

Sonia Dzierżyńska-Breś

ORCID: 0000-0002-7722-4753

Adam Mickiewicz University, Poznań

“New Addiction”: An Introduction to the Subject of Behavioral Addictions

ABSTRACT

The conceptualization of the term “addiction” has been the subject of great debate for decades. Because the term is associated with drug use or alcohol consumption, it is not surprising that most official definitions focus on substances. Despite this, there is a growing trend that sees a range of behaviors as potentially addictive. These “new addictions” include gambling, playing video games, shopping, and using the internet or social networks. The purpose of the article is to discuss the definitions interpretations of the term that can be found in the literature according to contemporary knowledge. The article is divided into three parts; the first reviews the terms and classifications related to new addictions, the second highlights the differences and similarities between activity addictions and substance addictions, and the final part provides a brief overview of behavioral addictions.

Introduction

The term *addiction* is commonly associated with disorders involving the use of psychoactive substances, such as alcohol, drugs, and tobacco. However, recent decades have seen the emergence of new, complex behaviors that involve compulsive activities. They are similar in their course and symptoms to the mechanism of addiction. The difference is that their object is not a chemical substance. Specialists

KEYWORDS

new addictions,
behavioral
dependency, activity
addiction, substance
addiction, addiction

SPI Vol. 26, 2023/2
e-ISSN 2450-5366

DOI: 10.12775/SPI.2023.2.001en

Submitted: 25.02.2023

Accepted: 17.04.2023

in the field of addiction therapy have begun to pay attention to the very formation of the problem and the behaviors associated with it (Lelonek-Kuleta, 2015: 98). In the literature, the following terms have appeared: *new addictions*, *behavioral dependency*, and *activity addiction*. In brief, they refer to addictive behavior that an individual is unable to stop despite the disruption it causes in many aspects of the person's functioning (Ogińska-Bulik 2010). *New addictions* is a colloquial term used to emphasize the distinction from "old" addictions related to substance use (Guerreschi 2005). The term *behavioral addictions* is intended to emphasize the similarity to substance addictions. *Activity addiction* is an uncommon term, mainly used to emphasize the addictive nature of a behavior which is unrelated to substance use (Ogińska-Bulik 2010; Habrat 2016). Such discrepancy in terminology has been the subject of discussion for a very long time. The medical paradigm advocates a clear distinction between *addiction* and *dependence*. It is suggested that the former should be applied only to mental disorders caused by the use of psychoactive substances. The social paradigm proposes terms such as *behavioral addiction* or *addiction to activities* (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 21).

In this article, I use the term *behavioral addiction* to describe an individual's involvement in an activity that results in negative consequences. This is dictated by several factors supported by the current state of knowledge and empirical findings (see Cierpiałkowska, Sęk 2016; Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018). The symptoms and mechanisms of both substance and behavioral addictions share significant similarities. Typically, they co-occur with each other or they can transform into the other when a person is trying to maintain abstinence. For example, addiction to psychoactive drugs may change into an addictive activity. The term *behavioral addiction* is widely used in the scientific and popular literature and has become a permanent part of the social consciousness (see Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018).

New addictions are poorly described in the diagnostic criteria and their etiology is insufficiently recognized. Thus, little is known about effective preventive or therapeutic interventions at this stage. However, the complex nature of behavioral addictions and the co-occurrence of other psychiatric problems are an important reason to address this topic. This article first presents, against the background of the existing knowledge on addiction, the definitions that have been

formulated regarding new addictions; it then summarizes selected behavioral addictions.

Behavioral addictions—definitions and diagnostic criteria

Medical and social science professionals are engaged in a debate over the correctness of the terminology used in this field. So far, two leading problems have emerged. One relates to the symptoms that identify a particular class of disorders. The other involves the pathological mechanisms which lead to the formation and maintenance of disorders (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 20). These issues have led to three leading opinions:

1. Activity-related behaviors are similar to addictions and can refer to it. The important emphasis here is on the nomenclature and the descriptive language being used. Both dependency and addiction are thought of as harmful. In this understanding, *addiction* refers to addictions resulting from psychoactive substances. In contrast, *dependency* is used for dependence on an activity. In Polish, the term *nałóg* [dependency] is used in the medical terminology and its meaning coincides with how addiction is defined today (Lelonek-Kuleta 2015: 98; Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 21).
2. Behavioral addictions share some characteristics with obsessive-compulsive disorders. What they have in common is the function of the activities. They are meant to relieve tension and anxiety in the individual. The difference between the two is that behavioral addictions are oriented toward a goal which, when fulfilled, leads to pleasure. Obsessive-compulsive behaviors are not aimed at achieving specific results, but at coping with negative emotions. People who compulsively engage in activities feel a compulsion to perform and repeat them. They are overburdened by this state, but cannot end it.
3. We can think of behavioral addictions in terms of impulse control disorders. This is mainly influenced by the similarity between the symptoms and mechanisms and the co-occurrence of substance and activity addictions (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 21–22). In clinical psychology, a behavioral addiction is considered to be

a condition in which a person complains of the inability (despite attempts) to control their thoughts and behaviors, suffers from various problems (economic, interpersonal, or health) resulting from the compulsive repetition of these activities, and has a sense of helplessness and powerlessness in the face of the problem. (Cierpiałkowska, Sęk 2016: 391)

The above opinions are not mutually exclusive. The link between impulsivity and compulsivity was first noted in substance abuse research (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 44). Impulsivity plays the key role in the early stages of the addiction process, in the form of a tendency to look for short-term benefits. In the later stages, associated with repetition, compulsive habits of substance use develop. It is similar with behavioral addictions. Impulsivity initiates the addictive behavior (e.g., a desire for pleasure), while compulsivity supports its repetition (e.g., tension relief). However, the relationship between impulsivity and compulsivity as a mechanism of behavioral addictions is still being researched (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018).

Aviel Goodman (1990) is considered to have formulated the first definition based on diagnostic criteria:

Addiction ... [is] a process whereby a behavior that can function both to produce pleasure and to provide relief from internal discomfort is employed in a pattern characterized by (1) recurrent failure to control the behavior (powerlessness) and (2) continuation of the behavior despite significant negative consequences (unmanageability). (Goodman 1990: 1404)

He based his criteria on the DSM-3-R, directly referring to the concept of addictions, while emphasizing the psychological and behavioral aspects of the problem. His assumption, although it has received recognition in practice, has not yet obtained the status of an official clinical tool.

Figure 1. Criteria of behavioral addictions according to Aviel Goodman (1990)

Goodman (1990)
<ul style="list-style-type: none"> • Repeated failure to restrain the impulse to engage in specific behaviors • Increasing sense of tension immediately before engaging in the behavior in question • Pleasure or relief while engaged in a given activity • A sense of lack of control over engaging in the activity • The presence of five of the following symptoms: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequent preoccupation with behavior/activities in preparation of a particular behavior ▪ Engaging in the behavior in question (in frequency and duration) well beyond the intended level ▪ Repeated attempts to reduce the frequency of, control, or stop the behavior in question ▪ Devoting more and more time to activities related to the behavior ▪ Increasing involvement in a behavior at the expense of home, work, school, or social responsibilities ▪ Giving up or limiting important social, occupational, and recreational activities because of engaging in the behavior in question ▪ Continuing a particular behavior despite experiencing persistent or recurring social, financial, psychological, and physical problems resulting from or exacerbated by that behavior ▪ Increasing tolerance—needing to increase the frequency or intensity of a behavior in order to obtain the same level of pleasure or relief as before ▪ Anxiety or nervousness when a particular behavior is unavailable • Symptoms persisting for longer than a month or recurring over a longer period of time

Source: Based on Goodman (1990) and Lelonek-Kuleta (2015: 99).

Mark Griffiths (2004) created another popular, six-factor model with criteria that indicate behavioral addiction. According to him, a diagnosis of addiction is contingent on the fulfillment of all of the factors. The boundary between passion/commitment to an activity and addiction to it is the addict being isolated from everyday life and suffering from the situation.

Figure 2. Criteria of behavioral addictions according to Mark Griffiths (2004)

Griffiths (2004)
<ul style="list-style-type: none"> • Salience of emotional preoccupation: the behavior becomes the most important activity in a person's life and dominates their thoughts, emotions, and behavior • Mood change: engaging in the behavior can be a strategy for coping with problems • Dose tolerance: the behavior must be performed with increasing intensity to deliver the desired satisfaction • Withdrawal symptoms: unpleasant feelings or physical symptoms when not engaging in the behavior • Interpersonal or intra-psyche conflicts as a consequence of engaging in the behavior • Conversion: the tendency to return to the behavior after a period of stopping or controlling it

Source: Based on Pospiszyl (2020: 243).

Based on the analysis of the diagnostic criteria described in the literature on the subject, Irena Grzegorzewska and Lidia Cierpiałkowska (2018) adopted the following operational criteria (Figure 3). In her theory as well, the diagnosis of behavioral addiction is only confirmed if all five symptoms occur.

Figure 3. Operational criteria of behavioral addictions according to Irena Grzegorzewska and Lidia Cierpiałkowska (2018)

Grzegorzewska, Cierpiałkowska (2018)
<ul style="list-style-type: none"> • Undertaking a given activity in order to change one’s well-being: to gain pleasure, reduce pain, increase energy, calm down, or, in the final phase, to preserve one’s ability to function normally (tolerance effect) • Over time, the need to intensify a given activity in order to achieve a desired/accepted state • Loss of control over the amount, frequency, and timing of certain activities • The appearance of withdrawal symptoms if an activity is abruptly curtailed, limited, or unavailable • More intense negative consequences resulting from exceeding the time spent on an activity, which is a direct or indirect indicator of loss of control

Source: Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 34.

In practice, terms related to activity addiction have been known and attempts to categorize it have been made for quite a long time (Lelonek-Kuleta 2015; Habrat 2016; Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018). Given the multitude of activities that can become addictions, it seems necessary to clinically and scientifically systematize behavioral addictions. Only the DSM-5 classification of the American Psychiatric Association (2013) includes pathological gambling as a *non-substance-related disorder*. The introduction of the term *disorder* helped to systematize scholarly work on the intensification of addictive behaviors—from normal use, through abuse (DSM-4) and harmful use (ICD-10), to addiction (both to substances and behaviors)—which made it possible to make this area of research more coherent (Lelonek-Kuleta, 2014: 16). This was contrary to the previous editions of the DSM-3 and the DSM-4, in which pathological gambling was classified as an impulse disorder. In the ICD-10, which has been valid in Poland since 1 January 2022 (though it has not been translated into Polish yet, so the classifications in the previous edition are still in use), the term *behavioral addiction* was not used or appeared only in the category of disorders of impulse control or compulsive-obsessive disorders.

“New” and “old” addictions

When considering the similarities and differences of substance addiction and activity addiction, it is necessary to look at the issue from the medical perspective as well. First of all, if the phenomenon falls into the medical category, diagnostic criteria and preventive and remedial procedures are developed. This has both positive and negative consequences. Reducing behavioral addiction to simplified physiological and psychological categories ignores the multifaceted approach to the issue. In terms of psychological mechanisms and conditions, the phenomena are similar. However, the social image of them, the way they are perceived, stigmatized, and excluded, the social damage they cause (conflicts with the law, loss of employment, conflicts in the family, etc.), and the availability of prevention and treatment differ significantly. This results in a wide range of consequences experienced by the individual with an addiction and their loved ones, and thus in the support they receive in their recovery.

On the other hand, the fact that various state bodies are allocating large amounts of money toward recovery strategies speaks in favor of analyzing behavioral addictions from the point of view of medicine. The prerequisite for considering a phenomenon to be a medical issue is the existence of a pathogenic factor. However, this is not the case with behavioral addictions; they stem from natural physiological mechanisms. The reinforcement of a given behavior is influenced by stimuli that facilitate and reward it (pleasure) and by those that condition it negatively (lack of reward). It is a reversible process (Habrata 2016: 21).

Many researchers (e.g., Ogińska-Bulik 2010; Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018) highlight methodological weaknesses and inadequacies in the understanding of behavioral addictions. Moreover, it is hard to resist the impression that the criteria for some of them are transferred by analogy to the criteria of existing substance addictions. The interpretation of them better fits the nomothetic model of explaining them mainly in terms of general laws and theories, rather than the idiographic model, in which the phenomena in question are well explained by an empirically confirmed theory (Habrata 2016: 22).

With the development of knowledge on the psychological and neurobiological mechanisms of addiction, similarities between substance addictions and behavioral addictions have been indicated. On biological grounds, there has been interest in the basis of learned behavior. Common neuronal pathways in the development of addictions have been pointed out. First of all, the function of the so-called reward center has been emphasized and the role of the dopaminergic and opioid systems in mechanisms of positive reinforcement and the role of serotonergic system in protective mechanisms have been confirmed (Lelonek-Kuleta 2015: 101; Habrat 2016: 33). A few studies in the field of genetics have also confirmed that substance abuse and behavioral addiction share a common pathogenesis and that the propensity for them can be inherited (Lelonek-Kuleta 2015: 101).

The current diagnostic criteria explain the term *addiction* as the sum of addictive behaviors (with psychological components and biological foundations) and biological pharmacological conditions (altered tolerance and abstinence symptoms). Thus, the term refers only to the abuse of psychoactive substances.

Withdrawal symptoms are a special area of discussion in research on behavioral addictions. The symptoms that occur when one is prevented from performing an activity are similar to the symptoms of withdrawal syndrome, but they are non-specific. Among other things, they can be a manifestation of frustration and can occur in the form of anxiety, irritability, or restlessness. In contrast, the symptoms that constitute diagnostic criteria are typical of withdrawal from a substance, such as increased sleepiness or appetite in the case of cocaine addiction (Habrat 2016: 34). Thus, in behavioral addictions, they are limited to the mental sphere. The disease course of psychoactive addictions varies depending on the substance in question. The initial step in the treatment of chemical addictions is detoxification, but not in behavioral addictions. As a result, the DSM-5 classification introduced a category of addictive disorders that included substance use disorders and gambling disorders, which highlights their similarity in terms of mechanisms while indicating their distinctiveness (separate subcategories).

Cierpiałkowska described two major views on the nature of addictions. Supporters of the first view treat them as a syndrome, while supporters of the other perceive them as a process (Grzegorzewska,

Cierpiałkowska 2018: 35–41). The multifactor model is one of the most popular models for explaining the origin of addiction development (Lelonek-Kuleta 2015: 101). It is based on the idea that addictions have the same origin. On the one hand, they result from complex and integrated biological, psychological, and social factors, while on the other hand, they depend on neurobiological and psychological contexts that increase a person's susceptibility to addiction. Therefore, they are treated as a syndrome with many aspects, both those related to substance and behavioral ones. This concept is reflected in ongoing research and it is confirmed, for example, in scientific articles on the co-occurrence of addictions or the substitution of one object of addiction for another. However, the authors of the concept are accused of focusing too much on diagnosis, while neglecting the analysis of the psychological processes behind the phenomenon (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018).

The model that treats addiction as a process also points to the role of substance addictions, which, in this case, are among the many risk factors correlated with behavioral addictions. In this approach, the individual intentionally engages in a given behavior. The goal is to achieve pleasure. The addiction itself develops gradually; it is accompanied by risk factors and co-occurring problematic situations. This approach makes it possible to identify those psychological processes that are specific to the development of a particular addiction. Thus, it makes it possible to construct evidence-based interventions, which is invaluable for effective therapy and interventions in practice (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018).

Regardless of whether the object of addiction is a substance or a behavior, it brings suffering into the life of the affected person (in every aspect of their lives). Importantly, we can consider the consequences of addiction in the individual, familial, and the societal perspectives (Włodarczyk 2020: 40). Social ties are broken, social competence is lost, relationships are disrupted, and the addicted individual becomes increasingly isolated from people. These effects of addiction co-occur, creating new problems and reinforcing one another.

Selected types of “new addictions”

Sociocultural changes are triggering a strong need for possessions and intense experiences in modern society. An experience itself is becoming less important than the way it is recorded, for example, on social networks. The paradox of our time is living in a world full of goods and choices while experiencing a poverty of relationships. Relationships are weakening, as a result of which the human capacity to tolerate stressors of various kinds is also decreasing. Looking for regulation and ways to cope with stress, the individual turns to activities that will help reduce their bad mood. This section of the article discusses selected new addictions. They were selected based on the official DSM-5 classification. Addiction to gambling appears here under the category of substance use disorders and dependencies. Problematic internet use was considered for potential inclusion in this category and online gaming addiction was considered to require further research. Other addictions under consideration, in which no satisfactory evidence has been found, included addictions to shopping, sex, and physical exercise (this article discusses shopping addiction).

Gambling

First recognized as a disease and appearing in the 2000 DSM-5 classification under the category of impulse control disorders (Panaszuk K., Panasiuk B. 2016), pathological gambling was defined as a progressive and chronic disorder that involves a persistent inability to resist the impulse to gamble and interferes with or harms one’s personal, familial, or professional pursuits (Kusztal, Piasecka, Nastazjak 2021: 18). Now, in the latest DSM-5 criteria introduced in 2013, gambling is in the category of psychoactive substance and addiction disorders (Figure 4). A gambling disorder is viewed as a continuum in which the number of identified symptoms determines its severity. Mild severity of the disorder involves the appearance of 4–5 criteria, moderate severity entails 6–7 criteria, and significant severity 8–9 criteria. Early remission, on the other hand, is evidenced by the absence of symptoms for 3–12 months; with persistent remission, the time extends beyond 12 months.

Figure 4. Gambling diagnostic criteria according to the DSM-5

Kryteria diagnostyczne DSM-5	
A.	Persistent or recurrent problematic gambling behavior leading to clinically significant harm or negative distress, as indicated by four or more of the following behaviors exhibited by the individual in the past 12 months: <ol style="list-style-type: none"> 1. Feeling the need to gamble for increasingly larger amounts of money in order to achieve the desired level of excitement 2. Becoming anxious or irritated when trying to reduce or stop gambling 3. Making unsuccessful attempts to control, reduce, and stop gambling 4. Feeling overwhelmed with gambling 5. Often gambling when feeling stressed 6. After losing money, often returning to the game another day to get even 7. Lying to hide the degree of gambling behavior 8. Jeopardizing or losing significant relationships, jobs, or educational or professional opportunities due to gambling 9. Becoming dependent on people who can help with their financial difficulties caused by their involvement in gambling.
B.	Gambling behavior is not better explained by the occurrence of a manic episode.

Source: Based on Panasiuk & Panasiuk (2016: 93).

The ICD-10 and the newer ICD-11 classifications, which are valid in Europe, also refer to gambling (Table 1). In the ICD-10 classification, pathological gambling was placed in the category of mental and behavioral disorders, in the subcategory of disorders of habits and drives. It was defined as “frequent, repeated episodes of gambling that dominate a person’s life, leading to violations of norms and social, professional, material, and family obligations” (Pużyński, Wciórka 2000: 178). The introduction of the ICD-11 classification brought an important change (in Poland, the ICD-10 criteria are valid until it is translated): a subsection appeared for disorders due to substance use or addictive behaviors, which distinguished between disorders caused by substance use and those caused by addictive behaviors. Gambling use disorder and gaming disorder were placed in the latter group. The disorder is diagnosed when gambling behavior and other features are evident for at least 12 months, although the duration can be shortened if all diagnostic requirements are met and symptoms are severe.

Table 1. Gambling diagnostic criteria according to the ICD-10 and the ICD-11

ICD-10	ICD-11
<ol style="list-style-type: none"> 1. Increased drive to search for an addictive agent 2. Increased tolerance to the agent (gradual decrease in pleasure when the same dose is delivered, or the need to increase the amount of the agent to achieve similar pleasure as at the beginning) 3. Compulsive need to gamble, at the expense of one's health and environment 4. Weakening of one's willpower 5. Obsession with gambling and persistence and recurrence of intrusive thoughts, even after years of abstinence 6. Self-deception and the use of excuses and other defense mechanisms to facilitate gambling 7. Physical exhaustion and lack of interest in non-gambling environments 8. Emotional burnout. 	<p>A pattern of persistent or repeated gambling behaviors that may be engaged in online or offline. These behaviors are characterized by:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Impaired control over gambling (e.g., onset, frequency, intensity, duration, termination, and context) 2. Prioritization of gambling to such an extent that it takes precedence over other life interests and daily activities 3. Continuation or escalation of gambling despite the occurrence of negative consequences.

Source: Based on Pospiszyl (2020) and Kuształ et al. (2021).

Three stages are usually distinguished in the development of a gambling addiction (see Woronowicz 2009: 468, Panasiuk K., Panasiuk B. 2016: 95–98, Pospiszyl 2020: 311). The first of these is referred to as the victory phase. At this stage, winning evokes a feeling of triumph and the gambler risks increasingly larger sums, hoping to succeed. The turning point for this phase, called the “big win episode,” is when it becomes an obsession. The next stage, the loss phase, leads to an ambivalent feeling. On the one hand, there is a desire to give up; on the other hand, wishful thinking appears about the possibility of another win. The gambler is consumed by this vision, hoping only for revenge and to recoup the money which was lost. The addict’s behavior begins to create problems in various areas of their life (family, work, etc.). The third phase, the desperation phase, begins when all manipulations and defense mechanisms stop working. The gambler feels the consequences of their behavior, for which they must bear responsibility. This stage is often perceived as the turning point after which the addict seeks help.

According to a 2017 survey by CBOS (the Centre for Public Opinion Research) (CBOS 2017), 0.4% of gamblers in Poland admitted to compulsive gambling. Men far outnumber women in this group (only 1/3 of the gamblers are women). Age is also

a significant factor. Teenagers most often choose slot machines, while young adults (20–35 years old) gamble in casinos. More than half of gambling addicts begin their gambling adventure between the ages of 10 and 14. According to the survey, e-gambling is very popular among Poles. The most common form is sports betting (Lelonek-Kuleta et al. 2020). It is difficult to estimate the extent of gambling problems, and the available studies have yielded ambiguous results. Most of the information on the prevalence of gambling disorders comes from the United States, Norway, and Canada. Depending on the location of the study and the diagnostic tool used, the percentage of gambling addicts in the population ranges from 0.1% to 2% (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 153).

Problematic internet use

The internet has become an integral part of life, a place to work, and a source of gratification. Unfortunately, what benefits us can also harm us. Problematic use of the internet includes a variety of activities such as surfing the web, online gambling, cybersex, online shopping, compulsive information-seeking, and excessive use of social media. From the point of view of many researchers (e.g., Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 211), the internet as such is not a source of addiction; it only mediates in the development of addiction to certain activities. This is in line with the contemporary position which assumes that the term “internet addiction” is a mental shortcut that refers to engaging in various risky and addictive behaviors online. Harmful online use is now considered to include (1) harmful gaming, (2) harmful sexual involvement, (3) excessive and harmful information-seeking, (4) compulsive behavior, and (5) excessive and harmful social involvement (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 211–212).

The American Psychiatric Association has considered including the diagnosis of pathological internet use in the DSM-5 classification. It suggested including four criteria relevant to diagnosing the problem: (1) excessive use, often associated with losing track of time or neglecting basic needs, (2) withdrawal, including feelings of anger, tension, and/or depression when not using a computer, (3) changing tolerance, using a computer with increasing frequency, including manifesting the need for increasingly better computer equipment,

more programs, and longer use of the internet, and (4) negative consequences, including arguing, lying, poor performance at work/school, social isolation, and fatigue (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 212–213). Nonetheless, the 2013 DSM-5 classification did not include internet addiction as a disorder. Despite the lack of an official nosological classification, researchers have suggested their own diagnostic criteria. In the literature, Ivan K. Goldberg is considered one of the first researchers to address the phenomenon. He defined addiction as a situation in which people abuse the internet, which is associated with a number of negative physical and psychological consequences (Barłóg 2015). He also specified the symptoms by which this problem can be identified (Figure 5).

Figure 5. Criteria of internet addiction according to Ivan K. Goldberg

Goldberg
<p>Addiction can be diagnosed when a minimum of three of the following symptoms appear:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tolerance—a decreasing level of satisfaction resulting from using the internet for the same amount of time, leading to longer and longer online activity ● Abstinence syndrome—appears only a few days after stopping online activity and involves at least two of the following symptoms: <ul style="list-style-type: none"> ▪ psychomotor stimulation ▪ anxiety ▪ obsessive thoughts about the internet and its content ▪ lower mood ▪ fantasies and dreams related to the internet ▪ arbitrary or involuntary movement of fingers in a manner characteristic of using a computer keyboard. <p>In order to reduce the symptoms of abstinence syndrome, the person starts using the internet again.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Using the internet for longer than planned ● The need to interrupt or limit internet use, but with unsuccessful attempts ● Spending a lot of time on internet-related activities (organizing online material or reading books about the internet) ● Reducing or abandoning professional, social, or recreational activities in favor of internet use ● Continued use of the internet despite the awareness of developing physical, social, and psychological problems.

Source: Based on Barłóg (2015).

The phases of media addiction are best described in the context of compulsive internet use, but they can also apply to online gaming addiction. The addiction process itself is divided into four phases, each of which is associated with a critical moment (Panasiuk K., Panasiuk B. 2017: 69–70). The first stage, called engagement, entails occasional use of the internet that serves some specific purpose, such as

searching for materials for study or work. The time spent on this task does not yet interfere with the natural rhythm of life. Subsequently, there is a transition from occasional use to the next stage: substitution. At this stage, Internet usage becomes regular, at the expense of time spent on other activities. The person begins to isolate themselves socially and loses interest in other areas of life. Problems appear that become increasingly difficult to solve. Stage three is escape. A loss of control occurs. The addict gets into conflicts with relatives and manipulates their social environment. They escape from reality into the virtual world. The last stage (desperation) is an attempt to return to normal life. As a result of external circumstances, the addict is no longer able to use escape mechanisms and begins to seek help (Panasiuk K., Panasiuk B. 2017: 69–70; Pospiszyl 2020: 303–304).

Studies on internet addiction present the scale of the phenomenon itself, rather than reliably assessing the problem. They vary considerably depending on the culture and society under study and use inconsistent methodologies. Some studies are conducted on representative populations through surveys posted online, while others address specific groups with questionnaires. A 2001 study found that 10% of Europeans admitted to compulsive internet use or considered themselves addicted. It is worth mentioning that at the beginning of the 21st century, 17% of Poles used the Internet; while in 2019–2020 this percentage had risen to nearly 85% (Pospiszyl 2020: 305). Therefore, it can be estimated that the number of people currently addicted to this medium is higher. Nevertheless, given the methodological diversity, the variety of research tools used, the sociocultural context, and the rapid development of the internet itself, it seems that addiction rates can be both overestimated and underestimated, depending on the group being studied (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 216).

Internet gaming addiction

The American DSM-5 classification introduced the term *internet gaming disorder* to describe the disorder related to using games as one that requires further analysis (Cyrklaff-Gorczyca, Kruszewski 2018). As suggested in the DSM-5 classification, there are nine diagnostic

criteria for gaming addiction (Figure 6). At least five of these symptoms must appear within 12 months for a diagnosis to be made.

Figure 6. Probable diagnostic criteria for computer game addiction, according to the DSM-5 classification

- Preoccupation with gaming
- Symptoms of withdrawal when gaming is not possible
- Tolerance—the need to become more and more involved in gaming
- Unsuccessful attempts to control one’s gaming
- Loss of interest in previous pleasures and activities as a consequence of excessive gaming
- Continuing to engage in gaming despite the negative consequences of doing so
- Lying or deceiving family, therapists, and others about the time spent gaming
- Using games as a way to escape from problems or to regulate one’s mood
- Risking or losing interpersonal relationships or work, school, or career due to excessive gaming.

Source: Based on Grzegorzewska & Cierpiąłkowska (2018: 190).

The new ICD-11 classification also included this addiction as *gaming disorder*. It has been placed in the “addictive behaviors” subgroup and it refers to

a disorder of gaming control and the increasing importance of gaming over other activities to the point that gaming dominates other daily activities and interests, as well as the continuation or escalation of gaming despite the negative consequences it entails. (Cyrklaff-Gorczyca, Kruszewski 2018: 47)

For a behavior to be qualified as a gaming addiction, there must be a 12-month period (in the case of severe symptoms, the time frame is shorter) during which there is a significant impairment of functioning in an important sphere of life.

More and more young people are also reaching for new technologies to play. A debate is developing among educators, psychologists, teachers, and parents about the consequences of this phenomenon. There is no simple answer here. On the one hand, the literature on the subject points to the beneficial effects of new technologies, such as the development of visual-spatial skills; the growth of knowledge and reading, counting, and language skills; and the formation of pro-social attitudes. On the other hand, we can see young people overwhelmed with games, losing control over the time they spend playing, ignoring other activities, and experiencing many negative consequences, all of which leads to addiction (Grzegorzewska, Cierpiąłkowska 2018: 184–185). Games can provide an escape from a reality full of conflict,

negative emotions, or low self-esteem. According to a study conducted on a representative group of European adolescents (Muller et al. 2015), the percentages of adolescents (14–17-year-olds) addicted to computer games in each country were as follows: Greece—2.5%, Poland—2.0%, Iceland—1.8%, Germany—1.6%, Romania—1.3%, the Netherlands—1.0%, and Spain—0.6% (Muller et al. 2015).

Compulsive shopping

Researchers disagree on which category of mental disorders uncontrolled shopping falls into. Four types of disorders are most commonly mentioned: impulse control disorder, mood disorder, obsessive-compulsive disorder, and behavioral addiction, with the last two receiving the most attention. The term “compulsive buying” is not yet a valid definition. This type of activity can be defined as “an uncontrolled compulsion to buy, which adversely affects the functioning of the individual” (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 314–315). Compulsive buying has not been classified in the current diagnostic criteria. However, according to the non-binding criteria of Helga Dittmar (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 316), uncontrollable need is one of the key symptoms that distinguish normal buying from pathological buying. Compulsive buying also entails negative consequences in various spheres of life. Regarding the mechanisms of addiction, compulsive buying exists when three of the following symptoms occur:

- (1) the feeling of compulsion and/or a strong need to shop, (2) impaired control over refraining from shopping and over the length and frequency of time spent shopping, (3) experiencing anxiety, irritability, or worse moods when trying to reduce the opportunity to shop, and the subsiding of these states when the opportunity to pursue shopping plans arises, (4) spending more and more time shopping for satisfaction or a good mood that was previously achieved in less time, (5) progressive neglect of alternative sources of pleasure or one’s interests in favor of shopping and acquiring funds for shopping, and (6) continuing to buy things despite the harmful consequences associated with such shopping. (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 317)

The research on the prevalence of shopaholism indicates that in Europe, 1%–10% of the population are affected by this problem, while in the USA about 6% of people suffer from it (Grzegorzewska,

Cierpiałkowska 2018). In Poland, according to the findings reported by CBOS (2015), about 4% of people over the age of 15 struggle with compulsive buying. The majority of them are girls and women under the age of 24. This problem usually affects young people, and the reason for this, especially in the West, can be traced to the rich offer of various types of goods, the possibility of choosing them, easy access to them, and the culture of spending leisure time in shopping malls (Ogińska-Bulik 2016).

Conclusion

Terms such as “behavioral addictions,” “activity addictions,” and “new addictions,” which were discussed above, have become a permanent part of the scholarly literature and practice. This has its positive aspects, such as reducing the controversy surrounding the overly broad use of the term “addiction” and investigating the consequences of being engaged in activities that are beyond one’s control. On the other hand, the term addiction evokes negative, often stigmatizing associations. Excessive and reckless application of the term to specific forms of activity may create a lot of misunderstandings and may pathologize everyday life. Simplified descriptions of human behaviors can underestimate the real risks of addiction. At the moment, the best studied behavioral addiction is gambling. With the current state of knowledge, and especially in the absence of validated diagnostic criteria and longitudinal studies, it is too early to consider other behavioral addictions as full-fledged, independent disorders, much less to classify them as similar to substance addictions rather than impulse control disorders. More scientific evidence is needed to expand the knowledge of behavioral addictions to match that of substance addictions.

Bibliography

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, 5th edition, Washington (DC): American Psychiatric Publishing.
- Barłóg M. (2015). “Uzależnienie od Internetu i jego osobowościowe determinanty,” *Hygeia Public Health*, vol. 50, no. 1, pp. 197–202.

- Cierpiałkowska L., Sęk H. (2016). "Naukowe i społeczne wyzwania dla psychologii klinicznej," *Roczniki Psychologiczne*, vol. 19, no. 3, pp. 401–436.
- Cyrklaff-Gorczyca M., Kruszewski T. (2018). "Uzależnienie od gier internetowych – opis badania i propozycja korekty postaw," *Rozprawy Społeczne*, vol. 12, no. 4, pp. 46–55.
- Goodman A. (1990). "Addiction Definition and Implications," *British Journal of Addiction*, vol. 85, no. 11, pp.1403–1408.
- Griffiths M.D. (2004). *Gry i hazard. Uzależnienia dzieci w okresie dorastania*, trans. A. Sawicka-Chrapkiewicz, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Grzegorzewska I., Cierpiałkowska L. (2018). *Uzależnienia behawioralne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Guerreschi C. (2005). *Nowe uzależnienia*, trans. A. Wieczorek-Niebielska, Kraków: Wydawnictwo Salwator.
- Habrat B. (2016). "Nałogi behawioralne," [in:] B. Habrat (ed.), *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, pp. 15–83.
- Kusztal J., Piasecka M., Nastazjak A. (2021). *Profilaktyka uzależnienia od hazardu oparta na dowodach naukowych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Lelonek-Kuleta B. (2015). "Uzależnienia behawioralne na tle współczesnej wiedzy o uzależnieniach," *Studia Społeczne*, vol. 12, no. 1, pp. 97–103.
- Lelonek-Kuleta B., Bartczuk R., Wiechetek M., Chwaszcz J., Niewiadomska I. (2020). "The Prevalence of E-Gambling and of Problem E-Gambling in Poland," *Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, no. 2, art. 404.
- Muller K.W., Janikian M., Dreier M., Wolfing K., Beutel M. E., Tzavara C., Tsitsika A. (2015). "Regular Gaming Behavior and Internet Gaming Disorder in European Adolescents: Results from a Cross-national Representative Survey of Prevalence, Predictors, and Psychopathological Correlates," *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 24, no. 5, pp. 565–574.
- Ogińska-Bulik N. (2010). *Uzależnienia od czynności. Mit czy rzeczywistość?*, Warszawa: Difin.
- Ogińska-Bulik N. (2016). "Kompulsywne kupowanie," [in:] B. Habrat (ed.), *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, pp. 379–406.
- Pospiszyl I. (2020). *Patologie społeczne i problemy społeczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Pużyński S., Wciórka J. (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków: Vesalius.
- Włodarczyk E. (2020). "Zaburzenia związane z używaniem alkoholu – obraz i możliwości pomocy," [in:] H. Karaszewska (ed.), *Człowiek w pułapce*

problemów. Psychospołeczne problemy jednostki oraz instytucjonalne i poza-instytucjonalne sposoby ich rozwiązania, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, pp. 31–59.

Woronowicz B.T. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Poznań–Warszawa: Media Rodzina, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia.

Internet resources

CBOS (2015). *Pracoholicy, siecioholicy, hazardziści... Uzależnienia od zachowań*, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2015/K_076_15.PDF [access: 20.02.2023].

CBOS (2017). *Hazard. Komunikat z badań*, https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2017/K_068_17.PDF [access: 1.02.2023].

Lelonek-Kuleta B. (2014). *Uzależnienia behawioralne – podstawy teoretyczne*, <https://depot.ceon.pl/handle/123456789/7064?show=full> [access: 20.02.2023]

Panasiuk K., Panasiuk B. (2016). *Patologiczny hazard – możliwości rozpoznania i leczenia*, https://www.colloquium.elsite.eu/images/numery/XXIII/KP_BP.pdf&cd=1&chl=pl&ct=clnk&gl=pl&client=firefox-b-d [access: 2.02.2023].

Panasiuk K., Panasiuk B. (2017). *Uzależnienie od komputera i internetu – wybrane problemy*, <https://colloquium.amw.gdynia.pl/index.php/colloquium/article/view/466/353> [access: 2.02.2023].

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Sonia Dzierżyńska-Breś
Adam Mickiewicz University, Poznań
Faculty of Educational Studies
e-mail: sonia.d@amu.edu.pl

Sonia Dzierżyńska-Breś
ORCID: 0000-0002-7722-4753
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

„Nowe uzależnienia” — wprowadzenie w tematykę uzależnień behawioralnych

“New Addiction”: An Introduction to the Subject
of Behavioral Addictions

ABSTRACT

The conceptualization of the term “addiction” has been the subject of great debate for decades. Because the term is associated with drug use or alcohol consumption, it is not surprising that most official definitions focus on substances. Despite this, there is a growing trend that sees a range of behaviors as potentially addictive. These “new addictions” include such behaviors as gambling, playing video games, shopping, and using the Internet or social networks. The purpose of the article is to discuss the definitions and understandings of the term that can be found in the literature against the background of contemporary knowledge. The considerations in the article are divided into three parts: the first reviews the terms and classifications related to new addictions, while the second highlights the differences and similarities between activity addictions and substance addictions, and the final part provides a brief overview of behavioral addictions.

KEYWORDS

new addictions,
behavioral
dependency, action
addiction, substance
addiction, addiction

SŁOWA KLUCZOWE

nowe uzależnienia,
uzależnienia
behawioralne,
uzależnienia
czynnościowe,
uzależnienia od
substancji, nałóg

SPI Vol. 26, 2023/2
e-ISSN 2450-5366

DOI: 10.12775/SPI.2023.2.001
Nadesłano: 25.02.2023
Zaakceptowano: 17.04.2023

ABSTRAKT

Konceptualizacja terminu „uzależnienie” jest od dziesięcioleci przedmiotem wielkiej debaty. Dla wielu osób pojęcie to wiąże się z zażywaniem narkotyków lub pić alkoholu. Jednak w ostatnich dekadach coraz powszechniejszy staje się nurt, który postrzega szereg zachowań jako potencjalnie uzależniające. Do tych „nowych uzależnień” włącza się takie zachowania jak: hazard, gry wideo, zakupy, korzystanie z internetu czy sieci społecznościowych. Celem artykułu jest przedstawienie i omówienie dostępnych w literaturze definicji i sposobów rozumienia pojęcia „nowe uzależnienia” na tle współczesnej wiedzy. Rozważania zawarte w artykule zostały podzielone na trzy części. W pierwszej dokonano przeglądu terminów i aktualnych kryteriów związanych z nowymi uzależnieniami. Druga część dotyczy różnic i podobieństw pomiędzy uzależnieniami od czynności a uzależnieniami od substancji. W ostatniej zawarto krótki przegląd uzależnień behawioralnych.

Wprowadzenie

Termin „uzależnienie” powszechnie kojarzony jest z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych, głównie alkoholu, narkotyków oraz tytoniu. Jednak w ostatnich dekadach odnotowano pojawienie się nowych, złożonych zachowań, które polegają na wykonywaniu nałogowych czynności. Swoim przebiegiem i symptomami są podobne do mechanizmu uzależnienia. Różnica polega na tym, że ich przedmiotem nie jest substancja chemiczna. Specjaliści zajmujący się terapią uzależnień zaczęli zwracać uwagę na sam proces powstawania problemu i związane z nim zachowania (Lelonek-Kuleta 2015: 98). W literaturze pojawiły się określenia: nowe uzależnienia (*new addictions*), uzależnienia behawioralne (*behavioral dependancy*) czy też uzależnienia od czynności (*action addiction*). W dużym uproszczeniu oznaczają one zachowania nałogowe, których jednostka nie jest w stanie zaprzestać, pomimo że zaburzają wiele obszarów jej funkcjonowania (Ogińska-Bulik 2010). Nowe uzależnienia są terminem traktowanym potocznie, stosuje się go po to, by podkreślić odrębność od „starych” nałogów związanych z używaniem substancji (Guerreschi 2005). Określenie „uzależnienia behawioralne” ma na celu podkreślenie podobieństwa do uzależnień od substancji. Pojęcie „uzależnienie od czynności” stosowane jest

rzadko, głównie po to, by zaakcentować addytywny, a jednocześnie niepowiązany z używaniem substancji charakter grupy zjawisk (Ogińska-Bulik 2010; Habrat 2016). Ta różnorodność terminologiczna od dawna jest przedmiotem dyskusji. W paradygmacie medycznym postuluje się wyraźne rozgraniczenie terminów: uzależnienie i nałóg. Wnioskuje się, by pierwszy z nich stosować jedynie w odniesieniu do zaburzeń psychicznych wywołanych używaniem substancji psychoaktywnych. Paradygmat społeczny proponuje terminy: uzależnienie behawioralne lub uzależnienie od czynności (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 21).

W niniejszym artykule będę posługiwała się terminem uzależnienie behawioralne na określenie zaangażowania jednostki w aktywność, która skutkuje negatywnymi konsekwencjami. Zostało to podyktowane kilkoma względami popartymi dotychczasowym stanem wiedzy i ustaleniami empirycznymi (zob.: Cierpiałkowska, Sęk 2016; Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018). Objawy i mechanizmy zarówno uzależnień substancjalnych, jak i behawioralnych wykazują istotne podobieństwo. Co charakterystyczne, współwystępują one ze sobą lub też w przypadku prób utrzymania abstynencji mogą się „wymieniać”, np. uzależnienie od środków psychoaktywnych na nałogową czynność. Termin uzależnienia behawioralne jest powszechnie stosowany w piśmiennictwie naukowym oraz popularnonaukowym i na stałe wpisał się w świadomość społeczną (zob. Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018).

Nowe uzależnienia są tematem słabo opisanym w kryteriach diagnostycznych, a ich etiologia jest niedostatecznie rozpoznana. Stąd też na ten moment niewiele wiadomo o skutecznych oddziaływaniach profilaktycznych czy terapeutycznych w tym obszarze. Nie mniej złożony charakter uzależnień behawioralnych oraz współwystępowanie wraz z nimi innych problemów psychicznych są ważnym powodem, by zająć się tym tematem. W niniejszym artykule w pierwszej kolejności zaprezentowano na tle dotychczasowej wiedzy o uzależnieniach ustalenia definicyjne dotyczące ogólnej problematyki nowych uzależnień, a następnie dokonano zestawienia wybranych uzależnień behawioralnych.

Uzależnienia behawioralne – ustalenia definicyjne i kryteria diagnostyczne

Przedstawiciele nauk medycznych i społecznych toczą dyskusję dotyczącą poprawności terminologii stosowanej w tym obszarze. Do tej pory wyłoniły się dwa wiodące problemy. Jeden z nich dotyczy sfery symptomatologicznej, odnoszącej się do objawów, które pozwalają zidentyfikować daną klasę zaburzeń. Drugi związany jest z kwestią wyjaśniania, jakie patologiczne mechanizmy prowadzą do powstawania i podtrzymywania zaburzeń (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 20). Efektem tych rozważań są obecnie trzy wiodące stanowiska:

1. Zachowania związane z czynnościami są podobne i mogą odnosić się do kategorii uzależnień. Istotny nacisk spoczywa tu na nomenklaturze i zastosowanym języku opisu. O szkodliwych zachowaniach myśli się zarówno w kategorii uzależnienia (*dependence*), jak i nałogu (*addiction*). Termin uzależnienie w tym rozumieniu odwołuje się do uzależnień wywołanych przez substancje psychoaktywne. Natomiast pojęcia nałogu używa się w przypadku zależności od czynności. W języku polskim termin nałóg używany był w terminologii medycznej, a jego rozumienie jest zbieżne z tym, jak współcześnie wyjaśnia się definicję uzależnienia (Lelonek-Kuleta 2015: 98; Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 21).
2. Uzależnienia behawioralne mają wspólne cechy z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi. To, co je łączy, to funkcja jaką spełniają podejmowane czynności. Mają one rozładować napięcie i niepokój odczuwany przez jednostkę. Różnica pomiędzy nimi dotyczy tego, że te pierwsze są ukierunkowane na cel, którego spełnienie prowadzi do przyjemności. Zachowania obsesyjno-kompulsywne nie są nastawione na osiągnięcie konkretnych rezultatów, tylko na radzeniu sobie z negatywnymi emocjami. Osoby, które kompulsywnie angażują się w czynności, odczuwają przymus ich wykonywania i powtarzania. Są tym stanem przeciążone, ale nie mogą go zakończyć.
3. O uzależnieniach behawioralnych możemy myśleć w kategorii zaburzeń kontroli impulsów. Podyktowane jest to przede wszystkim podobieństwem objawów, mechanizmów oraz

współwystępowaniem uzależnień od substancji i czynności (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 21–22). Na podłożu psychologii klinicznej uzależnienia behawioralne uznaje się za: „stan, w którym osoba uskarża się na brak możliwości, pomimo podejmowania prób zapanowania nad swoimi myślami i zachowaniami oraz ich skontrolowania, cierpi z powodu różnych problemów, ekonomicznych, interpersonalnych, zdrowotnych – wynikających z kompulsywnego powtarzania tych czynności, a także ma poczucie bezradności i bezsilności wobec problemu” (Cierpiałkowska, Sęk 2016: 391).

Przywołane tu stanowiska nie wykluczają się wzajemnie. Po raz pierwszy zauważono związek pomiędzy impulsywnością a kompulsywnością w badaniach nad uzależnieniami od substancji (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 44). Impulsywność odgrywa kluczową rolę w początkowych etapach procesu uzależnienia w postaci skłonności do poszukiwania krótkoterminowych korzyści. W późniejszych stadiach związanych z powtarzalnością rozwijają się kompulsywne nawyki przyjmowania substancji. Podobnie ma to miejsce przy uzależnieniach behawioralnych. Impulsywność ma rolę inicjującą nałogowe zachowanie (np. chęć uzyskania przyjemności), a kompulsywność – wspierającą powtarzanie (np. łagodzenie napięcia). Niemniej zależność pomiędzy impulsywnością a kompulsywnością jako mechanizmem uzależnień behawioralnych nadal pozostaje w sferze poszukiwań badawczych (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018).

Za autora pierwszej definicji opartej na kryteriach diagnostycznych uznaje się Aviela Goodmana (Goodman 1990). Brzmi ona następująco: „Nałóg jest procesem, w którym zachowanie będące źródłem przyjemności lub pozwalające uciec od wewnętrznego dyskomfortu występuje według wzorca charakteryzującego się: (1) powracającą niezdolnością do kontrolowania zachowania (bezsilność), (2) kontynuowaniem zachowania pomimo znaczących negatywnych jego konsekwencji” (Goodman 1990: 1404). Swoje kryteria sformułował on na podstawie DSM-3-R, bezpośrednio nawiązując do koncepcji uzależnień, podkreślając przy tym psychiczny i behawioralny aspekt problemu. Jego założenie, pomimo że uzyskało uznanie w praktyce, do dziś nie posiada statusu oficjalnego narzędzia klinicznego.

Tabela 1. Kryteria uzależnień behawioralnych według Aviela Goodmana

Goodman (1990)
<ul style="list-style-type: none"> • Powtarzające się niepowodzenia powstrzymania impulsów do angażowania się w specyficzne zachowania. • Narastające poczucie napięcia bezpośrednio przed podjęciem danego zachowania. • Przyjemność lub ulga w czasie wykonywania danej czynności. • Poczucie braku kontroli nad angażowaniem się w daną czynność. • Wystąpienie pięciu z następujących objawów: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Częste zaabsorbowanie zachowaniem lub czynnościami przygotowującymi do danego zachowania. ▪ Angażowanie się w dane zachowanie (pod względem częstotliwości i czasu trwania) znacznie przekraczające zamierzony poziom. ▪ Powtarzające się próby zmniejszenia częstotliwości kontroli lub zaprzestania danego zachowania. ▪ Poświęcenie coraz większej ilości czasu na aktywności związane z danym zachowaniem. ▪ Coraz większe angażowanie się w dane zachowanie kosztem zaniedbywania obowiązków domowych, zawodowych, szkolnych czy społecznych. ▪ Rezygnacja lub ograniczenie ważnych działań społecznych, zawodowych i rekreacyjnych z powodu zaangażowania w dane zachowanie. ▪ Kontynuowanie danego zachowania mimo doświadczania trwałych bądź nawracających problemów o charakterze społecznym, finansowym, psychologicznym, fizycznym wynikających z danego zachowania lub zaostrzających się z jego powodu. ▪ Tolerancja: potrzeba zwiększania częstotliwości lub intensywności danego zachowania ▪ w celu uzyskania takiej samej przyjemności lub ulgi jak wcześniej. ▪ Niepokój lub zdenerwowanie, gdy nie można podjąć danego zachowania. • Utrzymanie się symptomów dłużej niż przez miesiąc lub ich powtarzanie się w dłuższym okresie.

Źródło: Na podstawie – Goodman 1990; Lelonek-Kuleta 2015: 99.

Autorem innego, popularnego sześcioczynnikowego modelu, którego kryteria wskazują na uzależnienie czynnościowe jest Mark Griffiths (2004). Według niego diagnoza uzależnienia jest uwarunkowana wypełnieniem wszystkich z nich. Granicą pomiędzy pasją i zaangażowaniem w daną czynność a uzależnieniem od niej jest odizolowanie osoby uzależnionej z codziennego życia i cierpienie, które jej to sprawia.

Tabela 2. Kryteria uzależnień behawioralnych według Marka Griffithsa

Griffiths (2004)
<ul style="list-style-type: none"> • Wyrazistość emocjonalnego podporządkowania – zachowanie staje się aktywnością najważniejszą w życiu osoby. Dominuje w myśleniu, emocjach oraz zachowaniu. • Zmiana nastroju – dążenie do zachowania może być strategią radzenia sobie z trudnościami. • Tolerancja dawkowania – zachowanie musi być wykonane z coraz większą intensywnością, aby dostarczyć pożądaną satysfakcji. • Objawy odstawienia – nieprzyjemnie odczucia psychiczne lub objawy fizyczne w sytuacji braku realizacji danego zachowania. • Konflikty o charakterze interpersonalnym lub intrapsychnym jako konsekwencja wykonania zachowania. • Nawrót – tendencja powracania do wykonania zachowania po okresie zaprzestania lub kontrolowania go.

Źródło: Na podstawie – Pospiszyl 2020: 243.

Lidia Cierpiałkowska na podstawie analizy opisanych w literaturze przedmiotu kryteriów diagnostycznych przyjęła następujące kryteria operacyjne (Tabela 3). Do diagnozy uzależnienia behawioralnego również w tym przypadku konieczne jest wystąpienie wszystkich pięciu objawów.

Tabela 3. Kryteria operacyjne uzależnień behawioralnych według Ireny Grzegorzewskiej i Lidii Cierpiałkowskiej

Grzegorzewska, Cierpiałkowska (2018)
<ul style="list-style-type: none"> • Podejmowanie danej aktywności w celu zmiany samopoczucia: uzyskania przyjemności, zmniejszenia bólu, wzrostu energii, uspokojenia lub w fazie końcowej zachowania zdolności do funkcjonowania (efekt tolerancji). • Wraz z upływem czasu konieczność zintensyfikowania danej czynności w celu osiągnięcia pożądanego/akceptowanego stanu. • Utrata kontroli nad ilością, częstotścią i czasem wykonania pewnych czynności. • Pojawienie się symptomów odstawiennych, jeśli wykonanie danej czynności jest gwałtownie skrócone, ograniczone lub niemożliwe do zrealizowania. • Nasilenie negatywnych konsekwencji wynikających z przekroczenia czasu poświęcanego na wykonywanie danej aktywności, co jest bezpośrednim lub pośrednim wskaźnikiem utraty kontroli.

Źródło: Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 34.

W praktyce terminy związane z uzależnieniem od czynności i próby kategoryzacji tego zjawiska pojawiają się już od dość dawna (Lelonek-Kuleta 2015; Habrat 2016; Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018). Biorąc pod uwagę mnogość czynności, które mogą się stać nałogiem, wydaje się konieczne kliniczne oraz naukowe usystematyzowanie uzależnień behawioralnych. Dopiero klasyfikacja

DSM-5 Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (American Psychiatric Association 2013) uwzględniła hazard patologiczny jako zaburzenie i nałóg niezwiązany z substancjami (*non-substance related disorder*). Wprowadzenie pojęcie zaburzenia (*disorder*) usystematyzowało naukową refleksję nad nasileniem zachowań uzależniających. Od używania normalnego, nadużywania (DSM-4), używania szkodliwego (ICD-10), do uzależnienia (zarówno od substancji, jak i zachowań), co pozwoliło na uspojnienie tego obszaru badań (Lelonek-Kuleta 2014: 16) – przeciwieństwie do poprzednich wydań DSM-3 oraz DSM-4, w których hazard patologiczny zaliczono do grupy zaburzeń impulsów. W obowiązującej w Polsce klasyfikacji ICD-10, Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (nowa wersja ICD-11 weszła w życie 1 stycznia 2022 roku, ale nie ma jeszcze polskiej wersji językowej, do tego momentu obowiązują klasyfikacje zawarte w poprzedniej edycji), termin uzależnienie behawioralne nie występował lub był ujmowany w kategorii zaburzeń kontroli impulsów lub zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych.

„Nowe” i „stare” uzależnienia

Rozpatrując uzależnienia od substancji oraz uzależnienia od czynności pod kątem podobieństw i różnic, trzeba spojrzeć na te zagadnienia również pod kątem medycznym. Przede wszystkim, jeśli zjawisko zalicza się do kategorii medycznej, to wypracowywane są kryteria diagnostyczne i profilaktyczne oraz naprawcze procedury postępowania. Ma to swoje pozytywne, jak i negatywne konsekwencje. Sprowadzając uzależnienie behawioralne do uproszczonych kategorii fizjologicznych i psychologicznych, pomija się wielowymiarowe ujęcie tego zagadnienia. Pod względem mechanizmów psychologicznych i uwarunkowań zjawiska te są do siebie podobne. Natomiast społeczny obraz tych zjawisk, ich spostrzeganie w środowisku, stygmatyzowanie i wykluczenie, wystąpienie szkód społecznych (konflikt z prawem, utrata pracy, konflikty w rodzinie itp.) czy dostępność profilaktyki oraz leczenia znacząco się różnią. Przekłada się to na szeroki wachlarz konsekwencji, które odczuwa uzależniona jednostka i jej bliscy, a tym samym na wsparcie, które otrzymuje w procesie zdrowienia.

Z drugiej strony za ujęciem uzależnień behawioralnych od strony medycznej przemawia fakt, że różne organy państwa kierują duże nakłady finansowe na wdrażanie strategii naprawczych. Warunkiem uznania danego zjawiska za zagadnienie medyczne jest fakt istnienia czynnika patogenicznego. Nie ma to miejsca jednak w wypadku uzależnień behawioralnych. Są one oparte na naturalnych mechanizmach fizjologicznych. Na utrwalenie danego zachowania wpływają bodźce, które je wzmacniają i nagradzają (przyjemność), oraz te, które warunkują negatywnie (brak nagrody). Jest to proces odwracalny (Habrat 2016: 21).

Wielu badaczy (np.: Ogińska-Bulik 2010; Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018) podkreśla słabości i nieprawidłowości metodologiczne w ujęciu pojęciowym uzależnień behawioralnych. Ponadto trudno się oprzeć wrażeniu, że kryteria części z nich są przez analogię naciągane do kryteriów istniejących już uzależnień od substancji. Ich interpretacja wpisuje się bardziej w model nomotetyczny, polegający na wyjaśnianiu głównie w zakresie poszukiwanych ogólnych praw i teorii, niż model idiograficzny, w którym dane zjawiska są dobrze wyjaśnione przez potwierdzoną doświadczeniem teorię (Habrat 2016: 22).

Wraz z rozwojem wiedzy dotyczącej psychologicznych i neurobiologicznych mechanizmów nałogów wskazano na podobieństwa pomiędzy uzależnieniami od substancji a nałogami behawioralnymi. Na gruncie biologicznym zainteresowano się podstawami wyuczonych zachowań. Wskazano na wspólne, neuronalne drogi rozwoju uzależnień. Przede wszystkim podkreślono funkcję tzw. ośrodka nagrody oraz potwierdzono rolę układu dopaminergicznego i opioidowego w mechanizmach pozytywnego wzmacniania, a układu serotonergicznego w mechanizmach protekcyjnych (Lelonek-Kuleta 2015: 101; Habrat 2016: 33). Nieliczne badania w obszarze genetyki także potwierdzają, że uzależnienia od substancji i uzależnianie behawioralne mają wspólną patogenezę, a skłonność do nich może być dziedziczona (Lelonek-Kuleta 2015: 101).

Obecnie obowiązujące kryteria diagnostyczne termin uzależnienie wyjaśniają jako sumę zachowań nałogowych (z komponentami psychologicznymi i ich biologicznymi podstawami) oraz biologicznych uwarunkowań farmakologicznych (zmieniona tolerancja i objawy abstynencyjne). W ten sposób termin ten odnosi się tylko do nadużywania substancji psychoaktywnych.

Przedmiot szczególnej dyskusji w odniesieniu do uzależnień behawioralnych stanowią objawy abstynencyjne. Symptomy, które pojawiają się w wyniku uniemożliwienia wykonania danej czynności, są podobne do objawów zespołu odstawiennego, ale mają niespecyficzny charakter. Mogą być m.in. przejawem frustracji i występować w postaci lęku, drażliwości czy niepokoju. Natomiast objawy ugruntowane w kryteriach są typowe dla odstawienia danej substancji, np. wzmożona senność, zwiększony apetyt w przypadku uzależnienia od kokainy (Habrat 2016: 34). Zatem w uzależnieniach behawioralnych ograniczają się one do sfery psychicznej. W przypadku uzależnienia od środków psychoaktywnych mają różnorodny przebieg chorobowy zależny od przyjętej danej substancji. Wstępnym etapem w leczeniu uzależnień chemicznych jest detoksykacja, której nie przeprowadza się przy uzależnieniach behawioralnych. W efekcie klasyfikacja DSM-5 wprowadziła kategorię zaburzeń nałogowych, które objęły: zaburzenia używania substancji oraz zaburzenia uprawiania hazardu, co z jednej strony podkreśla ich podobieństwo pod względem mechanizmów, a z drugiej – wskazuje odrębności (osobne podkategorie).

Cierpiałkowska scharakteryzowała dwa najważniejsze nurty traktujące o naturze uzależnień. Przedstawiciele pierwszego z nich traktują je jako syndrom, a drugiego – jako proces (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 35–41). Model wieloczynnikowy jest jednym z najpopularniejszych modeli wyjaśniania genezy rozwoju uzależnień (Lelonek-Kuleta 2015: 101). Jego główne założenie opiera się na tezie, że uzależnienia mają to samo podłoże. Z jednej strony tworzą je złożone i zintegrowane czynniki biopsychospołeczne, z drugiej – konteksty neurobiologiczne i psychologiczne, które zwiększają podatność danej jednostki na uzależnienia. Dlatego też traktowane są jako syndrom o wielu obliczach, tak substancjalnych, jak i behawioralnych. Koncepcja ta znajduje swoje odbicie w prowadzonych badaniach i potwierdza się m.in. w pracach naukowych dotyczących współwystępowania uzależnień ze sobą, jak i zastępowania jednego obiektu uzależnień innym. Zarzuca się jej jednak zbyt skoncentrowanie na diagnozie, przy zaniedbaniu analizy procesów psychologicznych odpowiedzialnych za rozwój zjawiska (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018).

Model traktujący uzależnienia jako proces również wskazuje na rolę uzależnień substancjalnych, które w tym przypadku są jednym

z wielu czynników ryzyka skorelowanych z uzależnieniami behawioralnymi. W tym podejściu jednostka w sposób celowy angażuje się w dane zachowanie. Jej celem jest osiągnięcie przyjemności. Samo uzależnienie rozwija się stopniowo. Towarzyszą mu czynniki ryzyka oraz współwystępujące z nimi sytuacje problemowe. Takie ujęcie pozwala zidentyfikować te procesy psychologiczne, które są specyficzne dla rozwoju konkretnego uzależnienia. Zatem umożliwia konstruowanie interwencji opartych na dowodach naukowych, co jest nieocenione dla efektywności terapii i oddziaływań stosowanych w praktyce (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018).

Niezależnie od tego, czy przedmiotem uzależnienia jest substancja czy zachowanie, wnosi ono w życie osoby nim dotkniętej cierpienie i to w zasadzie w każdej sferze życia. Co istotne, konsekwencje uzależnienia możemy rozpatrywać zarówno w zakresie indywidualnym, rodzinnym, jak i szerzej – w perspektywie całego społeczeństwa (Włodarczyk 2020: 40). Dochodzi do zrywania więzi społecznych, utraty kompetencji społecznych, relacje zostają zaburzone, a uzależniona jednostka zaczyna coraz bardziej się izolować od ludzi. Skutki omawianego zjawiska współwystępują, tworząc nowe problemy oraz wzmacniając się nawzajem.

Wybrane typy „nowych uzależnień”

Przemiany społeczno-kulturowe wyzwają we współczesnym społeczeństwie silną potrzebę posiadania i intensywnych doznań. Mniej liczą się przeżycia, a bardziej sposób, w jaki zostaną one utrwalone, np. na portalach społecznościowych. Paradoksem naszych czasów jest życie w świecie pełnym dóbr i wyborów przy jednoczesnym doświadczaniu ubóstwa relacji. Słabną więzi, tym samym osłabia się ludzka zdolność do tolerowania różnego rodzaju stresorów. Szukając regulacji, sposobów radzenia ze stresem, jednostka zwraca się w stronę czynności, które pomogą jej zredukować złe samopoczucie. W tej części artykułu omówione zostaną wybrane nowe uzależnienia. Kryterium ich doboru zostało podyktowane formalną klasyfikacją DSM-5. Uzależnienie od hazardu pojawiło się tu w kategorii zaburzeń używania substancji i nałogów. Problemowe korzystanie z internetu uznano za potencjalnie możliwe do włączenia do tej kategorii, a uzależnienie od gier internetowych za wymagające dalszych badań.

Za inne rozważane uzależnienia, w kategorii których nie znaleziono satysfakcjonujących na ten moment dowodów, przyjęto: uzależnienie od zakupów, seksu i ćwiczeń fizycznych (w tym artykule omówione zostanie uzależnienie od zakupów).

Hazard. Po raz pierwszy został uznany za jednostkę chorobową i pojawił się w klasyfikacji DSM-5 z 2000 roku w kategorii zaburzeń kontroli impulsów (Panasiuk K., Panasiuk B. 2016). Hazard patologiczny zdefiniowano jako postępujące i przewlekłe zaburzenie, które obejmuje nieustanny brak zdolności do opierania się impulsom do hazardu oraz zakłóca lub szkodzi dążeniom osobistym, rodzinnym lub zawodowym (Kusztal, Piasecka, Nastazjak 2021: 18). Obecnie w najnowszych kryteriach DSM-5 wprowadzonych w 2013 roku hazard znalazł się w kategorii zaburzenia związane z substancjami psychoaktywnymi i nałogami (Tabela 4). Zaburzenie hazardowe traktowane jest jako kontinuum, w którym od liczby zidentyfikowanych objawów zależy jego nasilenie. O łagodnym nasileniu zaburzenia decyduje pojawienie się 4–5 kryteriów, umiarkowane nasilenie zaburzenia: 6–7 kryteriów, nasilenie znaczne: 8–9 kryteriów. O wczesnej remisji natomiast świadczy brak objawów przez 3–12 miesięcy, a przy utrzymującej się remisji czas ten wydłuża się powyżej 12 miesięcy.

Tabela 4. Kryteria diagnostyczne hazardu według DSM-5

Kryteria diagnostyczne DSM-5	
A.	Utrwalone lub nawracające problematyczne zachowania hazardowe, prowadzące do klinicznie znaczącej szkodliwości lub negatywnego stresu, na co wskazują cztery lub więcej z niżej opisanych zachowań przejawianych przez osobę w okresie minionych 12 miesięcy: <ol style="list-style-type: none"> 1. Odczuwa potrzebę grania za coraz większe sumy pieniędzy w celu osiągnięcia pożądanego poziomu ekscytacji. 2. Jest niespokojna lub rozdrażniona, poirytowana przy podejmowaniu prób ograniczenia lub zaprzestania grania w gry hazardowe. 3. Podejmuje nieudane próby kontrolowania, ograniczania i zaprzestania hazardu. 4. Jest pochłonięta hazardem. 5. Gra często, gdy odczuwa negatywny stres. 6. Przegrawszy pieniądze, często wraca do gry innego dnia, by wyrównać rachunki. 7. Kłamie, by ukryć stopień zaangażowania w hazard. 8. Z powodu hazardu naraża lub traci znaczące relacje, pracę, edukacyjne lub zawodowe możliwości. 9. Popada w zależność od ludzi, od których może pozyskać pieniądze niezbędne do poprawienia własnej sytuacji finansowej spowodowanej zaangażowaniem w hazard.
B.	Zachowanie hazardowe nie jest lepiej wyjaśnione występowaniem epizodu maniakalnego.

Źródło: Na podstawie – Panasiuk K., Panasiuk B. 2016: 93.

Obowiązująca w Europie klasyfikacja ICD-10 w starszej i ICD-11 w nowej wersji również odniosły się do hazardu (Tabela 5). W klasyfikacji ICD-10 patologiczny hazard umieszczono w grupie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, w podkategorii zaburzenia nawyków i popędów. Zdefiniowano go jako „częste, powtarzające się epizody uprawiania hazardu, które dominują w życiu człowieka, prowadzą do naruszenia norm oraz zobowiązań społecznych, zawodowych, materialnych i rodzinnych” (Pużyński, Wciórka 2000: 178). Wprowadzenie klasyfikacji ICD-11 (w Polsce do momentu tłumaczenia, obowiązują kryteria ICD-10) przyniosło ważną zmianę. Pojawił się podrozdział zaburzenia związane z używaniem substancji lub nałogowymi zachowaniami (*disorders due to substance use or addictive behaviours*), w którym rozrózono zaburzenia spowodowane używaniem substancji od tych wywołanych nałogowymi zachowaniami. W drugiej z grup umieszczono zaburzenie używania hazardu i zaburzenie związane z graniem. Zaburzenie stwierdza się w momencie, gdy zachowania związane z hazardem i inne cechy są widoczne przez co najmniej 12 miesięcy, chociaż czas trwania może zostać skrócony, jeśli wszystkie wymagania diagnostyczne są spełnione, a objawy poważne.

Tabela 5. Kryteria diagnostyczne hazardu według ICD-10 i ICD 11

ICD-10	ICD-11
<ol style="list-style-type: none"> 1. Wzrost napędu związanego z poszukiwaniem środka uzależniającego. 2. Wzrost tolerancji na działanie środka (stopniowe obniżanie przyjemności przy dostarczaniu takiej samej dawki lub potrzeba zwiększania ilości środka dla uzyskania podobnej przyjemności jak na początku). 3. Kompulsywna potrzeba grania, kosztem zdrowia i otoczenia. 4. Osłabienie woli. 5. Obsesja grania i natręctwa myślowe utrzymujące się i nawracające nawet przy wieloletniej abstynencji. 6. Samooszukiwanie się, stosowanie usprawiedliwień i innych mechanizmów obronnych ułatwiających podjęcie gry. 7. Wyniszczenie fizyczne, brak zainteresowania środowiskiem niezwiązanym z hazardem. 8. Wypalenie emocjonalne. 	<p>Wzorec uporczywych lub powtarzających się zachowań związanych z hazardem, które mogą być podejmowane online lub offline. Zachowania te odznaczają się:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. upośledzoną kontrolą nad hazardem (biorąc pod uwagę np. początek grania hazardowego, jego częstotliwość, intensywność, czas trwania, zakończenie, kontekst), 2. zwiększeniem priorytetu nadanego hazardowi w takim stopniu, że zyskał on pierwszeństwo przed innymi zainteresowaniami żywymi i codziennymi czynnościami, 3. kontynuacją lub eskalacją hazardu pomimo wystąpienia negatywnych konsekwencji.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie – Pospiszył 2020 oraz Kusztal, Piasecka, Nastajczak 2021.

W procesie rozwoju uzależnienia od hazardu wyróżnia się najczęściej na trzy etapy (por. Woronowicz 2009: 468, Panasiuk K., Panasiuk B. 2016: 95–98, Pospiszyl 2020: 311). Pierwszy z nich określany jest fazą zwycięstwa. Na tym etapie wygrana wywołuje uczucie triumfu, a sam grający ryzykuje coraz większe sumy, licząc na powodzenie. Punktem zwrotnym tej fazy jest wchodzenie w obsesję zwaną „epizodem wielkiej wygranej”. Kolejny etap – faza utraty – prowadzi do ambiwalentnego uczucia. Z jednej strony pojawia się chęć rezygnacji, z drugiej myślenie życzeniowe o możliwości kolejnej wygranej. Hazardzistę ta wizja pochłania. Gra tylko po to, by się odegrać oraz odzyskać utracone pieniądze. Postępowanie uzależnionego zaczyna stwarzać problemy w różnych obszarach życia (rodzinne, zawodowe itp.). Faza trzecia – faza desperacji – rozpoczyna się w momencie, kiedy wszystkie manipulacje i mechanizmy obronne przestają działać. Hazardzista odczuwa konsekwencje swojego postępowania, za które musi ponieść odpowiedzialność. Ten etap jest często momentem zwrotnym – uzależniony zwraca się po pomoc.

Według badania CBOS z 2017 roku w Polsce do nałogowego hazardu przyznało się 0,4% graczy (CBOS 2017). W tej grupie zdecydowanie przeważają mężczyźni, tylko 1/3 z nich to kobiety. Nie bez znaczenia jest tu również wiek. Młodzież najczęściej wybiera automaty, natomiast młodzi dorośli (20–35 lat) grę w kasynach. Ponad połowa uzależnionych od hazardu swoją przygodę z grą rozpoczyna pomiędzy 10 a 14 rokiem życia. Jak wynika z badań, dużą popularnością wśród Polaków cieszy się e-hazard. Najczęstszą jego formą są zakłady sportowe (Lelonek-Kuleta i in. 2020). Oszacowanie stopnia rozpowszechnienia problemów z hazardem jest trudne, a analiza dostępnych badań daje niejednoznaczne wyniki. Najwięcej informacji dotyczących poziomu występowania zaburzeń związanych z uprawianiem hazardu pochodzi m.in. ze Stanów Zjednoczonych, Norwegii i Kanady. W zależności od miejsca badania i użytego narzędzia diagnostycznego procent osób uzależnionych od hazardu w populacji waha się w granicach 0.1–2 (Grzegorzewska, Cierpiatowska 2018: 153).

Problematyczne korzystanie z internetu. Internet stał się integralną częścią życia, miejscem pracy oraz źródłem gratyfikacji. Niestety, to, co przynosi nam korzyści, może również nam szkodzić. Problematyczne korzystanie z internetu swoim zasięgiem obejmuje

wiele różnych czynności takich jak: surfowanie po sieci, hazard w sieci, cyberseks, zakupy w sieci, kompulsywne poszukiwanie informacji oraz nadmierne korzystanie z mediów społecznościowych. Z punktu widzenia wielu badaczy (por. np. Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 211) nie stanowi on źródła uzależnienia sam w sobie, ale jedynie pośredniczy w rozwoju uzależnień od niektórych czynności. Zgodne jest to ze współczesnym stanowiskiem, które zakłada, że określenie „uzależnienie od internetu” jest skrótem myślowym odnoszącym się do podejmowania w jego przestrzeni różnych ryzykownych zachowań o charakterze nałogowym. Obecnie uznaje się, że szkodliwe korzystanie z sieci obejmuje: (1) szkodliwe granie, (2) szkodliwe zaangażowanie seksualne, (3) nadmierne i szkodliwe poszukiwanie informacji, (4) kompulsywne zachowania, (5) nadmierne i szkodliwe zaangażowanie społeczne (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 211–212).

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne rozważyło włączenie diagnozy patologicznego korzystania z sieci do klasyfikacji DSM-5. Zaproponowano uwzględnienie czterech kryteriów istotnych dla zdiagnozowania problemu: (1) nadmierne używanie, często kojarzone z utratą poczucia czasu lub zaniedbaniem podstawowych potrzeb, (2) wycofanie, w tym uczucie złości, napięcia i/lub przygnębienia w przypadku braku dostępu do komputera, (3) zmiana tolerancji, korzystanie z coraz większą częstotliwością z komputera, w tym również manifestowanie potrzeby posiadania coraz lepszego sprzętu komputerowego, większej liczby programów oraz dłuższego korzystania z sieci oraz (4) negatywne następstwa obejmujące kłótnie, kłamanie, słabe wyniki w pracy/nauce, społeczną izolację i zmęczenie (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 212–213). Klasyfikacja DSM-5 z 2013 roku nie ujęła jednak uzależnienia od internetu jako zaburzenia. Mimo braku jednostki nozologicznej w oficjalnych klasyfikacjach, badacze proponują własne kryteria diagnostyczne. W literaturze za jednego z pierwszych badaczy zajmujących się tym zjawiskiem uważa się Ivana K. Goldberga. Zdefiniował on uzależnienie jako sytuację, w której ludzie nadużywają internetu, co wiąże się z wieloma negatywnymi konsekwencjami fizycznymi i psychicznymi (Barłóg 2015). Zidentyfikował również objawy, na podstawie których można stwierdzić wystąpienie tego problemu (Tabela 6).

Tabela 6. Kryteria uzależnienia od Internetu według Ivana K. Goldberga

Goldberg
<ul style="list-style-type: none"> • Tolerancja – coraz mniejszy poziom satysfakcji wynikającej z korzystania z internetu przez taką samą ilość czasu, co prowadzi do potrzeby coraz dłuższego przebywania w sieci. • Zespół abstynencyjny – pojawia się już po kilku dniach od zaprzestania korzystania z sieci. O zespole abstynencyjnym możemy mówić, gdy pojawią się przynajmniej dwa objawy z następującej listy: <ul style="list-style-type: none"> ▪ pobudzenie psychoruchowe, ▪ lęk, ▪ obsesyjne myśli o internecie i tym, co się w nim dzieje, ▪ obniżenie nastroju, ▪ fantazje i marzenia związane z internetem, ▪ dowolne bądź mimowolne poruszanie palcami w sposób charakterystyczny dla korzystania z klawiatury komputerowej. <p>W celu redukcji objawów zespołu abstynencyjnego osoba zaczyna ponownie korzystać z sieci.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Korzystanie z sieci internetowej w czasie dłuższym od planowanego. • Pojawienie się potrzeby przerwania lub ograniczenia korzystania z internetu, próby te są jednak nieudane. • Poświęcenie dużej ilości czasu na czynności związane z internetem (porządkowanie materiałów internetowych, czytanie książek o internecie). • Zmniejszenie lub zrezygnowanie z aktywności zawodowej, społecznej lub rekreacyjnej na rzecz korzystania z internetu. • Dalsze korzystanie z internetu, pomimo świadomości rozwijających się problemów fizycznych, społecznych i psychologicznych. <p>○ uzależnieniu możemy mówić, gdy pojawią się minimum trzy objawy z powyższej listy.</p>

Źródło: Na podstawie – Barłóg 2015.

Fazy rozwoju uzależnienia od mediów najlepiej opisano w kontekście nałogowego korzystania z internetu, jednak mogą one się również odnosić do uzależnienia od gier internetowych. Sam proces uzależnienia podzielono na cztery fazy, z których każda wiąże się z wystąpieniem momentu krytycznego (zob. Panasiuk K., Panasiuk B. 2017: 69–70). Pierwszy etap zwany zaangażowaniem to okazjonalne korzystaniem z internetu, które służy jakiemuś konkretnemu celowi, np. wyszukiwaniu materiałów do nauki bądź pracy. Czas spędzony na tym zadaniu jeszcze nie narusza naturalnego rytmu życia. Kolejno następuje przejście od korzystania okazjonalnego do kolejnego etapu – zastępowania.

Użytkowanie sieci staje się regularne. Dzieje się tak kosztem czasu przeznaczanego na inne zajęcia. Osoba zaczyna się izolować społecznie, traci zainteresowanie innymi obszarami życia. Narastają problemy, które coraz trudniej będzie jej rozwiązać. Etap trzeci to ucieczka. Pojawia się utrata kontroli. Osoba uzależniona wchodzi w konflikty z bliskimi, manipuluje otoczeniem. Ucieka w świat

wirtualny. Ostatni etap (desperacja) jest próbą powrotu do normalności. W wyniku okoliczności zewnętrznych osoba uzależniona nie ma już możliwości stosowania mechanizmów ucieczkowych i zaczyna szukać pomocy (zob. Panasiuk K., Panasiuk B. 2017: 69–70; Pospiszyl 2020: 303–304).

Wyniki badań dotyczące uzależnienia od internetu przedstawiają raczej skalę samego zjawiska niż rzetelną ocenę problemu. Różnią się znacznie w zależności od badanej kultury i społeczeństwa. Stosowana metodologia nie jest jednolita. Część badań prowadzona jest na reprezentatywnych populacjach za pomocą ankiet zamieszczonych w sieci, część trafia w postaci kwestionariuszy do określonych grup. Badania z 2001 roku wskazały, że 10% Europejczyków przyznaje się do nałogowego korzystania z internetu lub uważa się za osoby uzależnione. Należy przy tym zauważyć, że na początku XXI wieku z internetu korzystało 17% Polaków, a w latach 2019–2020 odsetek ten wzrósł do prawie 85% (Pospiszyl 2020: 305). Dlatego można szacować, że aktualnie liczba osób uzależnionych od tego medium jest wyższa. Niemniej patrząc na różnorodność metodologiczną, urozmaicenie stosowanych narzędzi badawczych, kontekst społeczno-kulturowy oraz dynamiczny rozwój samej sieci, wydaje się, że wskaźniki uzależnienia mogą być zarówno przeszacowane, jak i niedoszacowane, w zależności od badanej grupy (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 216).

Uzależnienie od gier internetowych. W amerykańskiej klasyfikacji DSM-5 termin *internet gaming disorder* pojawił się na określenie zaburzenia związanego z korzystaniem z gier jako problem wymagający dalszych badań (Cyrklaff-Gorczyca, Kruszewski 2018). Według propozycji zawartej w klasyfikacji DSM-5 można wyodrębnić dziewięć kryteriów diagnostycznych uzależnienia od gier komputerowych (Tabela 7). W przeciągu 12 miesięcy musi pojawić się co najmniej 5 z wymienionych objawów, by można było postawić diagnozę.

Tabela 7. Prawdopodobne kryteria diagnostyczne uzależnienie od gier komputerowych

Propozycja według klasyfikacji DSM-5
<ul style="list-style-type: none"> • Zaabsorbowanie graniem. • Symptomy odstawienia, gdy granie nie jest możliwe. • Tolerancja jako potrzeba coraz większego zaangażowania się w granie. • Nieudane próby przejęcia kontroli nad graniem. • Utrata zainteresowań wcześniejszymi przyjemnościami i aktywnościami jako konsekwencja nadmiernego grania. • Dalsze zaangażowanie się w gry mimo negatywnych tego konsekwencji. • Oszukiwanie rodziny, terapeutów oraz innych osób na temat czasu poświęconego na granie, kłamanie. • Granie jako sposób na ucieczkę od problemów lub na regulowanie nastroju. • Ryzyko utraty lub utrata relacji interpersonalnych, pracy, szkoły bądź kariery z powodu nadmiernego grania.

Źródło: Na podstawie – Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 190.

Nowa klasyfikacja ICD-11 również uwzględniła to uzależnienie jako *gaming disorder*. Znalazło się ono w podgrupie „zachowania uzależniające”. Oznacza: „zaburzenie kontroli gier oraz zwiększające się znaczenie grania nad innymi działaniami do tego stopnia, że granie dominuje nad innymi aktywnościami codziennymi i zainteresowaniami, a także kontynuacją lub eskalacją grania pomimo występowania negatywnych konsekwencji, które za sobą niesie” (Cyrklaff-Gorczyca, Kruszewski 2018: 47). To, co decyduje o zakwalifikowaniu danego zachowania jako uzależnienia od grania, to 12-miesięczny okres (w przypadku poważnych objawów ramy czasowe ulegają skróceniu), podczas którego następuje znaczne upośledzenie funkcjonowania w ważnej sferze życia.

Coraz więcej młodych osób sięga po nowe technologie także po to, by grać. Wśród pedagogów, psychologów, nauczycieli i rodziców rozwija się debata nad skutkami tego zjawiska. Nie ma tu prostej odpowiedzi. Z jednej strony w literaturze wskazuje się na korzystne oddziaływanie nowych technologii, takie jak rozwój umiejętności wzrokowo-przestrzennych, przyrost wiedzy oraz umiejętności czytania, liczenia, znajomości języków obcych, kształtowanie postaw społecznych. Z drugiej strony zauważa się zatracanie się w grze, brak kontroli nad czasem spędzonym na graniu, przy ignorowaniu innych aktywności oraz doświadczaniu wielu negatywnych konsekwencji prowadzących do uzależnienia (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 184–185). Gry mogą stanowić ucieczkę od rzeczywistości

pełnej konfliktów, negatywnych emocji czy też braku poczucia własnej wartości. Według badań przeprowadzonych na reprezentatywnej grupie europejskich nastolatków (Muller i in. 2015) odsetki młodzieży (14–17 lat) uzależnionej od gier komputerowych kształtują się w poszczególnych krajach następująco: Grecja – 2,5%, Polska – 2,0%, Islandia – 1,8%, Niemcy – 1,6%, Rumunia – 1,3%, Holandia – 1,0%, Hiszpania – 0,6% (Muller i in. 2015).

Nałogowe kupowanie. Badacze nie są zgodni co do tego, do jakiej kategorii zaburzeń psychicznych zalicza się niekontrolowane robienie zakupów. Najczęściej wymienia się tutaj cztery rodzaje zaburzeń: zaburzenie kontroli impulsów, zaburzenie nastroju, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne oraz uzależnienia behawioralne, z czego największą uwagę zwrócono na dwa ostatnie. Termin „nałogowe kupowanie” nie doczekał się jeszcze obowiązującej definicji. Tego rodzaju czynności można określić jako „pozostający poza kontrolą przymus kupowania, niekorzystnie wpływający na funkcjonowanie jednostki” (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 314–315). Nałogowe kupowanie nie zostało sklasyfikowane w obowiązujących kryteriach diagnostycznych. Natomiast według nieobowiązujących kryteriów m.in. Helgi Dittmar (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 316) niepohamowana potrzeba jest kluczowym symptomem odróżniającym normalne kupowanie od patologicznego. Nałogowe kupowanie pociąga też za sobą negatywne konsekwencje dotyczące różnych sfer życia. Z perspektywy mechanizmów uzależnienia o nałogowym kupowaniu możemy mówić, gdy wystąpią trzy z następujących objawów: „(1) poczucie przymusu i/lub silna potrzeba dokonywania zakupów, (2) upośledzenie kontroli nad powstrzymaniem się od zakupów oraz nad długością i częstotliwością czasu poświęcanego na zakupy, (3) doświadczanie niepokoju, rozdrażnienia czy gorszego samopoczucia przy próbach ograniczenia możliwości dokonywania zakupów oraz ustępowanie tych stanów z chwilą pojawienia się możliwości realizowania planów zakupowych, (4) spędzanie coraz większej ilości czasu na zakupach w celu uzyskania zadowolenia lub dobrego samopoczucia, które poprzednio osiągnane było w krótszym czasie, (5) postępujące zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub dotychczasowych zainteresowań na rzecz dokonywania zakupów i zdobywania na nie środków finansowych, (6) kontynuowanie zakupów mimo szkodliwych następstw, o których wiadomo, że

mają związek z ich dokonywaniem” (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018: 317).

Badania nad rozpowszechnieniem zakupoholizmu pokazują, że w Europie problem ten dotyczy 1–10% populacji, natomiast w Stanach Zjednoczonych – 6% (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018). W Polsce według analizy wyników uzyskanych przez CBOS około 4% osób powyżej 15. roku życia zmagają się z problemem kompulsywnego kupowania. W większości są to osoby płci żeńskiej do 24. roku życia (CBOS 2015). Problem ten zazwyczaj dotyka ludzi młodych, czego przyczyną, zwłaszcza na Zachodzie, można upatrywać w bogatej ofercie różnego rodzaju dóbr, możliwości ich wyboru, łatwości dostępu oraz w kulturze spędzania wolnego czasu w galeriach handlowych (Ogińska-Bulik 2016).

Zakończenie

Omawiane powyżej takie terminy jak: uzależnienia behawioralne, uzależnienia od czynności, nowe uzależnienia na stałe wpisały się w literaturę przedmiotu i w praktykę. Ma to swoje pozytywne aspekty, ogranicza bowiem kontrowersje związane ze zbyt szerokim używaniem terminu uzależnienie oraz akcentuje negatywne konsekwencje angażowania się człowieka w czynności, które pozostają poza jego kontrolą. Z drugiej strony uzależnienie jest pojęciem budzącym negatywne, często stygmatyzujące skojarzenia. Nadmierne i lekceważące stosowanie tego pojęcia w stosunku do konkretnych form aktywności może rodzić wiele nieporozumień i patologizować codzienne życie. Uproszczone opisy ludzkich zachowań mogą skutkować niedocenieniem rzeczywistych zagrożeń. Najlepiej zbadanym zjawiskiem pod kątem uzależnień behawioralnych na ten moment jest hazard. Przy obecnym stanie wiedzy, a zwłaszcza przy braku zwalidowanych kryteriów diagnostycznych oraz podłużnych badań, jest jeszcze za wcześnie, aby uznać inne uzależnienia behawioralne za pełnoprawne, niezależne zaburzenia, a tym bardziej klasyfikowanie ich jako podobnych do uzależnień od substancji, a nie jako zaburzeń kontroli impulsów. Potrzebnych jest więcej dowodów naukowych, by poszerzyć wiedzę o uzależnieniach behawioralnych do poziomu wiedzy o uzależnieniach od substancji.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, 5th edition, Washington (DC): American Psychiatric Publishing.
- Barłóg M. (2015). *Uzależnienie od Internetu i jego osobowościowe determinanty*, „Hygeia Public Health”, t. 50, nr 1, s. 197–202.
- Cierpiąkowska L., Sęk H. (2016). *Naukowe i społeczne wyzwania dla psychologii klinicznej*, „Roczniki Psychologiczne”, t. 19, nr 3, s. 401–436.
- Cyrklaff-Gorczyca M., Kruszewski T. (2018). *Uzależnienie od gier internetowych – opis badania i propozycja korekty postaw*, „Rozprawy Społeczne”, t. 12, nr 4, s. 46–55.
- Goodman A. (1990). *Addiction Definition and Implications*, „British Journal of Addiction”, t. 85, nr 11, s. 1403–1408.
- Griffiths M.D. (2004). *Gry i hazard. Uzależnienia dzieci w okresie dorastania*, przeł. A. Sawicka-Chrapkiewicz, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Grzegorzewska I., Cierpiąkowska L. (2018). *Uzależnienia behawioralne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Guerreschi C. (2005). *Nowe uzależnienia*, przeł. A. Wiczorek-Niebielska, Kraków: Wydawnictwo Salwator.
- Habrat B. (2016). *Nalogi behawioralne*, [w:] B. Habrat (red.), *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nalogi behawioralne*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, s. 15–83.
- Kusztal J., Piasecka M., Nastazjak A. (2021). *Profilaktyka uzależnienia od hazardu oparta na dowodach naukowych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Lelonek-Kuleta B. (2015). *Uzależnienia behawioralne na tle współczesnej wiedzy o uzależnieniach*, „Studia Społeczne”, t. 12, nr 1, s. 97–103.
- Lelonek-Kuleta B., Bartczuk R., Wiechetek M., Chwaszcz J., Niewiadomska I. (2020). *The Prevalence of E-Gambling and of Problem E-Gambling in Poland*, „Journal of Environmental Research and Public Health”, t. 17, nr 2, art. 404.
- Muller K.W., Janikian M., Dreier M., Wolfing K., Beutel M.E., Tzavara C., Tsitsika A. (2015). *Regular Gaming Behavior and Internet Gaming Disorder in European Adolescents: Results from a Cross-national Representative Survey of Prevalence, Predictors, and Psychopathological Correlates*, „European Child and Adolescent Psychiatry”, t. 24, nr 5, s. 565–574.
- Ogińska-Bulik N. (2010). *Uzależnienia od czynności. Mit czy rzeczywistość?*, Warszawa: Difin.
- Ogińska-Bulik N. (2016). *Kompulsywne kupowanie*, [w:] B. Habrat (red.), *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nalogi behawioralne*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, s. 379–406.

- Pospiszyl I. (2020). *Patologie społeczne i problemy społeczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Pużyński S., Wciórka J. (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków: Vesalius.
- Włodarczyk E. (2020). *Zaburzenia związane z używaniem alkoholu – obraz i możliwości pomocy*, [w:] H. Karaszewska (red.), *Człowiek w pułapce problemów. Psychospołeczne problemy jednostki oraz instytucjonalne i pozainstytucjonalne sposoby ich rozwiązania*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, s. 31–59.
- Woronowicz B.T. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Poznań–Warszawa: Media Rodzina, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia.

Netografia

- CBOS (2015). *Pracoholicy, siecioholicy, hazardziści... Uzależnienia od zachowań*, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2015/K_076_15.PDF [dostęp: 20.02.2023].
- CBOS (2017). *Hazard. Komunikat z badań*, https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2017/K_068_17.PDF [dostęp: 1.02.2023].
- Lelonek-Kuleta B. (2014). *Uzależnienia behawioralne – podstawy teoretyczne*, <https://depot.ceon.pl/handle/123456789/7064?show=full> [dostęp: 20.02.2023]
- Panasiuk K., Panasiuk B. (2016). *Patologiczny hazard – możliwości rozpoznania i leczenia*, https://www.colloquium.elsite.eu/images/numery/XXIII/KP_BP.pdf&cd=1&chl=pl&ct=clnk&gl=pl&client=firefox-b-d [dostęp: 2.02.2023].
- Panasiuk K., Panasiuk B. (2017). *Uzależnienie od komputera i internetu – wybrane problemy*, <https://colloquium.amw.gdynia.pl/index.php/colloquium/article/view/466/353> [dostęp: 2.02.2023].

ADRES DO KORESPONDENCJI

Dr Sonia Dzierżyńska-Breś
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Wydział Studiów Edukacyjnych
e-mail: sonia.d@amu.edu.pl