Szymańska, E. (2016). *Adaptacja i walidacja narzędzia do pomiaru stopnia zagrożenia problematycznym używaniem telefonu komórkowego przez młodzież*. Katowice: Górnośląska Wyższa Szkoła Handlowa.

Kuss, D. i Griffiths, M. (2011). Online social networking and addiction – a review of the psychological literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8, 3528–3552.

Kuss, D. J. (2013). Internet gaming addiction: Current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*, *6*, 125–137.

Kuss, D. J. i Griffiths, M. D. (2012). Internet gaming addiction: A systematic review of empirical research. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *10*(278), 296.

Kuss, D. J., Shorter, G. W., van Rooij, A. J., van de Mheen, D. i Griffiths, M. D. (2014). The Internet addiction components model and personality: Establishing construct validity via a nomological network. *Computers in Human Behavior*, 39, s. 312–321. Crossref. https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.07.031

Kuss, D. J., van Rooij, A. J., Shorter, G. W., Griffiths, M. D. i van de Mheen, D. (2013). Internet addiction in adolescents: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*, *29*(5), 1987–1996. https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.04.002.

Kwon, J. H. (2011). Toward the prevention of adolescent Internet addiction. W: K. S. Young i C. N. de Abreu (red.), *Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment* (s. 223–243). Hoboken, NJ: Wiley.

La Barbera, D., La Paglia, P. i Valsavoia, R. (2009). Social Network and Addiction. *Cyberpsychology & Behavior*, 12, 628–629.

Lam, L. T. (2015). Parental mental health and Internet Addiction in adolescents. *Addictive Behaviors*, *42*, 20–23. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.10.033.

Lam, L. T., Peng, Z. W., Mai, J. C. i Jing, J. (2009). Factors associated with Internet addiction among adolescents. *CyberPsychology & Behavior*, *12*(5), 551–555.

Lan, C. M. i Lee, Y. H. (2013). The predictors of Internet addiction behaviours for Taiwanese elementary school students. *School Psychology International*, *34*(6), 648–657. https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1177/0143034313479690.

Lane, W. i Manner, C. (2011). The impact of personality traits on smartphone ownership and use. *International journal of business, social and scientific research*, 2, 22–28.

Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M. . Peter J. (2009). Development and Validation of a Game Addiction Scale for Adolescents. *Media Psychology*, *12*(1), 77–95.

Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M. i Peter, J. (2011). Psychosocial causes and consequences of pathological gaming. *Computers in Human Behavior*, *27*(1), 144–152.

Lemola, S., Brand, S., Vogler, N., Perkinson-Gloor, N., Allemand, M. i Grob, A. (2011). Habitual computer game playing at night is related to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, *51*(2), 117–122.

Li, W., Garland, E. i Howard, M. (2014). Family factors in Internet addiction among Chinese youth: A review of English- and Chinese-language studies. *Computers in Human Behavior*, 31, 393–411.

Li, X., Li, D. i Newman, J. (2013). Parental behavioral and psychological control and problematic Internet use among Chinese adolescents: The mediating role of self-control. *Cyberpsychology, Behavior & Social Networking*, *16*(6), 442–447. https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0293.

Lin, M. P., Ko, H. C. i Wu, J. Y. (2011). Prevalence and psychosocial risk factors associated with Internet addiction in a nationally representative sample of college students in Taiwan. *Cyberpsychology Behavior and Social Networking*, *14*(12), 741–746.

Lin, T. T., Chiang, Y. H. i Jiang, Q. (2015). Sociable people beware? Investigating smartphone versus nonsmartpone dependency symptoms among young Singaporeans. *Social Behavior and Personality*, *43*(7), 1209–1216.

Lin, Y. i Gau, S. S. (2013). Association between morningness–eveningness and the severity of compulsive Internet use: The moderating role of gender and parenting style. *Sleep Medicine*, *14*(12), 1398–1404. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.06.015.

Lo, S. K., Wang, C. C. i Fang, W. C. (2005). Physical interpersonal relationships and social anxiety among online game players. *Cyberpsychology & Behavior*, *8*(1), 15–20.

Lu, D. W., Wang, J. W. i Huang, A. C. W. (2010). Differentiation of Internet addiction risk level based on autonomic nervous responses: The Internet-addiction hypothesis of autonomic activity. *Cyberpsychology, Behavior & Social Networking*, *13*(4), 371–378. https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1089/cyber.2009.0254.

Majchrzak, P. i Ogińska-Bulik, N. (2006). Zachowania ryzykowne związane z cyberprzestrzenią. W: N. Ogińska-Bulik (red.), *Zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży* (s. 59–78) Wydawnictwo WSHE.

Marino, C., Gini, G., Vieno, A. i Spada, M. (2018). A comprehensive meta-analysis on Problematic Facebook Use. *Computers in Human Behavior*, 83, 262–277.

McBride, J. i Derevensky, J. (2009). Internet gambling behavior in a sample of online gamblers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7, 149–67.

McCormack, A. i Griffiths, M. (2012). Motivating and inhibiting factors in online gambling behaviour: a grounded theory study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *10*(1), 39–53.

Meerkerk, G.-J., Van Den Eijnden, R. J., Vermulst, A. A. i Garretsen, H. F. (2009). The compulsive internet use scale (CIUS): Some psychometric properties. *CyberPsychology & Behavior*, *12*(1), 1–6.

Mehdizadeh, S. (2010). Self-presentation 2.0: Narcissism and self-esteem on Facebook. *Cyberpsychology, Behaviour and Social Networking*, *13*(4), 357–363.

Mehroof, M. i Griffiths, M. D. (2010). Online gaming addiction: The role of sensation seeking, self–control, neuroticism, aggression, state anxiety, and trait anxiety. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, *13*(3), 313–316.

Mohammadi, D. (2017). Suicide prevention: going digital. *The Lancet Psychiatry*, *4*(6), 445–446.

Monaghan, S. (2009). Responsible gambling strategies for Internet gambling: the theoretical and empirical base of using pop-up messages to encourage self-awareness. *Computers in Human Behavior*, *25*(1), 202–207.

Montag, C., Bey, K., Sha, P., Li, M., Chen, Y. F., Liu, W. Y. i Reuter, M. (2015). Is it meaningful to distinguish between generalized and specific internet addiction? Evidence from a cross-cultural study from Germany, Sweden, Taiwan and China. *Asia-Pacific Psychiatry*, 7, 20–26.

Nagygyörgy, K., Urbán, R., Farkas, J., Griffiths, M., Zilahy, D. i Kökönyei, G. (2012). Typology and socio–demographic characteristics of massively multiplayer online game players. *International Journal of Human–Computer Interaction*, *29*(3), 192–200.

Nerwińska, E. (2016). *Rekomendowane programy profilaktyki uzależnień*. Warszawa: Fundacja Praesterno.

Ogden, J. (2007). *Health Psychology* (4. wyd.). New York: Open University Press.

Ogińska- Bulik, N. (2010). *Uzależnienie od czynności. Mit czy rzeczywistość?* Warszawa: Difin.

Olowu, A. O. i Seri, F. O. (2012). A study of social network addiction among youths in Nigeria. *Journal of Social Science and Policy Review*, *4*, 62–71.

Orzack, M. H., Voluse, A. C., Wolf, W. i Hennen, D. (2006). An ongoing study of group treatment for men involved in problematic Internet-enabled sexual behavior. *CyberPsychology & Behavior*, *9*, 348–360.

Ostaszewski, K. (2003). *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Podstawy opracowywania oraz ewaluacja programów dla dzieci i młodzieży.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Ostaszewski, K., Biechowska, D., Pisarska, A. i Sowińska, M. (2017). *Psychospołeczne czynniki problemów behawioralnych u młodzieży w wieku 17–19 lat: Badania podłużne – kontynuacja. Raport końcowy z badań z badań jakościowych i ilościowych.* Warszawa: INiP.

Ostaszewski, K., Rustecka-Krawczyk, A. i Wójcik, M. (2011). *Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów: klasy I-III*. Warszawa: IPiN.

O'Sullivan, S. S., Evans, A. H. i Lees, A. J. (2009). Dopamine dysregulation syndrome: an overview of its epidemiology, mechanisms and management. *CNS Drugs*, *23*(2), 157–170.

Pápay, O., Urbán, R., Griffiths, M. D., Nagygyörgy, K., Farkas, J. i Elekes, Z. (2013). Psychometric properties of the Problematic Online Gaming Questionnaire Short–Form (POGQ–SF) and prevalence of problematic online gaming in a national sample of adolescents. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, *16*, 340–348.

Park, S. K., Kim, J. Y. i Cho, C. B. (2008). Prevalence of Internet addiction and correlations with family factors among South Korean adolescents. *Adolescence*, *43*(172), 895–909.

Pawlikowski, M., Nader, I. W., Burger, C., Biermann, I., Stieger, S. i Brand, M. (2014). Pathological internet use – it is a multidimensional and not a unidimensional construct. *Addict. Res. Theory*, *22*, 166–175.

Pelling, E. L. i White, K. M. (2009). The theory of planned behavior applied to young people's use of social networkting web sites. *CyberPsychology & Behavior*, *12*, 755–759.

Pempek, T. A., Yermolayeva, Y. A. i Calvert, S. L. (2009). College students' social networking experiences on Facebook. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *30*, 227–238.

Peng, W. i Liu, M. (2010). Online gaming dependency: A preliminary study in China. *Cyberpsychology, Behavior & Social Networking*, *13*(3), 329–333. https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1089/cyber.2009.0082.

Peters, C. S. i Malesky, L. A. (2008). Problematic usage among highly-engaged players of massively multiplayer online role playing games. *Cyberpsychology & Behavior*, *11*(4), 480–483.

Petry, N. M. (2006). Internet gambling: an emerging concern in family practice medicine? *The Journal of Family Practice*, 23, 421–426.

Porter, G., Starcevic, V., Berle, D. i Fenech, P. (2010). Recognizing problem video game use. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *44*, 120–128.

Potembska, E. i Pawłowska, B. (2010). Uzależnienie od telefonu komórkowego u gimnazjalistów zagrożonych uzależnieniem od internetu. *Family Medicine and Primary Care Review*, *3*, 803–805.

Potembska, E. i Pawłowska, B. (2011). Objawy zagrożenia uzależnieniem i uzależnienia od telefonu komórkowego mierzonego Kwestionariuszem do Badania Uzależnienia od Telefonu Komórkowego autorstwa Potembskiej i Pawłowskiej, u młodzieży polskiej w wieku od 13 do 24 lat,. *Current Problems of Psychiatry*, *12*(3), 443–446.

Potenza, M. N. (2008). Review. The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, *363*(1507), 3181–3189.

Rehbein, F. i Baier, D. (2013). Family-, media-, and school-related risk factors of video game addiction. A 5-year longitudinal study. *Journal of Media Psychology: Theories Methods and Applications*, *25*(3), 118–128. https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1027/1864-1105/a000093.

Romano, J. L. (2014). Prevention in the twenty-first century: Promoting health and well-being in education and psychology. *Asia Pacific Education Review*, *15*(3), 417–426.

Rowan, C. (2010). Unplug-don't drug: A critical look at the influence of technology on child behavior with an alternative way of responding other than evaluation and drugging. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, *12*, 60–68.

Rowicka, M. (w recenzjach a). Motivation to online gaming. MOGQ Polish adaptation.

Rowicka, M. (w recenzjach b). Zgeneralizowane problemowe używanie internetu. Adaptacja narzędzia.

Rowicka, M. (2015). *Uzależnienia behawioralne. Profilaktyka i terapia*. Warszawa: Fundacja Praesterno.

Rowicka, M. (2016a). *Raport badawczy z projektu „Adaptacja narzędzi do pomiaru stopnia zagrożenia problemowym korzystaniem z komputera/internetu i graniem w gry online*". Warszawa: APS.

Rowicka, M. (2016b). Uzależnienia behawioralne a osobowość. *Świat Problemów*, *12*(287), 27-29.

Rowicka, M. (2017). „Facing the odds" – nauka prawdopodobieństwa i profilaktyka hazardu w jednym. *Trendy*, *1*, 23–25.

Ryan, T., Chester, A., Reece, J. i Xenon, S. (2014). The uses and abuses of Facebook: A review of Facebook addiction. *Journal of Behavioral Addictions*, *3*(3), 133–148.

Ryan, T. i Xenos, S. (2011). Who use Facebook? An investigation into the relationship between the 'Big Five', shyness, narcissism, loneliness, and Facebook usage. *Computers in Human Behaviour*, 27, s. 1658–1664.

Salguero, R. A. T. i Moran, R. M. B. (2002). Measuring problem video game playing in adolescents. *Addiction*, *97*(12), 1601–1606.

Sansone, R. i Sansone, L. (2013). Cell phones: the psychosocial risks. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 10, 33–37.

Schaffer, H. R. (2006). *Rozwój społeczny. Dzieciństwo i młodość.* Kraków: UJ.

Shaffer, H. J., Hall, M. N. i Vander Bilt, J. (2000). "Computer Addiction": A critical consideration. *The American Journal of Orthopsychiatry*, *70*, 162–168.

Shek, D. T. L., Tang, V. M. Y. i Lo, C. Y. (2009). Evaluation of an Internet addiction treatment program for Chinese adolescents in Hong Kong. *Adolescence*, *44*, 359–373.

Shek, D. T. L. i Yu, L. (2016). Adolescent Internet addiction in Hong Kong: Prevalence, change, and correlates. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, *29*(1), 22–30. https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.10.005.

Shek, D. T., Ma, H. K. i Sun, R. C. (2011). Development of a new curriculum in a positive youth development program: The project P.A.T.H.S. in Hong Kong. *Scientific World Journal*, *11*, 2207–2218. https://doi.org/10.1100/2011/289589.

Siemens, J. C. i Kopp, S. W. (2011). The influence of online gambling environments on self--control. *Journal Public Policy Mark*, 30, 279–293.

Siudem, A. (2008). Style radzenia sobie ze stresem a wybrane cechy osobowości. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, *21*, 29–38.

Soo-Hyun, P., Mi Ran, C., Su Min, K., Sol Hee, B., Ji-Won, C., Jin-Young, K. i Dai-Jin, K. (2017). An association study of Taq1A ANKK1 and C957T and – 141C DRD2 polymorphisms in adults with internet gaming disorder: a pilot study. *Annals of General Psychiatry*, 161–168.

Styśko-Kunkowska, M. i Wąsowicz, G. (2014). *Uzależnienia od e-czynności wśród młodzieży: diagnoza i determinanty. Raport*. Warszawa: KBPN, ISS.

Szymańska, J. (2012). *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.

Teppers, E., Luyckx, K., Klimstra, T. A. i Goossens, L. (2014). Loneliness and Facebook motives in adolescence: A longitudinal inquiry into directionality of effect. *Journal of Adolescence*, *37*, 691–699.

Tolchinsky, A. i Jefferson, S. D. (2011). Problematic video game play in a college sample and its relationship to time management skills and ADHD symptomology. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *14*(9), 489–496.

Turel, O. i Serenko, A. (2012). The benefits and dangers of enjoyment with social networking websites. *European Journal of Information Systems*, *21*, 512–528.

Van Rooij, A. J., Schoenmakers, T. M., Vermulst, A. A., Van Den Eijnden, R. J. i Van De Mheen, D. (2011). Online video game addiction: Identification of addicted adolescent gamers. *Addiction*, *106*(1), 205–212.

Walther, B., Hanewinkel, R. i Morgenstern, M. (2014). Effects of a brief school-based media literacy intervention on digital media use in adolescents: Cluster randomized controlled trial. *Cyberpsychology, Behavior & Social Networking*, *17*(9), 616–623. https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0173.

Wan, C. (2009). *Gratifications & loneliness as predictors of campus-SNS websites addiction & usage pattern among Chinese college students*. Hong Kong: Chinese University of Hong Kong.

Wang, E. S., Chen, L. S., Lin, J. Y. i Wang, M. C. (2008). The relationship between leisure satisfaction and life satisfaction of adolescents concerning online games. *Adolescence*, *43*(169), 177–184.

Wang, H., Zhou, X., Lu, C., Wu, J., Deng, X. i Hong, L. (2011). Problematic Internet use in high school students in Guangdong Province, China. *PLoS One*, *6*(5).

Wang, Y., Wu, A. M. i Lau, J. T. (2016). The health belief model and number of peers with Internet addiction as inter-related factors of Internet addiction among secondary school students in Hong Kong. *BMC Public Health*, *16*(1), 272. https://doi.org/10.1186/s12889-016-2947-7.

Warman, P. (2015). *The Global Games Market: Trends, Market Data and Opportunities*. https://newzoo.com/wp-content/uploads/2011/06/Newzoo_T11_Beijing_FINAL_Public.pdf

Weinstein, A., Ben Abu, H., Timor, A. i Mama, Y. (2016). Delay discounting, risk-taking, and rejection sensitivity among individuals with Internet and Video Gaming Disorders. *Journal of Behavioral Addictions*, *5*(4), 674–682.

Weiss, F. (2005). Neurobiology of craving, conditioned reward and relapse. *Current Opinion in Pharmacology, 5*, 9–19.

West, R. (2013). *EMCDDA Insights Series No 14 Models of addiction*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Widyanto, L. i McMurran, M. (2004). The psychometric properties of the internet addiction test. *Cyberpsychology & Behavior*, *7*(4), 443–450. https://doi.org/10.1089/cpb.2004.7.443.

Winkler, A., Dorsing, B., Rief, W., Shen, Y. i Glombiewski, J. A. (2013). Treatment of Internet addiction: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33, 317–329.

Wood, R. T. A. (2008). Problems with the concept of video game "addiction": Some case study examples. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *6*, 169–178.

Wu, X. H., Chen, X. G., Han, J., Meng, H., Luo, J. H., Nydegger, L. i Wu, H. R. (2013). Prevalence and factors of addictive Internet use among adolescents in Wuhan, China: Interactions of parental relationship with age and hyperactivity-impulsivity. *PLoS One*, *8*(4), 61782. https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061782.

Xu, H. i Tan, B. C. Y. (2012). Why do i keep checking Facebook: Effects of message characteristics on the formation of social network services addiction. https://pdfs.semanticscholar.org/447a/7e658f27eab41279352ecac71b97f42abfc3.pdf

Xu, Z., Turel, O. i Yuan, Y. (2012). Online game addiction among adolescents: Motivation and prevention factors. *European Journal of Information Systems*, *21*(3), 321–340. https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1057/ejis.2011.56.

Yang, F. R. i Hao, W. (2005). The effect of integrated psychosocial intervention on 52 adolescents with Internet addiction. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, *13*, 343–346.

Yang, X., Zhu, L., Chen, Q., Song, P. i Wang, Z. (2016). Parent marital conflict and Internet addiction among Chinese college students: The mediating role of father-child, mother-child, and peer attachment. *Computers in Human Behavior*, *59*, 221–229. https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.01.041

Yani-de-Soriano, M., Javed, U. i Yousafzai, S. (2012). Can an industry be socially responsible if its products harm consumers? The case of online Gambling. *Journal of Business Ethics*, *110*(4), 481–497.

Yee, N. (2006). Motivations for play in online games. *CyberPsychology & Behavior*, *9*(6), 772–775.

Yen, J. Y., Yen, C. F., Chen, C. C., Chen, S. H. i Ko, C. H. (2007). Family factors of Internet addiction and substance use experience in Taiwanese adolescents. *CyberPsychology & Behavior*, *10*(3), 323–329. https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9948.

Young, K. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior*, *1*(3), 237–244.

Young, K. (2007). Cognitive behavior therapy with Internet addicts: Treatment outcomes and implications. *Cyberpsychology & Behavior*, *10*, 671–679.

Young, K. (2011). CBT–IA: The First Treatment Model for internet Addiction. *Journal of Cognitive Psychotherapy. An International Quarterly*, *25*(4), 312.

Young, K. S. (1996). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior*, *1*(3), 237–244.

Zanetta, D. F., Zermatten, A., Billieux, J., Thorens, G., Bondolfi, G. i Zullino, D. (2011). Motivations to play specifically predict excessive involvement in massively multiplayer online role-playing games: Evidence from an online survey. *European Addiction Research*, *17*(4), 185–189.

Zhou, N. i Fang, X.-Y. (2015). Beyond peer contagion: Unique and interactive effects of multiple peer influences on Internet addiction among Chinese adolescents. *Computers in Human Behavior*, *50*, 231–238. https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.03.083.

MAGDALENA ROWICKA

# E-UZALEŻNIENIA

*Teoria, profilaktyka, terapia*

**Magdalena Rowicka** jest doktorem nauk humanistycznych, adiunktem w Instytucie Psychologii Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie, psychologiem, badaczem uzależnień chemicznych i behawioralnych, autorem publikacji oraz współautorem i realizatorem programów szkoleniowych i profilaktycznych z zakresu teorii, profilaktyki i terapii uzależnień.

Książka szczegółowo charakteryzuje tzw. uzależnienia od nowych technologii – to jest od internetu, gier komputerowych i internetowych, sieci społecznościowych i telefonów komórkowych. Czytelnik znajdzie w niej przegląd koncepcji poszczególnych zaburzeń wraz z ich wyjaśnieniem, a także omówienie strategii zarówno profilaktycznych, jak i terapeutycznych, uznanych za skuteczne na podstawie badań prowadzonych w różnych krajach.

*„Monografia dr Magdaleny Rowickiej (…) jest bardzo potrzebną a jednocześnie bardzo ważną i jedną z nielicznych na rynku polskim pozycją, która w sposób naukowy i do tego kompleksowy podejmuje tematykę związaną z problemowym korzystaniem z komputera i z sieci [w kontekście uzależnień]. Omawiana pozycja poszerza wiedzę terapeutów, profilaktyków, studentów i innych osób, które z racji swojej funkcji czy zawodu stykają się z zagrożeniami wynikającymi z uzależnień/nałogów behawioralnych (w tym związanymi z korzystaniem z nowych technologii).”*

z recenzji dr n. med. Bohdana Woronowicza

**Wydanie publikacji dofinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia**

Ministerstwo Zdrowia

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

FUNDACJA PRAESTERNO