

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

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

**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

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

**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

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

**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 uspoźnienie 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 (Habrata 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 (Habrata 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; Habrata 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

<b>Kryteria diagnostyczne DSM-5</b>	
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"> <li>1. Odczuwa potrzebę grania za coraz większe sumy pieniędzy w celu osiągnięcia pożądanego poziomu ekscytacji.</li> <li>2. Jest niespokojna lub rozdrażniona, poirytowana przy podejmowaniu prób ograniczenia lub zaprzestania grania w gry hazardowe.</li> <li>3. Podejmuje nieudane próby kontrolowania, ograniczania i zaprzestania hazardu.</li> <li>4. Jest pochłonięta hazardem.</li> <li>5. Gra często, gdy odczuwa negatywny stres.</li> <li>6. Przegrawszy pieniądze, często wraca do gry innego dnia, by wyrównać rachunki.</li> <li>7. Kłamie, by ukryć stopień zaangażowania w hazard.</li> <li>8. Z powodu hazardu naraża lub traci znaczące relacje, pracę, edukacyjne lub zawodowe możliwości.</li> <li>9. Popada w zależność od ludzi, od których może pozyskać pieniądze niezbędne do poprawienia własnej sytuacji finansowej spowodowanej zaangażowaniem w hazard.</li> </ol>
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"> <li>1. Wzrost napędu związanego z poszukiwaniem środka uzależniającego.</li> <li>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).</li> <li>3. Kompulsywna potrzeba grania, kosztem zdrowia i otoczenia.</li> <li>4. Osłabienie woli.</li> <li>5. Obsesja grania i natręctwa myślowe utrzymujące się i nawracające nawet przy wieloletniej abstynencji.</li> <li>6. Samooszukiwanie się, stosowanie usprawiedliwień i innych mechanizmów obronnych ułatwiających podjęcie gry.</li> <li>7. Wyniszczenie fizyczne, brak zainteresowania środowiskiem niezwiązanym z hazardem.</li> <li>8. Wypalenie emocjonalne.</li> </ol>	<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"> <li>1. upośledzoną kontrolą nad hazardem (biorąc pod uwagę np. początek grania hazardowego, jego częstotliwość, intensywność, czas trwania, zakończenie, kontekst),</li> <li>2. zwiększeniem priorytetu nadanego hazardowi w takim stopniu, że zyskał on pierwszeństwo przed innymi zainteresowaniami żywymi i codziennymi czynnościami,</li> <li>3. kontynuacją lub eskalacją hazardu pomimo wystąpienia negatywnych konsekwencji.</li> </ol>

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

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

**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*, 5<sup>th</sup> 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](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](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](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](mailto:sonia.d@amu.edu.pl)