

Gaming Disorder: rozpowszechnienie w reprezentatywnej próbie polskich graczy

Gaming disorder: prevalence in a representative sample of Polish gamers

Piotr Grajewski, Małgorzata Dragan

Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii

Summary

Aim. The aim of this study was to determine the prevalence of gaming disorder (GD) according to ICD-11 diagnostic criteria in a representative sample of Polish gamers.

Material and methods. This epidemiological study included responses from 2,738 gamers recruited through an external research panel. A survey of available data describing Polish gamers was conducted to ensure that the study group constituted a representative sample. Prevalence was determined using a set of self-report questionnaires.

Results. The prevalence of GD in the representative sample of Polish gamers was 2.9% ($n = 80$). However, using a conservative calculation approach, a potential GD diagnosis could be attributed to 0.6% ($n = 16$) of participants. The study also developed a basic socio-demographic profile of Polish gamers, identifying variables associated with GD, such as age.

Conclusions. Gaming disorder affects a percentage of Polish gamers, which echoes findings from studies in other European countries. This is the first attempt to estimate the prevalence of GD in a representative sample of Polish gamers. The results highlight the need for further research, particularly among children and adolescents.

Słowa klucze: *Gaming Disorder*, problemowe granie, badanie epidemiologiczne

Key words: gaming disorder, problematic gaming, epidemiological study

1. Wprowadzenie

1.1. Gaming Disorder

Zaburzenie gamingowe¹ (*Gaming Disorder* – GD), opisywane w ICD-11 [1], charakteryzuje ciągłe lub powtarzające się zachowanie wynikające z grania w gry wideo lub gry cyfrowe (zarówno online, jak i offline) związane z:

- (1) ograniczoną kontrolą nad graniem (np. rozpoczynanie, częstość, intensywność, czas użytkowania, zakończenie, kontekst);
- (2) nadaniem graniu większego znaczenia niż innym celom życiowym i codziennym działaniom;
- (3) kontynuowaniem i intensyfikacją grania mimo wystąpienia negatywnych konsekwencji.

Wzorzec zachowania w zaburzeniu gamingowym wiąże się z poważnymi szkodami w życiu osobistym, rodzinnym, społecznym, zawodowym czy w obszarze edukacji lub też innych ważnych obszarach funkcjonowania. Wzorzec ów może mieć przy tym formę ciągłą lub epizodyczną i powtarzać się co jakiś czas. Konsekwencje zaburzenia są zwykle widoczne w czasie co najmniej 12 miesięcy i taki okres jest brany pod uwagę w wypadku jego diagnozy. Nie jest to jednak kryterium konieczne, aby postawić diagnozę, o ile spełnione są wszystkie kryteria diagnostyczne przy jednoczesnym ich odpowiednim nasileniu.

Dodatkowo należy wykluczyć możliwość diagnozy ryzykownego grania (*hazardous gaming*) oraz zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Autorzy ICD-11 wskazują, że samo granie w gry bez występowania pozostałych objawów zaburzenia nie powinno być powodem do diagnozy. To samo dotyczy codziennego grania jako elementu rutyny służącego rozwojowi umiejętności i doskonaleniu. Ponadto zwiększona częstość oraz długość sesji poświęcanych na granie mogą się łączyć z określonymi czynnikami (np. wiek, płeć) lub wydarzeniami społecznymi. Zatem jeżeli objawy charakterystyczne dla zaburzenia gamingowego nie występują, diagnoza nie powinna być wystawiana. W jej przebiegu należy również uwzględniać normy kulturowe, subkulturowe oraz rówieśnicze. Dodatkowym specyficznym czynnikiem jest związek gatunków gier z objawami problemowego grania. Wstępne wyniki badań wskazują na istnienie korelacji między określonymi gatunkami gier a większym natężeniem symptomów zaburzenia, lecz relacje te nie zostały jeszcze w pełni poznane [2, 3].

W klasyfikacji DSM-5 [4] wyróżniono zaburzenie grania w Internecie (IGD) w rozdziale poświęconym jednostkom diagnostycznym do dalszych badań. Wyróżniono 9 objawów zaburzenia, takich jak: (1) zaabsorbowanie graniem, (2) symptomy odstawienne, gdy granie staje się niemożliwe (głównie wskazuje się na drażliwość lub niepokój), (3) tolerancja wynikająca z przyzwyczajenia się, (4) nieudane próby kontrolowania grania, (5) utrata dotychczasowych zainteresowań z powodu grania, (6) dalsze angażowanie się w granie pomimo negatywnych konsekwencji, (7) oszu-

¹ Nazwa zaburzenia rodzi trudności w poprawnym tłumaczeniu na język polski. Słowo *gaming* ma wąski zakres w języku angielskim i brakuje jego polskiego odpowiednika, dlatego autorzy rekomendują stosowanie zwrotu „zaburzenie gamingowe” – zob. [5].

kiwanie terapeutów i bliskich osób w związku z czasem przeznaczanym na granie, (8) granie jako mechanizmem radzenia sobie i (9) wystąpienie ryzyka utraty ważnej relacji lub negatywnych konsekwencji w życiu zawodowym czy szkolnym. Warunkiem rozpoznania zaburzenia jest stwierdzenie występowania co najmniej 5 objawów, które trwają nie krócej niż 12 miesięcy. W odóżnieniu od ICD-11, IGD w DSM-5 nie jest traktowane jako jednostka nozologiczna, która powinna być diagnozowana u osób z objawami problemowego grania. W związku z tym *Gaming Disorder* z ICD-11 jest obecnie jedyną diagnozą związaną z graniem w gry, która może zostać wydana osobie z objawami.

1.2. Rozpowszechnienie zaburzenia gamingowego

Dotychczasowe badania uwidoczniły duże rozbieżności w zakresie rozpowszechnienia IGD i GD w próbach reprezentatywnych graczy w zależności od kraju: 1,4% próby w Norwegii [6], 2,5% w Słowenii [7], 3,3% w Holandii w wypadku adolescentów i młodych dorosłych, a w całej próbie 1,3% [8], 4% w Stanach Zjednoczonych [9], 5,7% w Niemczech [10], 4% w Korei Południowej [11]. W krajach Dalekiego Wschodu zostały zauważone wyższe wartości, co tłumaczy się różnicami kulturowymi. Metaanaliza obejmująca 51 525 osób z obszaru Azji Wschodniej wskazuje na rozpowszechnienie wynoszące 12%, jednak po skorygowaniu wyników do reprezentatywnej próby oscyluje ono w przedziale 3–9% [12]. Badanie przeprowadzone w Brazylii wskazało, że 18,2% badanych graczy jest w grupie wysokiego ryzyka IGD [13]. W metaanalizie Stevensa i wsp. [14] oszacowany wskaźnik rozpowszechnienia *Gaming Disorder* w perspektywie światowej wynosi 3,05% (CI: 2,38–3,91), a po skorygowaniu 1,96% (CI: 0,19–17,12). Badania skupione na śledzeniu zmian w rozpowszechnieniu GD/IGD od końca lat 90. XX wieku do 2016 roku nie wykazały, żeby średnia rozpowszechnienia rosła [15]. Inne badania wskazują na tendencję spadkową [16].

Dotąd opublikowano tylko jedno badanie na polskich graczach, w którym oszacowano rozpowszechnienie GD [17] – potencjalna diagnoza została przyznana 11,9% badanych graczy, lecz autorzy zastrzegli niereprezentatywność próby oraz ograniczenia metodologiczne wynikające z zastosowanych narzędzi. Szacunki branżowe wskazują, że liczba graczy w Polsce wynosi między 17 a 20 milionów osób, a sam rynek był warty około 1 miliarda 225 milionów dolarów w 2022 roku. Jest to 19. pod względem wielkości rynek gier na świecie [18]. Tymczasem granie w gry komputerowe staje się coraz bardziej popularne, a Polska jest 2. pod względem wielkości rynkiem gier w Europie Wschodniej i większość polskich internautów jest jednocześnie graczami [18]. Potrzeba zatem badań, które pozwolą na określenie skali występowania zaburzenia gamingowego w grupach graczy. Stąd też celem prezentowanego badania było ustalenie rozpowszechnienia GD w reprezentatywnej próbie polskich graczy wraz z ustaleniem ich profilu socjodemograficznego.

2. Materiał i metody

2.1. Charakterystyka próby i procedura badania

Badanie przeprowadzono w kwietniu 2024 roku przez zewnętrzny panel badawczy w celu rekrutacji reprezentatywnej grupy polskich graczy. Była to pierwsza fala w zaplanowanym badaniu podłużnym. Badanie uzyskało pozytywną opinię Komisji Etyki Badań Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego.

Osoby badane wypełniały przez Internet zestaw kwestionariuszy samoopisowych oraz odpowiadały na pytania socjodemograficzne i związane z graniem w gry. W ramach projektu za gracza uznawano każdą osobę, która gra w gry na dowolnej platformie (np. komputer, konsole, telefon). W pierwszym kroku, przed badaniem właściwym, na bazie dostępnych materiałów wstępnie ustalono podstawowe dane opisujące polskich graczy na przestrzeni ostatnich lat [18–23]. Informacje te zostały następnie wykorzystane do przeprowadzenia testu Omnibus na próbie panelu badawczego w celu porównania wyników.

W badaniu wzięło udział łącznie 2738 graczy w wieku 18–65 lat ($M = 37,45$; $SD = 11,90$), z czego kobiety stanowiły 55,6% próby ($n = 1521$). Pomimo udostępnienia opcji zaznaczenia niebinarności i możliwości wpisania własnej odpowiedzi żadna z osób badanych nie zadeklarowała innej płci niż kobieta lub mężczyzna. Badani średnio w ciągu tygodnia grali 7,58 godzin ($SD = 9.88$).

2.2. Narzędzia badawcze

Dane socjodemograficzne

Osoby badane odpowiadały na pytania związane z wiekiem, poziomem wykształcenia, płcią, miejscem zamieszkania, graniem w gry, gatunkami gier (opis wyróżnianych gatunków można znaleźć w artykule Grajewskiego i Dragan z 2021 roku [2]).

Zaburzenie gamingowe

Zaburzenie gamingowe zgodnie z ICD-11 zbadano skalą *The Gaming Disorder Test* (GDT) [24]; polska adaptacja [25]. Jest to krótkie 4-itemowe narzędzie umożliwiające pomiar objawów GD oraz potencjalną diagnozę z użyciem 5-stopniowej skali odpowiedzi Likerta (1 – „nigdy”, 2 – „rzadko”, 3 – „czasami”, 4 – „często”, 5 – „bardzo często”). Potencjalna diagnoza może być przypisana na podstawie dwóch podejść: liberalnego, które zakłada udzielenie odpowiedzi w każdym pytaniu na skali ≥ 4 , lub bardziej konserwatywnego wymagającego zaznaczenia najwyższej odpowiedzi w każdym pytaniu. Wskaźnik zgodności wewnętrznej był wysoki dla całego kwestionariusza i wyniósł $\alpha = 0,92$.

Zaburzenie grania w Internecie

Kwestionariusz *Zaburzenie grania w Internecie-20* [26] w polskiej adaptacji [2] składa się z 19 pozycji odnoszących się do kryteriów zaburzenia grania w Internecie zgodnie z DSM-5. Test umożliwia pomiar ogólnego natężenia objawów oraz w zakresie pięciu podskal: istotności i tolerancji, modyfikacji nastroju, objawów odstawienia, konfliktu i nawrotów. Kwestionariusz wykorzystuje 5-stopniową skalę odpowiedzi Likerta (1 – „zdecydowanie się nie zgadzam”, 2 – „nie zgadzam się”, 3 – „nie mam zdania”, 4 – „zgadzam się”, 5 – „zdecydowanie się zgadzam”). Wskaźnik zgodności wewnętrznej był wysoki dla całego kwestionariusza ($\alpha = 0,97$), natomiast wskaźniki dla podskal były co najmniej satysfakcjonujące i wyniosły: dla podskali istotności i tolerancji $\alpha = 0,91$, dla podskali „Modyfikacja nastroju” $\alpha = 0,62$, dla podskali „Objawy odstawienia” $\alpha = 0,91$, dla podskali „Konflikt” $\alpha = 0,90$ i dla podskali „Nawroty” $\alpha = 0,84$.

Myśli nałogowe

Kwestionariusz *myślenia nałogowego – Wersja gamingowa* [27] składa się z 10 pozycji oraz 6-stopniowej skali Likerta z odpowiedziami: „nigdy – rzadko – czasami – często – bardzo często – zawsze”. Narzędzie mierzy ogólny poziom nasilenia myśli nałogowych, które są silnie związane z objawami zaburzenia, a także osobno, w podskalach, ich dwie postaci: wyobrażenia wstępne oraz persewerację słowną. Kwestionariusz wykorzystuje 6-stopniową skalę odpowiedzi Likerta (1 – „nigdy”, 2 – „rzadko”, 3 – „czasami”, 4 – „często”, 5 – „bardzo często”, 6 – „zawsze”). Wskaźniki zgodności wewnętrznej były wysokie dla całego kwestionariusza ($\alpha = 0,97$), dla podskali werbalnej perseweracji ($\alpha = 0,96$) i dla skali wstępnych wyobrażeń ($\alpha = 0,94$).

2.3. Analizy statystyczne

Obliczenia przeprowadzono w programie IBM SPSS 29 [28]. W pierwszym kroku przeanalizowano statystyki opisowe oraz frekwencje. Na dalszym etapie ustalono rozpowszechnienie GD, opierając się na wytycznych skali GDT, oraz przeprowadzono analizę korelacji *r*-Persona w celu ustalenia związku między poszczególnymi zmiennymi.

Tabela 1. Statystyki opisowe

	<i>M (SD)</i>
Czas pojedynczej sesji grania (w minutach)	53,19 (62,35)
GDT – wynik ogólny	6,81 (3,60)
DTQ – wynik ogólny	19,94 (10,90)
DTQ – werbalne perseweracje	9,54 (5,51)
DTQ – wyobrażenia wstępne	10,40 (5,64)

table continued on the next page

IGD – wynik ogólny	37,80 (15,91)
IGD – istotność i tolerancja	11,55 (5,53)
IGD – modyfikacje nastroju	7,79 (2,75)
IGD – objawy odstawienia	5,40 (2,83)
IGD – konflikt	7,30 (3,71)
IGD – nawroty	5,75 (2,86)
Wykształcenie	% (n)
Podstawowe	3,8% (105)
Gimnazjalne	1,5% (40)
Zasadniczo-zawodowe	8,2% (225)
Średnie licealne	14,2% (389)
Średnie techniczne	18,9% (517)
Policealne/pomaturalne	10,2% (278)
Wyższe I stopnia	11,8% (324)
Wyższe II stopnia	30% (821)
Wyższe doktoranckie	1,4% (39)
Miejsce zamieszkania	
Wieś	33,9% (929)
Małe miasto (do 20 tys. mieszkańców)	12,6% (345)
Średnie miasto (20–99 tys. mieszkańców)	19% (520)
Duże miasto (100–500 tys. mieszkańców)	19,4% (530)
Wielkie miasto (powyżej 500 tys. mieszkańców)	15,1% (414)

GDT – *Gaming Disorder Test*; DTQ – *Kwestionariusz myślenia nałogowego – Wersja gamingowa*;
 IGD – *kwestionariusz Zaburzenie grania w Internecie-20*

3. Wyniki

3.1. Statystyki opisowe

Statystyki opisowe dla podskal kwestionariuszy oraz danych socjodemograficznych zostały przedstawione w tabeli 1. W tabeli 2 zaprezentowano istotne statystycznie wyniki korelacji (*r*-Person) między badanymi kwestionariuszami a ich podskalami. Analiza korelacji potwierdza negatywną relacją wieku z wszystkimi badanymi zmiennymi. Objawy GD są silnie powiązane z objawami IGD, a obie zmienne silnie korelują z myślami nałogowymi.

Tabela 2. Korelacje *rho-Spermana*

	GDT	DTQ	DTQ – VP	DTQ – IP	IGD	IGD-t	IGD-m	IGD-o	IGD-k	IGD-n	Wiek
GDT	–	0,672	0,674	0,641	0,779	0,762	0,447	0,731	0,756	0,721	–0,143
DTQ	0,672	–	0,977	0,978	0,715	0,698	0,445	0,702	0,659	0,648	–0,170
DTQ – VP	0,674	0,977	–	0,912	0,715	0,695	0,424	0,709	0,668	0,656	–0,147
DTQ – IP	0,641	0,978	0,912	–	0,683	0,671	0,445	0,663	0,621	0,611	–0,185
IGD	0,779	0,715	0,715	0,683	–	0,960	0,683	0,929	0,933	0,918	–0,133
IGD-t	0,762	0,698	0,695	0,671	0,960	–	0,580	0,875	0,866	0,856	–0,137
IGD-m	0,447	0,445	0,424	0,445	0,683	0,580	–	0,539	0,516	0,511	–0,182
IGD-o	0,731	0,702	0,709	0,663	0,929	0,875	0,539	–	0,862	0,844	–0,108
IGD-k	0,756	0,659	0,668	0,621	0,933	0,866	0,516	0,862	–	0,864	–0,86
IGD-n	0,721	0,648	0,656	0,611	0,918	0,856	0,511	0,844	0,864	–	–0,82
Wiek	–0,143	–0,170	–0,147	–0,185	–0,133	–0,137	–0,182	–0,108	–0,86	–0,82	–

GDT – *Gaming Disorder Test*; DTQ – *Kwestionariusz myślenia nalogowego – Wersja gamingowa* wynik ogólny; DTQ – VP – podskala werbalnych perseweracji; DTQ – IP – podskala wyobrażeń wstępnych; IGD – *kwestionariusz Zaburzenie grania w Internecie-20*; IGD-t – podskala istotności i tolerancji; IGD-m – podskala modyfikacji nastroju; IGD-o – podskala objawów odstawienia; IGD-k – podskala konfliktu; IGD-n – podskala nawrotów. Wszystkie korelacje istotne statystycznie na poziomie $p < 0,01$. Profil gracza

W tabeli 3 przedstawiono wyniki odnoszące się do poszczególnych pytań związanych z zachowaniami podczas grania w gry, w tym do podziału na gatunki gier. I tak: 39,7% próby ($n = 1087$) grało codziennie lub prawie codziennie; 64,2% ($n = 1759$) określało się jako gracz amator; 80,6% wybierało gry typu *singleplayer* (pojedynczy gracz), które nie mają w sobie elementów związanych z graniem z innymi graczami (gry online); 12,7% badanych ($n = 347$) stosowało cheaty² w celu uzyskania przewagi nad innymi graczami; 34% graczy ($n = 930$) korzystało z lootboxów³, na których zakup średnio w ciągu miesiąca przeznaczają 22,96 zł.

Ustalono, że 23,7% graczy ($n = 650$) w dowolnym momencie swojego życia doświadczyło trudności, które wymagały pomocy ze strony psychologa lub psychiatry. Aktualnie w związku z graniem w gry trudności doświadczało 5,9% badanych osób ($n = 162$), co było powodem poszukiwania pomocy u psychologa lub psychiatry. Wśród tych osób tylko 7 graczy (0,3%) spełnia kryteria diagnostyczne testu GDT według konserwatywnej metody obliczania wyników, a 23 (0,8%) według metody liberalnej.

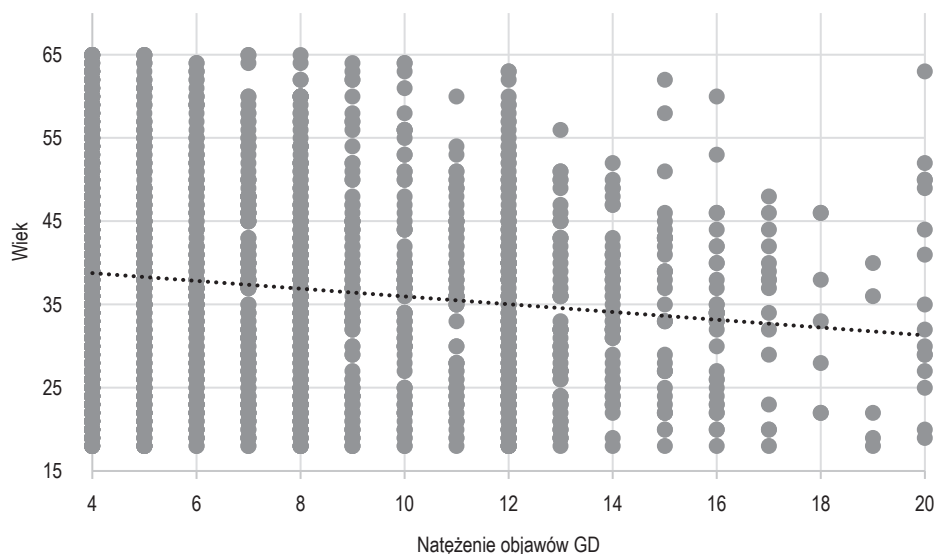
² *Cheat* – w języku angielskim to określenie opisuje łamanie zasad danej gry i osiągnięcie w ten sposób przewagi nad komputerem lub innymi graczami. W języku polskim używa się określenia „kody”.

³ *Lootbox* – popularnie nazywane „skrzynkami”, to określenie na mechanizm polegający na zakupie za prawdziwe pieniądze specjalnej skrzynki lub pojemnika, z których losowane są wirtualne przedmioty w grze o różnej wartości.

Tabela 3. Statystyki związane z zachowaniami podczas grania w gry

Jak często grasz w gry elektroniczne na konsoli lub urządzeniach mobilnych, takich jak smartfon lub tablet?	% (n)
Codziennie lub prawie codziennie	39,7% (1087)
2–3 razy w tygodniu	27,9% (764)
Raz w tygodniu	13,2% (362)
2–3 razy w miesiącu	6,4% (175)
Raz w miesiącu	7,0% (191)
Rzadziej niż raz w miesiącu	5,8% (159)
Na jakiej platformie najczęściej grasz?	28,3% (776)
PC/laptop	17,5% (480)
Konsola (np. Xbox, PS)	3,1% (86)
Gry w portalach społecznościowych	48,1% (1317)
Gry mobilne na telefonie lub tablecie	2,9% (79)
Gry na przeglądarce	
Który tryb gry wybierasz najczęściej?	
Pojedynczego gracza (singleplayer)	
Wieloosobowy (multiplayer)	80,6% (2206)
Uważasz siebie za:	19,4% (532)
Gracza amatora	64,2% (1759)
Regularnego gracza	30,8% (843)
Pro-gracza (profesjonalistę niebiorącego udziału w turniejach)	4,2% (114)
Zawodowego gracza (biorącego udział w turniejach)	0,8% (22)
Gatunki gier⁴	88,6% (2426)
MMORPG	88,0% (2409)
FPS	93,8% (2567)
MOBA	77,5% (2132)
RPG	54,4% (1489)
Gry strategiczne	69,9% (1913)
Symulatory	48,4% (1326)
Gry zręcznościowe	69,0% (1888)
Gry edukacyjne	79,6% (2179)
Gry sportowe	77,8% (2129)
Gry wyścigowe	

⁴ Szczegółowy opis gatunków gier wraz z ich charakterystyką dostępny jest w opracowaniach [5, 26].



Wykres. Wykres rozrzutu natężenia objawów GD mierzonych testem GDT-4 w zależności od wieku badanych

3.2. Rozpowszechnienie GD

Stosując liberalną metodę szacowania występowania prawdopodobnej diagnozy GD za pomocą testu GDT (odpowieź „Często”), ustalono, że 2,9% graczy ($n = 80$) spełniło kryteria diagnostyczne tego zaburzenia. Wykorzystując z kolei podejście konserwatywne, stwierdzono, że 0,6% badanych ($n = 16$) kwalifikowało się do uzyskania potencjalnej diagnozy. W tabeli 4 przedstawiono szczegółowe dane w podziale na płeć, wiek i miejsce zamieszkania. Na wykresie przedstawiono natomiast rozrzut nasilenia objawów w zależności od wieku badanych.

Tabela 4. Rozpowszechnienie GD w podziale na poszczególne zmienne socjodemograficzne

	Metoda liberalna	Metoda konserwatywna
Płeć		
Kobieta ($n = 1521$)	1,9% ($n = 29$)	0,4 ($n = 6$)
Mężczyzna ($n = 1217$)	4,2% ($n = 51$)	0,7% ($n = 10$)
Grupa wiekowa		
18–24 lata ($n = 488$)	3,9% ($n = 19$)	0,2% ($n = 1$)
25–34 lata ($n = 675$)	3,9% ($n = 26$)	0,9% ($n = 6$)
35–44 lata ($n = 815$)	2,7% ($n = 22$)	0,4% ($n = 3$)
45–54 lata ($n = 480$)	2,3% ($n = 11$)	0,8% ($n = 4$)
55–65 lat ($n = 280$)	0,7% ($n = 2$)	0,4% ($n = 1$)

table continued on the next page

Miejsce zamieszkania		
Wieś ($n = 929$)	2,5% ($n = 23$)	0,3% ($n = 3$)
Miasto do 20 tys. mieszkańców ($n = 345$)	3,5% ($n = 12$)	0%
Miasto 20–99 tys. mieszkańców ($n = 520$)	2,9% ($n = 15$)	1,2% ($n = 6$)
Miasto 100–500 tys. mieszkańców ($n = 530$)	3,0% ($n = 16$)	0,9% ($n = 5$)
Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców ($n = 414$)	3,4% ($n = 14$)	0,2% ($n = 1$)
Czas grania		
Średni czas grania w tygodniu (w godzinach)	12,06	14,25
Średni czas trwania jednej sesji gier (w minutach)	70	54

4. Dyskusja

Niniejsze badanie stanowi prawdopodobnie pierwszą w Polsce próbę oszacowania występowania zaburzenia gamingowego w reprezentatywnej próbie graczy. Dotychczasowe badania były prowadzone w grupach ochotników [17, 27]. Badanie z 2020 roku [17], w którym rozpowszechnienie zaburzenia wyniosło 11,9%, wykorzystywało zmodyfikowany kwestionariusz, nieodnoszący się do wytycznych z ICD-11. Mogło to spowodować nadmierne przypisanie potencjalnych diagnoz GD osobom badanym. Uzyskane w naszym badaniu wskaźniki rozpowszechnienia zaburzenia wynoszące 2,9% (z użyciem liberalnej metody szacowania) oraz 0,6% (po zastosowaniu metody konserwatywnej) pozostają natomiast spójne z badaniami nad rozpowszechnieniem GD i IGD w Europie, których wyniki oscylowały w przedziale od 1,6% do 5,7% [6–10]. Jednocześnie zauważalna staje się tendencja w rozpowszechnieniu GD w krajach azjatyckich, w których uzyskiwane wskaźniki pozostają wyższe. Naprowadza to na potencjalne występowanie różnic kulturowych w obszarze problemowego grania [29].

Analizując zjawisko rozpowszechnienia potencjalnej diagnozy GD w kontekście zmiennych socjodemograficznych, należy podkreślić istotność wieku. Osoby młodsze (szczególnie w grupie wiekowej 18–34 lat) częściej spełniały kryteria diagnostyczne. Można zatem przypuszczać, że starszy wiek stanowi czynnik ochronny. Wyjaśnienie tej zależności można wiązać z większym doświadczeniem życiowym oraz bardziej skutecznym stosowaniem różnych strategii regulacji emocji przez osoby starsze [30]. Niemniej konieczne są dalsze badania w tym zakresie w celu potwierdzenia uzyskanych wyników. Natomiast miejsce zamieszkania nie różnicuje graczy w kontekście większej frekwencji spełnienia kryteriów diagnostycznych zaburzenia gamingowego. Płeć męska jest wskazywana jako czynnik ryzyka [1, 27, 31], co ma swoje odzwierciedlenie w częstszym spełnianiu kryteriów diagnostycznych przez mężczyzn w porównaniu z kobietami.

Uzyskany w ramach tego badania profil graczy wykazuje spójność z dotychczasowymi raportami [2, 18–23]. Granie w gry staje się dla wielu osób codzienną rozrywką,

na co wskazuje identyfikowanie się wielu graczy jako amatorzy. Gracze zawodowi biorący udział w turniejach oraz pro-gracze niebiorący w nich udziału stanowią zdecydowaną mniejszość w badanej próbie (5%). Szczególną uwagę powinien zwrócić odsetek osób korzystających z mechaniki lootboxów – wiele jej elementów wskazuje na mechanizmy gier hazardowych, co może stwarzać dodatkowe ryzyko rozwinięcia objawów patologicznego hazardu [32]. Jest to istotne zwłaszcza w kontekście osób młodszych, które mogą mieć trudności z rozróżnieniem elementów świata przedstawionego gry z elementami gry losowej (hazardu). Zadeklarowana miesięczna kwota przeznaczana na tego rodzaju aktywność w badanej próbie jest co prawda stosunkowo niska, ale bez trudu można znaleźć artykuły dziennikarskie opisujące przypadki osób, które wydają dużo więcej pieniędzy na ten cel⁵.

Wyniki korelacji wskazują na ochronną rolę wieku, co zgadza się z dotychczasowymi wskazówkami klinicznymi [1]. Silna pozytywna korelacja kwestionariuszy IGD-20 i GDT wskazuje na podobieństwa w strukturze opisanych objawów mimo odrębnych klasyfikacji diagnostycznych. Myśli nałogowe silnie korelują z obiema skalami. Analiza korelacji nie pozwała na ustalenie związków przyczynowo-skutkowych, może jednak zostać wykorzystana w kolejnych analizach skupionych na lepszym poznaniu mechanizmów angażujących myśli nałogowe łączące się z problemowym graniem.

Pytanie dotyczące odczuwania trudności wynikających z grania w gry komputerowe i szukania pomocy w związku z tym wskazuje, że część graczy odczuwa negatywne konsekwencje swojego zachowania. Lecz tylko niewielka część tej grupy osób spełnia kryteria diagnostyczne według GDT. Wyniki te wskazują na dużą potrzebę tworzenia materiałów edukacyjnych dotyczących problemowego grania – zarówno dla graczy, gdyż ci szukają informacji i próbują lepiej siebie zrozumieć, jak i dla specjalistów, którzy będą pracować z takimi osobami. Ta paląca potrzeba wynika także z wprowadzenia nowej jednostki diagnostycznej (GD) oraz wątpliwości z nią związanych, które pojawiły się po ogłoszeniu ICD-11 [33].

5. Ograniczenia

Przeprowadzone badanie nie jest pozbawione ograniczeń. Ze względu na docelowy podłużny charakter badania oraz założenia metodologiczne potencjalna diagnoza GD odbywała się jedynie na podstawie krótkiego kwestionariusza przesiewowego, bez elementów wywiadu klinicznego. Wytyczne dotyczące kryteriów reprezentatywności próby zostały opracowane na podstawie dostępnych raportów i badań polskiego rynku gier, jednak brak bezpośrednich danych opisujących strukturę badanej grupy wymusza przyjęcie pewnego marginesu błędu. Brak większej liczby narzędzi przeznaczonych do diagnozy zaburzenia gamingowego stanowi również dodatkowe ograniczenie.

⁵ Przykładowe artykuły opisujące wydawanie dużych kwot przez gracza na jego aktywność: J. Frączyk, *Wydał prawie 200 tys. zł na gry komputerowe. A miały być darmowe*, 11.04.2018, money.pl, <https://www.money.pl/gospodarka/wiadomosci/artikul/wydal-prawie-200-tys-zl-na-gry-komputerowe,206,0,2403022.html> (dostęp: 16.01.2025); K. Latham, *How computer games encourage kids to spend cash*, 15.05.2023, BBC, <https://www.bbc.com/news/business-65372710> (dostęp: 21.01.2025).

Biorąc pod uwagę wyniki odnoszące się do osób pełnoletnich, dalsze badania powinny uwzględnić dzieci oraz adolescentów, czyli grupy szczególnego ryzyka.

Konflikt interesów

Autorzy oświadczają, że badania przeprowadzono bez żadnych powiązań komercyjnych lub finansowych, które mogłyby być uznane za potencjalny konflikt interesów.

Informacja o finansowaniu

Badanie uzyskało finansowanie Narodowego Centrum Nauki, grant numer 2021/43/O/HS6/01448.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.)*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (dostęp: 10.12.2024).
2. Grajewski P, Dragan M. *Polish validation of the Internet Gaming Disorder-20 (IGD-20) Test*. Psychiatr. Pol. 2021; 55(6): 1275–1292.
3. Strojny P, Kiszka P, Starosta J, Szyszka PD, Starzec S, Winiarska A i wsp. *It's not just about how long you play. Indirect gaming involvement and genre preferences in predicting gaming disorder risk: evidence from preregistered studies*. Front. Psychiatry 2023; 14: 1230774. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1230774>.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: APA; 2013.
5. Grajewski P. *Gry komputerowe: ryzykowna Dwunasta Muza? Identyfikacja psychologicznych aspektów problemowego grania*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego; 2023.
6. Wittek CT, Finserås TR, Pallesen S, Mentzoni R, Hanss D, Griffiths MD i wsp. *Prevalence and predictors of video game addiction: A study based on a national representative sample of gamers*. Int. J. Ment. Health Addict. 2016; 14(5): 672–686.
7. Pontes HM, Macur M, Griffiths MD. *Internet gaming disorder among Slovenian primary school children: Findings from a nationally representative sample of adolescents*. J. Behav. Addict. 2016; 5(2): 304–310.
8. Haagsma MC, Pieterse ME, Peters O. *The prevalence of problematic video gamers in The Netherlands*. Cyberpsychol. Behav. Soc. Netw. 2012; 15(3): 162–168.
9. Liu TC, Desai RA, Krishnan-Sarin S, Cavallo DA, Potenza MN. *Problematic Internet use and health in adolescents*. J. Clin. Psychiatry 2011; 72(06): 836–845.
10. Wartberg L, Kriston L, Thomasius R. *The prevalence and psychosocial correlates of Internet gaming disorder – Analysis in a nationally representative sample of 12 – to 25-year-olds*. Dtsch. Arztebl. Int. 2017; 114(25): 419–424.
11. Park S, Jeon HJ, Son JW, Kim H, Hong JP. *Correlates, comorbidities, and suicidal tendencies of problematic game use in a national wide sample of Korean adults*. Int. J. Ment. Health. Syst. 2017; 11(1): 1–7.

12. Liao Z, Chen X, Huang Q, Shen H. *Prevalence of gaming disorder in East Asia: A comprehensive meta-analysis*. J. Behav. Addict. 2022; 11(3): 727–738.
13. Severo RB, Soares JM, Affonso JP, Giusti DA, Souza Junior de AA, Figueiredo de VL i wsp. *Prevalence and risk factors for internet gaming disorder*. Braz. J. Psychiatry 2020; 42(5): 532–535.
14. Stevens MW, Dorstyn D, Delfabbro PH, King DL. *Global prevalence of gaming disorder: A systematic review and meta-analysis*. Aust. N. Z. J. Psychiatry 2021; 55(6): 553–568.
15. Feng W, Ramo DE, Chan SR, Bourgeois JA. *Internet gaming disorder: Trends in prevalence 1998–2016*. Addict. Behav. 2017; 75: 17–24.
16. Fam JY. *Prevalence of internet gaming disorder in adolescents: A meta-analysis across three decades*. Scand. J. Psychol. 2018; 59(5): 524–531.
17. Grajewski P, Dragan M. *Adverse childhood experiences, dissociation, and anxious attachment style as risk factors of gaming disorder*. Addict. Behav. Rep. 2020; 11: 100269.
18. Jakub M, Biedermann S, Rutkowski E. *The game industry of Poland – report 2023*. Warsaw: Polish Agency for Enterprise Development; 2023.
19. Bobrowski M, Rodzińska-Szary P, Krampus-Sepielak A, Śliwiński M, Rudnicki S. *State of the polish video game industry. Report 2017*. Kraków: Krakow Technology Park; 2017.
20. Krakow Technology Park. *Polish Gamers Research '18*. Kraków: Krakow Technology Park; 2018.
21. Śliwiński M, Gałuszka D, Krampus-Sepielak A, Bobrowski M, Mirowski J. *Warszawska branża gier 2019/2020*. Kraków: Krakow Technology Park; 2020.
22. Krampus-Sepielak A, Rodzińska-Szary P, Bobrowski M, Śliwiński M, Gałuszka D. *Kondycja polskiej branży gier 2020*. Kraków: Krakow Technology Park; 2021.
23. Marszałkowski J, Biedermann S, Rutkowski E, Marszałkowska H, Matej O, Wołoszyn A i wsp. *The game industry of Poland – report 2023*. Warsaw: Polish Agency for Enterprise Development; 2023.
24. Pontes HM, Schivinski B, Sindermann C, Li M, Becker B, Zhou M i wsp. *Measurement and conceptualization of gaming disorder according to the World Health Organization framework: The development of the Gaming Disorder Test*. Int. J. Ment. Health Addict. 2021; 19(2): 508–528.
25. Cudo A, Montag C, Pontes HM. *Psychometric assessment and gender invariance of the Polish version of the Gaming Disorder Test*. Int. J. Ment. Health Addict. 2024; 22(3): 1333–1356.
26. Pontes HM, Király O, Demetrovics Z, Griffiths MD. *The conceptualisation and measurement of DSM–5 Internet Gaming Disorder: The development of the IGD–20 Test*. PLoS ONE 2014; 9(10): e110137.
27. Dragan M, Grajewski P. *Psychometric properties of the Polish version of the desire thinking questionnaire in a sample of Internet game players*. Addict. Behav. 2021; 112: 106653.
28. IBM Corp. Released 2023. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 29.0. Armonk, NY: IBM Corp; 2023.
29. Giardina A, Schimmenti A, Starcevic V, King DL, Di Blasi M, Billieux J. *Problematic gaming, social withdrawal, and Escapism: The Compensatory-Dissociative Online Gaming (C-DOG) model*. Comput. Hum. Behav. 2024; 155: 108187.
30. Puente-Martínez A, Prizmic-Larsen Z, Larsen RJ, Ubillos-Landa S, Páez-Rovira D. *Age differences in emotion regulation during ongoing affective life: A naturalistic experience sampling study*. Dev. Psychol. 2021; 57(1): 126–138. Doi: 10.1037/dev0001138.
31. King D, Delfabbro P. *Internet gaming disorder: Theory, assessment, treatment, and prevention*. London: Elsevier Academic Press; 2019.

32. Lelonek-Kuleta B, Chwaszcz J, Szewczyk J, Augustynowicz W, Wiechetek M, Bartuczk R i wsp. *Raport końcowy: „Korzystanie z lootboxów przez Polaków – popularność, zagrożenia, regulacje prawne”*; 2020.
33. Aarseth E, Bean AM, Boonen H, Colder Carras M, Coulson M, Das D i wsp. *Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 gaming disorder proposal*. J. Behav. Addict. 2017; 6(3): 267–270.

Autor korespondencyjny: Piotr Grajewski
e-mail: grajewski.pio@gmail.com