

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Katedra Psychologii Klinicznej
i Neuropsychologii

ROBERT MODRZYŃSKI

ORCID: 0000-0002-5571-9894

robert.modrzynski@umcs.pl

*Zaburzenia spowodowane zachowaniami nałogowymi
w ICD-11: od kryteriów diagnostycznych do feed-scrollingu
jako nowego zachowania nałogowego online – wskazówki
do pracy klinicznej. Cz. 1*

Disorders Due to Addictive Behaviours in ICD-11: From Diagnostic Criteria to Feed-Scrolling
as a New Online Addictive Behaviour – Clinical Practice Guidelines. Part 1

PROPOZYCJA CYTOWANIA: Modrzyński, R. (2026). Zaburzenia spowodowane zachowaniami nałogowymi w ICD-11: od kryteriów diagnostycznych do feed-scrollingu jako nowego zachowania nałogowego online – wskazówki do pracy klinicznej. Cz. 1. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 39(2), 25–43. DOI: 10.17951/j.2026.39.2.25-43.

ABSTRAKT

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-11 proponuje ramę opisu zaburzeń spowodowanych zachowaniami nałogowymi, która pozwala odróżniać samo wysokie zaangażowanie w dane zachowanie od wzorca mogącego mieć znaczenie kliniczne. Punktem wyjścia są trzy obszary opisujące rdzeń zachowania nałogowego: osłabienie kontroli nad zachowaniem, rosnący priorytet nadawany zachowaniu kosztem innych aktywności oraz kontynuowanie lub eskalacja mimo negatywnych konsekwencji. Artykuł porządkuje kliniczne rozumienie tych kryteriów i pokazuje, jak mogą być one stosowane do analizy feed-scrollingu, rozumianego nie jako odrębna jednostka diagnostyczna, lecz jako konstrukt analityczny opisujący nawykowe pozostawanie w strumieniu kolejnych treści cyfrowych, takich jak posty, zdjęcia, krótkie filmy, wiadomości czy oferty zakupowe. W pierwszej części omówiono logikę klasyfikacyjną ICD-11 w odniesieniu do zaburzeń spowodowanych zachowaniami nałogowymi, przedstawiono miejsce tzw. innych zachowań w obrębie tej kategorii oraz opisano trzy procesy rdzeniowe na przykładzie przewijania treści online. Tekst akcentuje potrzebę ostrożności diagnostycznej i unikania prostego utożsamiania częstego korzystania z technologii cyfrowych z obrazem zaburzenia. Druga część artykułu poświęcona jest kryterium istotnego upośledzenia funkcjonowania jako

progowi klinicznej istotności oraz praktycznym zasadom różnicowania wysokiego zaangażowania od obrazu zaburzenia.

Słowa kluczowe: ICD-11; zachowania nałogowe; *feed-scrolling*; zachowania online; wywiad kliniczny

WPROWADZENIE

Przez dekady język kliniczny uzależnień odnosił się niemal wyłącznie do używania substancji. Dopiero z czasem w międzynarodowych klasyfikacjach diagnostycznych zaczęto w sposób bardziej systematyczny ujmować sytuacje, w których źródłem trudności nie jest substancja, lecz utrwalony wzorzec zachowania (Brand i in., 2022; Poznyak i in., 2018; Reed i in., 2019). Włączenie przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) zaburzenia grania do ICD-11 ponownie uruchomiło dyskusję o granicach diagnozowania uzależnień behawioralnych. Pojawia się pytanie, dlaczego w klasyfikacji wyraźnie wyróżniono przede wszystkim hazard i granie, skoro w codziennym funkcjonowaniu obserwuje się także inne powtarzalne zachowania, które u części osób mogą utrzymywać się, zajmować coraz więcej czasu i wypierać inne aktywności. Widoczne jest to szczególnie u młodzieży i młodych dorosłych, zwłaszcza w obszarze stałej obecności online (World Health Organization, 2018; World Health Organization, 2020).

Określenie *feed-scrolling* odnosi się do nawykowego przewijania strumienia treści (ang. *feed*), czyli listy kolejnych elementów wyświetlanych jeden po drugim – wpisów, zdjęć w mediach społecznościowych, krótkich filmów, wiadomości, ofert w sklepach internetowych. W wielu współczesnych serwisach strumień treści projektuje się tak, by po przesunięciu ekranu od razu pojawiały się kolejne treści, bez wyraźnego końca. W literaturze dotyczącej projektowania interfejsów opisuje się to jako nieskończone przewijanie (ang. *infinite scroll*). Takie rozwiązanie sprzyja dłuższemu pozostawianiu użytkownika w serwisie (Montag, Walla, 2016; Sharma, Murano, 2020).

W niniejszym artykule *feed-scrolling* nie jest traktowany jako odrębna jednostka diagnostyczna ani jako kategoria kliniczna równorzędna wobec zaburzenia hazardu czy zaburzenia grania. Pojęcie to ma charakter analityczny i kliniczno-opisowy: służy uporządkowaniu obserwacji dotyczących nawykowego pozostawiania w strumieniu treści cyfrowych oraz sprawdzeniu, czy i w jakim zakresie taki wzorzec może być opisywany językiem kryteriów ICD-11. Takie ujęcie pozwala analizować zjawisko bez przesądzania o jego statusie nozologicznym.

Do *feed-scrollingu* zalicza się wiele codziennych zachowań związanych z różnymi typami aplikacji. W mediach społecznościowych jest to przewijanie kolejnych postów: wpisów, zdjęć i krótkich materiałów publikowanych w serwisie. Często odbywa się przy tym przechodzenie między treściami pochodzącymi od obserwowanych osób a treściami dobieranymi i proponowanymi przez

platformę. W aplikacjach z krótkimi materiałami wideo, takich jak TikTok, Instagram Reels czy YouTube Shorts, *feed-scrolling* polega na szybkim przechodzeniu do następnego klipu, gdy tylko skończy się poprzedni. W serwisach informacyjnych przyjmuje postać przeglądania długiej listy nagłówków oraz krótkich zapowiedzi artykułów, z przechodzeniem od jednego tematu do kolejnego. W serwisach zakupowych i platformach e-commerce jest to przeglądanie kolejnych ofert produktów oraz sekcji typu „podobne”, „polecane” czy „dla Ciebie”, w których jedna oferta płynnie przechodzi w następną, choć początkowo celem było znalezienie jednej, konkretnej rzeczy (Li i in., 2025; Müller i in., 2021).

Nie każde korzystanie z takich serwisów ma jednak charakter *feed-scrollingu*. W wielu sytuacjach osoba korzysta z aplikacji w konkretnym celu – na przykład chce przeczytać określony artykuł, sprawdzić wiadomość od konkretnej osoby albo znaleźć konkretny produkt.

W *feed-scrollingu* celem nie jest wykonanie konkretnej czynności, lecz pozostawanie w strumieniu treści i przechodzenie od jednego materiału do następnego. Zwykle zaczyna się niewinnie: „tylko zerknę, co nowego”, a po chwili pojawia się ciąg dalszy – następny post, następny krótki film, kolejny nagłówek, kolejna oferta. Po czasie trudno wskazać, kiedy zapadła decyzja, żeby to kontynuować, bo przewijanie toczy się dalej bez wyraźnego celu. Tak rozumiany *feed-scrolling* można osadzić w szerszych modelach uzależnień behawioralnych, zwłaszcza w modelu I-PACE, który opisuje rozwój i utrzymywanie się problemowych zachowań jako wynik interakcji między cechami osoby, reakcjami afektywnymi i poznawczymi, procesami wykonawczymi oraz właściwościami środowiska cyfrowego (Brand i in., 2019). W przypadku *feed-scrollingu* znaczenie mogą mieć zarówno czynniki indywidualne, takie jak podatność na nudę, trudności regulacji emocji czy impulsywność, jak i cechy samego środowiska aplikacji: szybka dostępność bodźców, zmienność treści, brak naturalnego punktu zakończenia oraz mechanizmy rekomendacyjne. W tym ujęciu problemowy wzorec przewijania treści nie wynika z samego czasu spędzanego online, lecz z utrwalania się pętli: napięcie lub nuda – sięgnięcie po strumień treści – chwilowa ulga lub pobudzenie – osłabienie kontroli – ponowne przewijanie. Badania nad nawykowym sprawdzaniem telefonu (*checking habits*) oraz nad przewijaniem bez wyraźnej intencji (*mindless scrolling*, *doomscrolling*) wskazują, że ten sposób korzystania często ma charakter powtarzających się krótkich epizodów rozproszonych w ciągu dnia. Wyniki tych badań łączą taki wzorec z poczuciem utraty czasu, konfliktem z innymi zamierzeniami oraz obniżeniem dobrostanu (de Segovia Vicente i in., 2024; Oulasvirta i in., 2012; Satici i in., 2023).

Dalsza część rozważań opiera się na dwóch pytaniach, które porządkują kliniczne myślenie o zachowaniach związanych z technologiami cyfrowymi.

1. Dlaczego w ICD-11 formalnie wskazano przede wszystkim hazard i granie, skoro inne zachowania, zwłaszcza cyfrowe, od dawna były widoczne w praktyce klinicznej i w codziennym funkcjonowaniu?

2. Jak odróżnić zachowanie intensywne od zaburzonego? Jak uniknąć skrótu myślowego „dużo = uzależnienie” i nie patologizować zachowań typowych oraz powszechnych społecznie. Dotyczy to m.in. częstego korzystania z internetu, grania czy przeglądania mediów społecznościowych.

Celem artykułu jest uporządkowanie klinicznego rozumienia zaburzeń spowodowanych zachowaniami nałogowymi w logice ICD-11 oraz pokazanie, w jaki sposób ta rama może być wykorzystana do analizy feed-scrollingu jako współczesnego, powtarzalnego zachowania online. *Feed-scrolling* jest tu traktowany jako konstrukt analityczny, a nie jako odrębna jednostka diagnostyczna. Dopiero analiza jego przebiegu, funkcji, utrwalenia, konsekwencji oraz ewentualnego upośledzenia funkcjonowania pozwala rozważać, czy u danej osoby mamy do czynienia z wysokim zaangażowaniem, wzorcem ryzykownym, czy obrazem wymagającym dalszej oceny klinicznej. Ze względu na złożoność zagadnienia tekst podzielono na dwie części. W pierwszej części przedstawiono logikę klasyfikacyjną ICD-11 w odniesieniu do zaburzeń spowodowanych zachowaniami nałogowymi, omówiono miejsce tzw. innych zachowań w obrębie tej kategorii oraz opisano trzy procesy rdzeniowe organizujące wzorec nałogowy: osłabienie kontroli, rosnący priorytet nadawany zachowaniu oraz kontynuowanie lub eskalację mimo negatywnych konsekwencji. Rozważania te odniesiono do feed-scrollingu, aby pokazać, jak ogólne kryteria ICD-11 mogą być przekładane na język obserwacji klinicznej i wywiadu. Druga część artykułu koncentruje się na kryterium istotnego upośledzenia funkcjonowania (*impairment*) jako progu klinicznej istotności, a także na praktycznych zasadach odróżniania wysokiego zaangażowania, wzorców ryzykownych i obrazu uzasadniającego myślenie diagnostyczne. Taki układ ma służyć nie tylko uporządkowaniu pojęć, ale także zwiększeniu ostrożności diagnostycznej w obszarze zachowań cyfrowych, w którym granica między normą, problemem i zaburzeniem bywa szczególnie łatwa do uproszczenia.

ICD-11 próbuje uporządkować te wątpliwości w prosty sposób: zostawia miejsce na nowe zjawiska, ale jednocześnie stawiając wyraźne warunki, aby diagnoza nie była formułowana zbyt łatwo.

Po pierwsze, nie ogranicza tematu do dwóch kategorii: hazardu i zaburzenia grania. W obrębie „zaburzeń spowodowanych zachowaniami nałogowymi” WHO zostawia dwa kody „dla innych zachowań”, czyli dla sytuacji, które nie są hazardem ani graniem, ale mogą wymagać podobnego opisu klinicznego. Są to: 6C5Y – „inne określone zaburzenia spowodowane zachowaniami nałogowymi” oraz 6C5Z – „zaburzenia spowodowane zachowaniami nałogowymi, nieokreślone” (Brand i in., 2022; Gullo i in., 2022; World Health Organization, 2025b; World Health Organization, 2025c). W tym miejscu konieczne jest zachowanie szczególnej ostrożności interpretacyjnej. Obecność kodów 6C5Y i 6C5Z nie oznacza, że każde nowe, intensywne lub społecznie niepokojące zachowanie cyfrowe może być automatycznie traktowane jako zaburzenie spowodowane zachowaniem nałogowym. Kody te

tworzą raczej przestrzeń do opisu klinicznego tych przypadków, w których wzorzec zachowania spełnia ogólne warunki ICD-11, jest utrwalony, trudny do regulowania i wiąże się z wyraźnym upośledzeniem funkcjonowania.

6C5Y – inne określone: sytuacja, w której da się wskazać, jakie zachowanie jest osią problemu (np. zakupy online jako dominujący wzorzec) i można je jasno opisać w dokumentacji klinicznej. WHO nie podaje listy konkretnych zachowań, które byłyby „oficjalnie uznane” jako osobne jednostki w ramach 6C5Y. To klinicysta doprecyzowuje zachowanie, które jest osią problemu. Nie ma katalogu przykładów (poza tym, że hazard i granie mają własne kody).

6C5Z – nieokreślone: sytuacja, w której na etapie dostępnych danych nie da się rzetelnie ustalić jednego dominującego zachowania. Osoba mówi ogólnie o „problemach z zachowaniami online”, ale w opisie raz na pierwszy plan wysuwa się jedno zachowanie, raz inne (np. jednego dnia wielogodzinne przeglądanie ofert i kupowanie w sklepach internetowych, innego – wielogodzinne oglądanie krótkich filmów w aplikacjach wideo, a jeszcze innego – wielogodzinne przeglądanie mediów społecznościowych). W efekcie nie można jednoznacznie wskazać, które zachowanie stanowi oś problemu.

W ICD-11 WHO wyraźnie zaznacza, że zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych oraz zaburzenia związane z zachowaniami seksualnymi nie są klasyfikowane w grupie „zaburzeń spowodowanych zachowaniami nałogowymi” (6C5).

Po drugie, ICD-11 proponuje taki sposób opisu zachowań nałogowych, który pomaga odróżniać intensywność od poziomu klinicznie istotnego, czyli od rozpoznania zaburzenia. Punktem wyjścia są trzy obszary opisujące rdzeń wzorca nałogowego, czyli to, co w praktyce klinicznej napędza zachowanie i sprawia, że trudno je ograniczyć:

- osłabienie kontroli nad zachowaniem,
- rosnący priorytet nadawany zachowaniu kosztem innych aktywności,
- kontynuowanie lub eskalacja mimo negatywnych konsekwencji (World Health Organization, 2020; World Health Organization, 2025a).

Te trzy obszary nie są jednak automatycznie równoznaczne z rozpoznaniem zaburzenia. Mogą pojawiać się w różnym nasileniu i opisywać także sytuacje subkliniczne – takie, które budzą niepokój lub zwiększają ryzyko, ale nie wypełniają jeszcze diagnozy uzależnienia. O przejściu na poziom klinicznie istotny decyduje dopiero dodatkowy warunek ICD-11: istotne upośledzenie funkcjonowania (*impairment*). Innymi słowy, o zaburzeniu („uzależnieniu behawioralnym”) mówimy wtedy, gdy wzorzec zachowania przekłada się na wyraźne i utrwalone koszty w ważnych obszarach życia (np. nauka lub praca, relacje, zdrowie, sen, podstawowe obowiązki) (Billieux i in., 2017; World Health Organization, 2020; World Health Organization, 2025a). Ten próg ma chronić przed rozpoznaniem „na wyrost” i przed utożsamianiem częstego, choć nadal normatywnego używania z zaburzeniem.

RDZEŃ ZABURZEŃ SPOWODOWANYCH ZACHOWANIAM NAŁOGOWYMI W ICD-11

W ICD-11 rdzeń zaburzeń spowodowanych zachowaniami nałogowymi zbudowano wokół pytania, które w praktyce klinicznej wraca najczęściej: kiedy zachowanie przestaje być intensywne, a zaczyna być problemowe, to znaczy mające charakter zaburzenia. Wysokie zaangażowanie samo w sobie nie rozstrzyga sprawy, bo może wynikać z pasji, pracy, etapu rozwojowego albo chwilowego stylu życia. Dlatego w ICD-11 nie szuka się „progu czasu”, lecz opisuje konkretną zmianę w strukturze zachowania: rośnie trudność w jego regulowaniu, zachowanie zaczyna zajmować miejsce uprzywilejowane w hierarchii celów, a mimo narastających kosztów utrzymuje się lub nasila. Ten rdzeń ujęto w trzech obszarach: a) osłabieniu kontroli nad zachowaniem, b) rosnącym priorytecie nadawanym zachowaniu oraz c) kontynuowaniu lub eskalacji mimo negatywnych konsekwencji (World Health Organization, 2020).

Oslabienie kontroli nad zachowaniem

Oslabienie kontroli jest w ICD-11 pierwszym wyraźnym wskaźnikiem, że zachowanie zaczyna zmieniać swój charakter: z aktywności podejmowanej intencjonalnie przechodzi we wzorzec, który coraz częściej narzuca własną dynamikę i organizuje przebieg dnia. WHO określa ten obszar mianem *impaired control* i podkreśla, że kluczowa nie jest sama intensywność zachowania, lecz to, czy pozostaje ono możliwe do kontrolowania w podstawowych wymiarach zachowania (World Health Organization, 2020).

Wskazówki do wywiadu klinicznego

W praktyce klinicznej osłabienie kontroli rozpoznaje się przede wszystkim po powtarzającym się braku zgodności między tym, co osoba planuje, a tym, jak zachowanie wygląda w rzeczywistości. Osoba deklaruje konkretne granice („skończę o określonej porze”, „nie będę zaczynać w trakcie obowiązków”, „sprawdzę tylko na chwilę”), a następnie regularnie ich nie utrzymuje (Busch, McCarthy, 2021; Elhai i in., 2017; Marino i in., 2021).

Pomocne jest doprecyzowanie, **na którym etapie przebiegu zachowania** kontrola najczęściej zawodzi: przy rozpoczęciu, w trakcie, przy kończeniu czy w dobowej sytuacji. W ICD-11 te „miejsca” regulacji można ująć w czterech punktach:

- rozpoczęcie zachowania (zachowanie pojawia się wcześniej lub częściej, niż wynikałoby z planu);
- przebieg (częstość, intensywność i czas trwania przekraczają ustalone granice);

- zakończenie (trudność w przerwaniu mimo wyraźnych powodów);
- kontekst (zachowanie zaczyna występować w sytuacjach, w których wcześniej ustępowało obowiązkom i innym rolam) (Brand i in., 2019; Everitt, Robbins, 2016; World Health Organization, 2020).

Feed-scrolling w praktyce klinicznej: jak pytać o osłabienie kontroli

Tabela 1 przenosi ogólne kryteria osłabienia kontroli na grunt nawykowego przewijania treści (media społecznościowe, krótkie filmiki, *newsfeed*). Pokazuje, jak może wyglądać osłabienie kontroli oraz po czym odróżnić je od korzystania intensywnego, ale nadal kontrolowanego (Busch, McCarthy, 2021; Elhai i in., 2017; Osatuyi, Turel, 2018; Rixen i in., 2023; Shannon i in., 2022; van den Eijden i in., 2016).

Tabela 1. Osłabienie kontroli nad feed-scrollingiem – obraz kliniczny i różnicowanie

Etap zachowania	Obraz osłabienia kontroli w feed-scrollingu	Jak odróżnić zachowanie nawykowe od zaburzonego
Rozpoczęcie (zaczynanie)	<i>Feed-scrolling</i> pojawia się jako pierwsza reakcja w wolnej chwili, a nie jako świadomy wybór. Ktoś planuje wykonać inną czynność (zacząć pracę, uczyć się, iść spać), ale zamiast tego uruchamia aplikację i zaczyna przewijać kolejne treści. Przykłady: – Ktoś siada do komputera „na pięć minut, żeby zacząć prezentację”, ale zanim otworzy plik, otwiera Instagrama i przewija posty. – W tramwaju osoba wyciąga notatki do nauki, odkłada je na kolana i zaczyna przewijać TikToka „tylko na chwilę”. – W łóżku ktoś gasi światło z zamiarem zaśnięcia, sięga po telefon „na sekundę” i zaczyna przewijać krótkie filmy. – Po fakcie padają zdania: „miałem tylko zerknąć”, „minęło kilka minut i już byłem w tym”, „zanim się obejrzałem, scrollowałem”.	W praktyce widać to po tym, czy zasady typu „nie teraz”, „najpierw zrobię X”, „bez telefonu przed snem” są w większości dotrzymywane, czy stają się jedynie deklaracją. Przykłady zachowania nawykowego: – Ktoś ustala: „w łóżku nie scrolluję” i przez większość dni tego przestrzega; jeśli robi wyjątek, jest to sporadyczne. – Podczas pracy osoba odkłada telefon poza zasięg i faktycznie zaczyna zadanie bez sprawdzania mediów i przewijania treści. Przykłady zachowania zaburzonego: – Ktoś regularnie powtarza: „dzisiaj nie wchodzę w TikToka/Instagrama”, a mimo to prawie codziennie zaczyna przewijać w tych samych momentach (rano, w przerwie, przed snem). – Zasady „bez telefonu przed snem” lub „nie w trakcie pracy” są podejmowane wielokrotnie, ale wracają te same sytuacje: telefon w ręce i przewijanie zanim zacznie się to, co było planowane.

Etap zachowania	Obraz osłabienia kontroli w feed-scrollingu	Jak odróżnić zachowanie nawykowe od zaburzonego
Przebieg (ile to trwa i jak często się powtarza)	Planowane „kilka minut” przewijania łatwo zamienia się w dłuższy ciąg. Krótkie wejścia do aplikacji powtarzają się wielokrotnie w ciągu dnia. Przykłady: – Ktoś mówi: „wejdę na TikToka na pięć minut”, po czym odkłada telefon po 40 minutach i jest zaskoczony, ile czasu minęło. – W czasie pracy osoba co chwilę „tylko sprawdza powiadomienia”, ale każde sprawdzenie kończy się przewinięciem kilku postów i obejrzeniem kilku rolek; takich epizodów jest kilkanaście dziennie. – Ktoś otwiera aplikację „na moment w przerwie”, a potem zauważa, że przerwa dawno minęła, a on nadal przewija.	Rozstrzygające jest, czy wydłużanie sesji jest okazjonalne, czy powtarza się regularnie mimo prób ograniczania. Przykłady zachowania nawykowego: – Zdarza się, że ktoś przewija dłużej w weekend albo w podróży, ale następnego dnia wraca do krótszych sesji bez większego wysiłku. – Jeśli widzi, że „przeglądał za długo”, potrafi wprowadzić prostą zmianę (np. zostawia telefon w innym pokoju podczas pracy) i utrzymać ją przez kolejne dni. Przykłady zachowania zaburzonego: – „Pięć minut” prawie zawsze zamienia się w 30–60 minut, mimo powtarzanych postanowień: „od jutra tylko krótko”. – Limity czasu, aplikacje blokujące lub zasady „tylko po pracy” działają krótko, po czym wraca stały schemat: wiele epizodów w ciągu dnia i długie sesje wieczorem.
Zakończenie (czy potrafi przerwać)	Nawet gdy pojawia się wyraźny powód, żeby odłożyć telefon, przewijanie jest przedłużane o kolejne minuty lub kwadransy. Ktoś kilka razy mówi „już kończę”, ale za każdym razem przewija dalej. Przykłady: – Jest późno, a rano trzeba wstać. Ktoś mówi: „ostatnia rolka i idę spać”, po czym ogląda kolejne i kolejne, aż robi się po północy. – W domu ktoś słyszy: „odłóż telefon, rozmawiamy”, odpowiada: „już, tylko dokończę”, ale przewija jeszcze kilka postów i dopiero po czasie odkłada telefon. – Podczas pisania tekstu osoba mówi: „wracam do pracy”, zamyka aplikację, po chwili znowu ją otwiera i przewija nagłówki wiadomości. – Po odłożeniu telefonu pojawia się myśl: „znowu nie skończyłem na czas”.	Najważniejsze jest to, czy przewijanie ma swoje stałe, ograniczone pory, czy zaczyna pojawiać się w coraz większej liczbie sytuacji – kosztem innych zajęć. Przykłady zachowania nawykowego: – Gdy trzeba wyjść z domu, iść spać albo wrócić do zadania, ktoś odkłada telefon w rozsądnym czasie, nawet jeśli ma ochotę przewijać dalej. – „Przeciągnięcie” o kilka minut zdarza się, ale nie zamienia się w długą sekwencję „jeszcze jedno”. Przykłady zachowania zaburzonego: – Ktoś widzi godzinę, czuje zmęczenie, wie, że rano będzie ciężko, a mimo to przewija dalej i kończy znacznie później, niż planował. – Powtarza się schemat „ostatni filmik/post” używany wiele razy z rzędu, mimo realnych konsekwencji (nie-wyspanie, spóźnienie, niedokończony zadanie).

Etap zachowania	Obraz osłabienia kontroli w feed-scrollingu	Jak odróżnić zachowanie nawykowe od zaburzonego
Kontekst (gdzie i kiedy to się dzieje)	<i>Feed-scrolling</i> zaczyna pojawiać się w coraz większej liczbie sytuacji i stopniowo przenika do tych obszarów dnia, które wcześniej były od niego wolne: pracy, nauki, rozmów, posiłków oraz czasu przeznaczanego na sen. Przykłady: – Ktoś przewija nie tylko wieczorem, ale też rano w łóżku, w drodze do pracy, w kolejce, w krótkich przerwach między zadaniami. – Podczas posiłku telefon leży obok talerza; co kilka minut osoba przewija i wraca do rozmowy dopiero po chwili. – Na spotkaniu ktoś „na moment” sprawdza telefon, po czym zaczyna przewijać posty i traci wątek rozmowy. – Wieczorne przewijanie zastępuje inne sposoby odpoczynku (czytanie, film, rozmowę), a telefon staje się stałym „tłem” dnia.	Różnica dotyczy tego, czy przewijanie ma swoje wyraźne miejsce w ciągu dnia, czy zaczyna być obecne „wszędzie” i wypiera inne aktywności. Przykłady zachowania nawykowego: – Ktoś przewija głównie w określonych momentach (np. w drodze komunikacją, po pracy) i potrafi wskazać sytuacje, w których telefonu nie używa (posiłki, spotkania, sypialnia po określonej godzinie). – Jeśli pojawia się ważne zadanie, osoba umie odłożyć telefon i wrócić do niego później. Przykłady zachowania zaburzonego: – Przewijanie pojawia się w czasie pracy, nauki i rozmów, a także w łóżku przed snem; coraz trudniej utrzymać realne zasady typu „teraz bez telefonu”. – Otoczenie zaczyna to zauważać („ciągle jesteś w telefonie”), a w praktyce odbija się to na relacjach i obowiązkach: rosną spóźnienia, spada koncentracja, częściej dochodzi do napięć i konfliktów.

Źródło: opracowanie własne.

Oslabienie kontroli: mapa diagnostyczna

- 1. Oddziel ilość od wzorca regulacji.** Najpierw należy ustalić, czy problem dotyczy jedynie dużej ilości czasu online, czy raczej powtarzającego się schematu: „więcej, częściej lub dłużej, niż planowałem(-am)”.
- 2. Sprawdź rozbieżność między planem a zachowaniem.** Kluczowe są konkretne przykłady z ostatnich dni lub tygodni: kiedy osoba miała nie zaczynać, zakończyć wcześniej albo ograniczyć czas, ale regularnie tego nie zrobiła.
- 3. Ustal, gdzie zawodzi kontrola.** Trudność może dotyczyć rozpoczęcia zachowania, jego przebiegu, zakończenia albo sytuacji, w których przewijanie zaczyna się pojawiać mimo wcześniejszych zasad.
- 4. Oceń powtarzalność i nieskuteczność prób ograniczania.** Obszar osłabienia kontroli można uznać za obecny, gdy rozbieżność między planem a zachowaniem utrzymuje się w czasie, powraca mimo prób regulacji i nie daje się wyjaśnić wyłącznie chwilową sytuacją życiową,

specyfiką pracy lub krótkotrwałym okresem zwiększonej aktywności (Leeman i in., 2013; Osatuyi, Turel, 2018; Rixen i in., 2023; World Health Organization, 2020).

ROSNAĄCY PRIORYTET NADAWANY ZACHOWANIU

Rosnący priorytet nadawany zachowaniu oznacza, że dana aktywność zajmuje coraz ważniejsze miejsce w hierarchii celów i codziennych zadań. Z czasem zaczyna „wygrywać” z innymi sposobami spędzania czasu, odpoczynku i regulowania emocji, a dzień jest coraz częściej organizowany tak, aby znalazło się w nim miejsce właśnie na to zachowanie (World Health Organization, 2020).

Nie chodzi wyłącznie o dużą ilość czasu. W wielu okresach życia intensywne zaangażowanie jest normatywne (np. przygotowania do egzaminów, projekt zawodowy, nowa pasja). W rosnącym priorytecie charakterystyczna jest zmiana proporcji: inne aktywności – wcześniej ważne lub przyjemne – są stopniowo spychane na dalszy plan, a zachowanie nałogowe staje się punktem odniesienia przy planowaniu dnia, tygodnia czy czasu wolnego (Billieux i in., 2017; Brand i in., 2019; Kardefelt-Winther i in., 2017).

Rosnący priorytet opisuje, jak zachowanie „wbudowuje się” w strukturę życia. Coraz częściej decyduje o tym, co jest odkładane, z czego rezygnuje się w pierwszej kolejności oraz wokół czego koncentrują się myśli, oczekiwanie i planowanie (Brand i in., 2019; Koob, Volkow, 2016; Robinson, Berridge, 2008).

Wskazówki do wywiadu klinicznego

W praktyce klinicznej rosnący priorytet nadawany zachowaniu ocenia się przede wszystkim poprzez zmianę proporcji między tą aktywnością a innymi ważnymi obszarami życia. Pomocne jest uporządkowanie pytań wokół czterech aspektów:

1. **Miejsce zachowania w planie dnia i tygodnia** – w jakim stopniu dzień jest „układany” pod to zachowanie.
2. **Rezygnacja z innych aktywności i ról** – z czego osoba rezygnuje w pierwszej kolejności, aby wygospodarować czas lub energię na dane zachowanie.
3. **Przewaga zachowania w bieżących decyzjach** – jak często, przy realnym konflikcie celów, wybierane jest właśnie to zachowanie.
4. **Zaabsorbowanie poznawcze** – jak dużo myśli, wyobrażeń i planów dotyczy zachowania, również w czasie, gdy nie jest ono aktualnie wykonywane (Brand i in., 2019; Koob, Volkow, 2016; Robinson, Berridge, 2008).

Feed-scrolling w praktyce klinicznej: jak pytać o rosnący priorytet

Tabela 2 przenosi ogólne kryteria rosnącego priorytetu na grunt nawykowego przewijania treści (media społecznościowe, krótkie filmiki, *newsfeed*). Pokazuje, jak może wyglądać nadawanie przewijaniu coraz większego znaczenia w codzienności oraz po czym odróżniać je od korzystania intensywnego, ale nadal kontrolowanego (Andreassen i in., 2012; Oulasvirta i in., 2012; Przybylski i in., 2013; Shannon i in., 2022; van den Eijnden i in., 2016; van Deursen i in., 2015).

Tabela 2. Rosnący priorytet – *feed-scrolling*

Obszar	Obraz kliniczny rosnącego priorytetu w feed-scrollingu	Jak odróżnić od intensywnego, ale kontrolowanego korzystania
Miejsce scrollowania w planie dnia	Przewijanie kolejnych treści w telefonie zaczyna powtarzać się codziennie w tych samych momentach dnia. Zamiast być okazjonalnym sposobem spędzenia wolnej chwili, staje się stałym elementem poranka, przerw, powrotu do domu i czasu przed snem. Przykłady: – Rano, jeszcze w łóżku, pierwszą czynnością jest przewijanie krótkich filmów (TikTok, Instagram Reels, YouTube Shorts). – Przy śniadaniu zamiast zjeść w spokoju pojawia się przewijanie kolejnych postów (Instagram, Facebook). – W przerwie w pracy odruchowo pojawia się przeglądanie listy nagłówków w aplikacji informacyjnej i przechodzenie z tematu na temat. – Po powrocie do domu, zanim zacznie się cokolwiek innego, pojawia się dłuższe „zajrzenie, co nowego” w mediach społecznościowych. – Wieczorem w łóżku zamiast zasypiania pojawia się przewijanie kolejnych filmów lub postów „jeszcze przez chwilę”. – W wolnych minutach w ciągu dnia pojawia się przeglądanie ofert w sklepie internetowym i przechodzenie do sekcji „podobne”, „polecane”, „dla Ciebie”.	Najważniejsze jest to, czy przewijanie treści zdarza się od czasu do czasu, czy powtarza się codziennie i staje się stałym elementem dnia. Przykłady korzystania intensywnego, ale kontrolowanego: – Ktoś może często zaglądać do telefonu, ale potrafi zacząć dzień bez przewijania i wrócić do niego dopiero później. – Jeśli rano jest mało czasu, osoba rezygnuje z przewijania bez większego napięcia i po prostu wychodzi. – W przerwie czasem pojawia się telefon, ale równie często przerwa jest bez niego (posiłek, rozmowa, odpoczynek). Przykłady rosnącego priorytetu: – Gdy rano nie uda się przewijać, pojawia się silna potrzeba „nadrobienia” przy pierwszej możliwej okazji. – Nawet w dniu z obowiązkami przewijanie wraca w stałych momentach (rano, przerwa, po pracy, przed snem), niezależnie od tego, ile jest do zrobienia.

Obszar	Obraz kliniczny rosnącego priorytetu w feed-scrollingu	Jak odróżnić od intensywnego, ale kontrolowanego korzystania
Rezygnacja z innych form spędzania czasu	Wolny czas coraz częściej kończy się przewijaniem kolejnych treści w telefonie zamiast innymi formami odpoczynku. Z czasem różne aktywności wypadają z wieczorów i weekendów, bo najłatwiej usiąść i przechodzić do kolejnych postów, filmów, nagłówków albo ofert. Przykłady: – Zamiast obejrzeć film od początku do końca, wieczór mija na krótkich filmach przewijanych jeden po drugim (TikTok, Reels, Shorts). – Zamiast czytać książkę, co kilka minut pojawia się powrót do przewijania postów i zdjęć (Instagram, Facebook). – Zamiast odpocząć po pracy inaczej, pojawia się długie przeglądanie nagłówków i kolejnych wiadomości w serwisach informacyjnych. – Zamiast kupić jedną potrzebną rzecz online, czas mija na przewijaniu kolejnych ofert i sekcji „podobne” oraz porównywaniu „jeszcze jednego” produktu. – Zamiast rozmowy lub kontaktu z bliskimi, wieczór „schodzi” na przewijaniu różnych treści w telefonie.	Różnica dotyczy tego, czy przewijanie jest jedną z form odpoczynku, czy z czasem wypiera większość innych sposobów odpoczywania. Przykłady korzystania intensywnego, ale kontrolowanego: – Ktoś ma okres, że ogląda dużo krótkich filmów albo częściej czyta wiadomości, ale nadal utrzymuje inne aktywności (spotkania, ruch, hobby). – Jeśli jest umówione wyjście lub zaplanowana aktywność, telefon nie „wygrywa” – osoba po prostu to realizuje. Przykłady rosnącego priorytetu: – Coraz częściej pojawia się schemat: po pracy lub wieczorem i tak kończy się na przewijaniu, nawet jeśli były inne plany. – Inne aktywności są odkładane („jutro”), a przewijanie staje się podstawową formą spędzania wolnego czasu.

Źródło: opracowanie własne.

Rosnący priorytet: mapa diagnostyczna

- 1. Oddziel intensywność od zmiany hierarchii celów.** Nie chodzi wyłącznie o to, że osoba dużo scrolluje, lecz o to, czy przewijanie coraz częściej wygrywa z innymi ważnymi aktywnościami.
- 2. Sprawdź organizację dnia wokół zachowania.** Wskazujące jest pojawianie się stałych „okien” na przewijanie oraz dopasowywanie innych zadań do możliwości korzystania z telefonu.
- 3. Oceń zawężenie repertuaru aktywności.** Rosnący priorytet jest bardziej prawdopodobny, gdy wcześniejsze formy odpoczynku, hobby, relacje lub obowiązki są ograniczane, odkładane albo wypierane przez przewijanie treści.
- 4. Sprawdź sytuacje realnego konfliktu celów.** Obszar rosnącego priorytetu można uznać za obecny, gdy przewijanie systematycznie „wygrywa”

ze snem, nauką, pracą, relacjami lub podstawowymi obowiązkami, a wzorzec ten utrzymuje się w czasie i nie wynika wyłącznie z przejściowego okresu zwiększonej aktywności (Andreassen i in., 2012; Billieux i in., 2017; Brand i in., 2019; Brand i in., 2022; Kardefelt-Winther i in., 2017; Oulasvirta i in., 2012; Przybylski i in., 2013; Shannon i in., 2022; van den Eijnden i in., 2016; van Deursen i in., 2015; World Health Organization, 2020).

KONTYNUOWANIE LUB ESKALACJA ZACHOWANIA MIMO NEGATYWNYCH KONSEKWENCJI

W ICD-11 „kontynuowanie lub eskalacja zachowania mimo negatywnych konsekwencji” oznacza, że osoba widzi i potrafi nazwać szkody wynikające z zachowania, ale nie prowadzi to do trwałego ograniczenia ani przerwania. Zachowanie nadal się powtarza w kolejnych dniach lub tygodniach, a czasem nawet się nasila (World Health Organization, 2020). Negatywne skutki mogą dotyczyć zdrowia fizycznego i psychicznego, funkcjonowania w szkole lub pracy, sytuacji finansowej oraz relacji. Kluczowe jest to, że konsekwencje są dla osoby zrozumiałe i rozpoznawalne, a mimo to wzorzec utrzymuje się (Everitt, Robbins, 2016; Koob, Volkow, 2016).

Wskazówki do wywiadu klinicznego

Ocena tego obszaru wymaga połączenia dwóch perspektyw.

1. **Czy konsekwencje są rzeczywiście obecne i dają się wiarygodnie powiązać z zachowaniem.**
2. **Czy mimo ich rozpoznania zachowanie jest podtrzymywane lub przybiera na sile w czasie.**

Feed-scrolling w praktyce klinicznej: jak pytać o kontynuowanie mimo konsekwencji

W przypadku nawykowego przewijania treści konsekwencje bywają mniej spektakularne niż w uzależnieniu od substancji czy hazardzie, ale mogą być trwałe i klinicznie istotne: przewlekłe niewyspanie, spadek koncentracji, gorsze wyniki w nauce, konflikty rodzinne, poczucie zaniedbywania obowiązków (Alimoradi i in., 2019; Shannon i in., 2022).

Tabela 3 pokazuje, jak ten obszar może wyglądać w *feed-scrollingu* oraz po czym odróżniać wzorzec zaburzeniowy od intensywnego, ale kontrolowanego korzystania z mediów.

Tabela 3. Kontynuowanie lub eskalacja mimo konsekwencji – *feed-scrolling*

Obszar	Obraz kliniczny kontynuowania lub eskalacji feed-scrollingu mimo konsekwencji	Jak odróżnić od intensywnego, ale kontrolowanego korzystania
Rozpoznawanie konsekwencji	Osoba rozpoznaje konsekwencje scrollowania i potrafi je opisać, ponieważ mają one powtarzalny charakter (np. skrócenie snu po wieczornym lub nocnym przewijaniu, gorsze funkcjonowanie następnego dnia, obniżenie koncentracji w pracy lub nauce, wzrost drażliwości i napięcia w relacjach). Przykłady: – „Jak przewijam krótkie filmiki przed snem, to kończę za późno i rano jestem nie do życia”. – Po kilku dniach z rzędu powtarza się to samo: późne przeglądanie i trudność ze wstawaniem. – „Jak do późna czytam wiadomości i nagłówki, to następnego dnia gorzej mi się myśli i trudniej mi się skupić”. – W domu pojawiają się uwagi: „ciągle jesteś w telefonie”	Ważne jest, czy po pojawieniu się konsekwencji scrollowanie realnie słabnie, czy mimo ich rozpoznawania pozostaje podobne z tygodnia na tydzień. Przykłady intensywnego, ale kontrolowanego korzystania: – Zdarza się jeden wieczór „za długo”, ale następnego dnia ktoś sam skraca czas w telefonie albo odkłada go wcześniej. – Niewyspanie jest traktowane jako sygnał do realnej korekty i przez kolejne dni rytm snu wraca do normy. Przykłady kontynuowania mimo konsekwencji: – Ktoś mówi wprost, że telefon psuje mu sen, koncentrację lub relacje, a mimo to w kolejnych dniach scrollowanie wygląda podobnie. – Skutki są opisywane jako coś powtarzalnego („prawie codziennie”), a nie jako pojedyncze wpadki.
Powtarzanie tego samego schematu	Mimo świadomości konsekwencji w kolejnych dniach wraca ten sam schemat: „dzisiaj odłożę telefon wcześniej”, „dzisiaj tylko na chwilę” – a wieczór znów kończy się długim przeglądaniem. Postanowienia pojawiają się wielokrotnie, ale nie przekładają się na trwałą zmianę. Scrollowanie wraca w tych samych okolicznościach (np. w łóżku, na kanapie, w przerwach, przy zmęczeniu), mimo wcześniejszych prób ograniczenia. Przykłady: – „Wczoraj scrollowałem do późna i leżąc wstałem. Dzisiaj miałem odłożyć telefon, ale znowu skończyło się tak samo”. – „Miałam nie brać telefonu do łóżka, ale położyłam się i włączyłam rolki”. – „Miałem tylko sprawdzić wiadomości, a skończyło się na kolejnych artykułach”.	Po gorszym dniu albo pojawia się realna korekta (i utrzymuje się w kolejnych dniach), albo jest tylko chwilowa poprawa, po której przeglądanie szybko wraca do poprzedniego poziomu. Przykłady intensywnego, ale kontrolowanego korzystania: – Po jednej nocy, kiedy przewijanie wyraźnie skróciło sen, ktoś odkłada telefon poza sypialnię albo wyznacza stałą godzinę zakończenia i utrzymuje to przez kolejne dni. – Gdy pojawia się spóźnienie albo gorsza koncentracja, osoba realnie ogranicza scrollowanie w tygodniu pracy. Przykłady kontynuowania mimo konsekwencji: – Zasady i limity pojawiają się wiele razy, ale działają krótko (dzień–dwa), po czym wraca ten sam schemat. – Postanowienia „dzisiaj inaczej” są częste, ale i tak kończy się podobnie, mimo znanych skutków.

Obszar	Obraz kliniczny kontynuowania lub eskalacji feed-scrollingu mimo konsekwencji	Jak odróżnić od intensywnego, ale kontrolowanego korzystania
Narastanie przewijania mimo szkód	Z czasem zachowanie zaczyna zajmować coraz więcej czasu albo przesuwają się na coraz późniejsze godziny, mimo że negatywne konsekwencje narastają. Nie jest to pojedynczy „gorszy tydzień”, lecz uchwytany trend: telefon odkładany coraz później, coraz dłuższe sesje i coraz trudniejsze poranki. Przykłady: – „Kiedyś kończyłem około 23:00, a teraz często siedzę do 1–2 w nocy”. – „Najpierw były rolki po 10–15 minut, a teraz to potrafi być godzina”. Narastają zaległości i pośpiech, a mimo to czas poświęcany na scrollowanie nie maleje; przeciwnie, obejmuje coraz więcej momentów dnia.	Ważne jest, czy wraz z pojawianiem się kosztów scrollowanie ulega ograniczeniu, czy utrzymuje się na podobnym poziomie albo stopniowo się nasila. Przykłady intensywnego, ale kontrolowanego korzystania: – Po kilku gorszych nocach ktoś faktycznie skraca przewijanie wieczorem (np. wycisza powiadomienia, zostawia telefon w innym pokoju) i to się utrzymuje. – Jeśli rośnie zmęczenie, osoba ogranicza wieczorne korzystanie, żeby wrócić do normalnego snu. Przykłady kontynuowania mimo konsekwencji: – Mimo niewyspania i gorszego funkcjonowania przewijanie trwa dłużej i kończy się później niż poprzednim razem. – Próby ograniczania są krótkie, a po nich wraca ten sam kierunek: coraz później, coraz dłużej.

Źródło: opracowanie własne.

Kontynuowanie mimo konsekwencji: mapa diagnostyczna

- 1. Ustal obecność powtarzalnych konsekwencji.** Najpierw należy zebrać konkretne przykłady skutków, które dają się wiarygodnie powiązać z przewijaniem treści, np. skrócenie snu, spadek koncentracji, konflikty, zaniedbanie obowiązków lub gorsze funkcjonowanie następnego dnia.
- 2. Sprawdź, czy osoba rozpoznaje związek między zachowaniem a skutkami.** W tym obszarze ważne jest nie tylko występowanie konsekwencji, ale także to, że osoba potrafi je zauważyć, nazwać i powiązać ze swoim sposobem korzystania z telefonu.
- 3. Oceń powtarzalność schematu mimo wiedzy o kosztach.** Klinicznie istotny jest układ: „wiem, że mi to szkodzi – próbuję ograniczyć – wracam do tego samego wzorca”.
- 4. Sprawdź utrwalenie lub eskalację.** Obszar kontynuowania mimo konsekwencji można uznać za obecny, gdy przewijanie utrzymuje się lub nasila mimo rozpoznawanych kosztów, a skutki obejmują co najmniej jedną istotną sferę funkcjonowania i utrzymują się w czasie (Alimoradi

i in., 2019; Everitt, Robbins, 2016; Gullo i in., 2022; Koob, Volkow, 2016; Shannon i in., 2022; World Health Organization, 2020).

Przedstawione rozważania mają charakter conceptualno-kliniczny i nie przesądają o statusie feed-scrollingu jako odrębnej jednostki diagnostycznej. *Feed-scrolling* jest tu traktowany jako konstrukt analityczny, który pozwala opisywać określony sposób korzystania ze środowiska cyfrowego: nawykowe pozostawianie w strumieniu kolejnych treści, często bez wyraźnego celu zadaniowego i bez naturalnego punktu zakończenia. Takie ujęcie może być użyteczne klinicznie, ale wymaga odróżnienia od rozpoznania zaburzenia.

Istotnym ograniczeniem jest brak specyficznych, szeroko zwalidowanych narzędzi diagnostycznych przeznaczonych do oceny feed-scrollingu jako potencjalnego wzorca problemowego lub zaburzeniowego. Dostępne badania dotyczą raczej zjawisk pokrewnych, takich jak problemowe używanie smartfona, problemowe używanie mediów społecznościowych, *doomscrolling*, *mindless scrolling* czy problemowe korzystanie z krótkich materiałów wideo. Nie pozwala to jeszcze na proste przeniesienie wyników tych badań na *feed-scrolling* rozumiany jako szerszy wzorec pozostawiania w strumieniu treści cyfrowych.

Ograniczone pozostają również dane empiryczne dotyczące przebiegu, granic i klinicznego znaczenia feed-scrollingu. Dlatego proponowana w artykule analiza powinna być traktowana jako rama porządkująca obserwacje kliniczne i inspiracja do dalszych badań, a nie jako gotowy model diagnostyczny. Szczególnego znaczenia nabierają przyszłe badania nad trafnością kryteriów, narzędziami pomiaru, różnicowaniem wysokiego zaangażowania od wzorca zaburzeniowego oraz rolą upośledzenia funkcjonowania jako prognozy klinicznej istotności.

Omówione dotąd trzy procesy – osłabienie kontroli, rosnący priorytet nadawany zachowaniu oraz kontynuowanie lub eskalacja mimo negatywnych konsekwencji – tworzą rdzeń wzorca nałogowego w rozumieniu ICD-11 i stanowią podstawę klinicznego opisu takich zjawisk jak *feed-scrolling*. Ich obecność nie rozstrzyga jednak jeszcze, czy mamy do czynienia z obrazem o znaczeniu klinicznym. Aby odpowiedzieć na to pytanie, konieczne jest uwzględnienie dodatkowego kryterium, jakim jest wyraźne i utrwalone upośledzenie funkcjonowania. Temu właśnie zagadnieniu oraz jego znaczeniu dla diagnozy różnicowej i praktyki klinicznej będzie poświęcona druga część artykułu.

BIBLIOGRAFIA

- Alimoradi, Z., Lin, C.-Y., Broström, A., Bülow, P.H., Bajalan, Z., Griffiths, M.D. i in. (2019). Internet Addiction and Sleep Problems: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 47, 51–61. DOI: 10.1016/j.smrv.2019.06.004.
- Andreassen, C.S., Torsheim, T., Brunborg, G.S., Pallesen, S. (2012). Development of a Facebook Addiction Scale. *Psychological Reports*, 110(2), 501–517. DOI: 10.2466/02.09.18.PR0.110.2.501-517.

- Billieux, J., King, D.L., Higuchi, S., Achab, S., Bowden-Jones, H., Hao, W. i in. (2017). Functional Impairment Matters in the Screening and Diagnosis of Gaming Disorder. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 285–289. DOI: 10.1556/2006.6.2017.036.
- Brand, M., Rumpf, H.J., Demetrovics, Z., Müller, A., Stark, R., King, D.L. i in. (2022). Which Conditions Should Be Considered as Disorders in the International Classification of Diseases (ICD-11) Designation of ‘Other Specified Disorders Due to Addictive Behaviors’? *Journal of Behavioral Addictions*, 11(2), 150–159. DOI: 10.1556/2006.2020.00035.
- Brand, M., Wegmann, E., Stark, R., Müller, A., Wölfling, K., Robbins, T.W. i in. (2019). The Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) Model for Addictive Behaviors: Update, Generalization to Addictive Behaviors Beyond Internet-Use Disorders, and Specification of the Process Character of Addictive Behaviors. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 104, 1–10. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2019.06.032.
- Busch, P.A., McCarthy, S. (2021). Antecedents and Consequences of problematic Smartphone Use: A Systematic Literature Review of an Emerging Research Area. *Computers in Human Behavior*, 114, 106414. DOI: 10.1016/j.chb.2020.106414.
- de Segovia Vicente, D., Van Gaeveren, K., Murphy, S.L., Vanden Abeele, M.M.P. (2024). Does Mindless Scrolling Hamper Well-Being? Combining ESM and Log-Data to Examine the Link Between Mindless Scrolling, Goal Conflict, Guilt, and Daily Well-Being. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 29(1), zmad056. DOI: 10.1093/jcmc/zmad056.
- Elhai, J.D., Dvorak, R.D., Levine, J.C., Hall, B.J. (2017). Problematic Smartphone Use: A Conceptual Overview and Systematic Review of Relations with Anxiety and Depression Psychopathology. *Journal of Affective Disorders*, 207, 251–259. DOI: 10.1016/j.jad.2016.08.030.
- Everitt, B.J., Robbins, T.W. (2016). Drug Addiction: Updating Actions to Habits to Compulsions Ten Years On. *Annual Review of Psychology*, 67, 23–50. DOI: 10.1146/annurev-psych-122414-033457.
- Gullo, M.J., Wood, A.P., Saunders, J.B. (2022). Criteria for the Establishment of a New Behavioural Addiction: Commentary to the Debate: ‘Behavioral Addictions in the ICD-11’. *Journal of Behavioral Addictions*, 11(2), 191–198. DOI: 10.1556/2006.2022.00031.
- Kardefelt-Winther, D., Heeren, A., Schimmenti, A., van Rooij, A., Maurage, P., Carras, M., Edman, J. i in. (2017). How Can We Conceptualize Behavioural Addiction without Pathologizing Common Behaviours? *Addiction*, 112(10), 1709–1715. DOI: /10.1111/add.13763.
- Koob, G.F., Volkow, N.D. (2016). Neurobiology of Addiction: A Neurocircuitry Analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760–773. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)00104-8.
- Leeman, R.F., Patock-Peckham, J.A., Potenza, M.N. (2013). Impaired Control Over Alcohol Use: An Under-Addressed Risk Factor for Problem Drinking in Young Adults? *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 21(5), 337–351. DOI: 10.1037/a0033575.
- Li, T., Liu, H., Hu, R., Liu, X. (2025). Research Insights on ‘Problematic Use of Short Video’: A Comprehensive Review Exploration in Psychological Context. *Addiction Biology*, 30(11), e70082. DOI: 10.1111/adb.70082.
- Marino, C., Canale, N., Melodia, F., Spada, M.M., Vieno, A. (2021). The Overlap Between Problematic Smartphone Use and Problematic Social Media Use: A Systematic Review. *Current Addiction Reports*, 8, 469–480. DOI: 10.1007/s40429-021-00398-0.
- Montag, C., Walla, P. (2016). Carpe Diem Instead of losing Your Social Mind: Beyond Digital Addiction and Why We All Suffer from Digital Overuse. *Cogent Psychology*, 3(1), 1157281. DOI: 10.1080/23311908.2016.1157281.
- Müller, A., Laskowski, N.M., Wegmann, E., Steins-Loeber, S., Brand, M., Trotzke, P. (2021). Problematic Online Buying-Shopping: Is It Time to Consider the Concept of an Online Subtype of Compulsive Buying-Shopping Disorder or a Specific Internet-Use Disorder? *Current Addiction Reports*, 8, 494–499. DOI: 10.1007/s40429-021-00395-3.

- Osatuyi, B., Turel, O. (2018). Tug of War Between Social Self-Regulation and Habit: Explaining the Experience of Momentary Social Media Addiction Symptoms. *Computers in Human Behavior*, 85, 95–105. DOI: 10.1016/j.chb.2018.03.037.
- Oulasvirta, A., Rattenbury, T., Ma, L., Raita, E. (2012). Habits Make Smartphone Use More Pervasive. *Personal and Ubiquitous Computing*, 16(1), 105–114. DOI: 10.1007/s00779-011-0412-2.
- Poznyak, V., Reed, G.M., Clark, N. (2018). The World Health Organization's Work on the Recognition and Classification of Substance Use and Addictive Behaviours: A Public Health Perspective. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(2), 201–203. DOI: 10.1017/S2045796017000012.
- Przybylski, A.K., Murayama, K., DeHaan, C.R., Gladwell, V. (2013). Motivational, Emotional, and Behavioral Correlates of Fear of Missing Out. *Computers in Human Behavior*, 29(4), 1841–1848. DOI: 10.1016/j.chb.2013.02.014.
- Reed, G.M., First, M.B., Kogan, C.S., Hyman, S.E., Gureje, O., Gaebel, W. i in. (2019). Innovations and Changes in the ICD-11 Classification of Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders. *World Psychiatry*, 18(1), 3–19. DOI: 10.1002/wps.20611.
- Rixen, J.O., Möller, A., Nontasil, M., Henkel, I.M. (2023). The Loop and Reasons to Break It: Investigating Infinite Scrolling Behaviour in Social Media Applications and Reasons to Stop. Proceedings of the ACM on Human-Computer Interaction, 7(CSCW2), Article 469. DOI: 10.1145/3604275.
- Robinson, T.E., Berridge, K.C. (2008). The Incentive Sensitization Theory of Addiction: Some Current Issues. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1507), 3137–3146. DOI: 10.1098/rstb.2008.0093.
- Satici, S.A., Gocet-Tekin, E., Deniz, M.E., Satici, B. (2023). Doomscrolling Scale: Its Association with Personality traits, Psychological Distress, Social Media Use, and Wellbeing. *Applied Research in Quality of Life*, 18(2), 833–847. DOI: 10.1007/s11482-022-10110-7.
- Shannon, H., Bush, K., Villeneuve, P.J., Hellemans, K.G.C., Schibli, K. (2022). Problematic Social Media Use in Adolescents and Young Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Mental Health*, 9(4), e33450. DOI: 10.2196/33450.
- Sharma, S., Murano, P. (2020). A Usability Evaluation of Web User Interface Scrolling Types. *First Monday*, 25(3). DOI: 10.5210/fm.v25i3.10309.
- van den Eijnden, R.J.J.M., Lemmens, J.S., Valkenburg, P.M. (2016). The Social Media Disorder Scale. *Computers in Human Behavior*, 61, 478–487. DOI: 10.1016/j.chb.2016.03.038.
- van Deursen, A.J.A.M., Bolle, C.L., Hegner, S.M., Kommers, P.A.M. (2015). Modeling Habitual and Addictive Smartphone Behavior: The Role of Smartphone Usage Types, Emotional Intelligence, Social Stress, Self-Regulation, Age, and Gender. *Computers in Human Behavior*, 45, 411–420. DOI: 10.1016/j.chb.2014.12.039.
- World Health Organization (2018). Inclusion of 'Gaming Disorder' in ICD-11. <https://www.who.int/news/item/14-09-2018-inclusion-of-gaming-disorder-in-icd-11>.
- World Health Organization (2020). Addictive Behaviours: Gaming Disorder (Questions and Answers). <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/addictive-behaviours-gaming-disorder> (dostęp: 4.02.2026).
- World Health Organization (2025a). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: 6C51 Gaming Disorder. from <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#6C51> (dostęp: 4.02.2026).
- World Health Organization (2025b). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: 6C5Y Other Specified Disorders Due to Addictive Behaviours. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#6C5Y> (dostęp: 4.02.2026).
- World Health Organization (2025c). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: 6C5Z Disorders Due to Addictive Behaviours, Unspecified. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#6C5Z> (dostęp: 4.02.2026).

ABSTRACT

The International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11), offers a framework for describing disorders due to addictive behaviours that helps distinguish mere high involvement from a pattern that may be clinically significant. This framework is based on three core domains that define the addictive pattern: impaired control over the behaviour, increasing priority given to the behaviour over other activities, and continuation or escalation despite negative consequences. The article systematises the clinical understanding of these criteria and demonstrates how they may be applied to feed-scrolling, understood not as a separate diagnostic entity but as an analytical construct describing habitual engagement in an ongoing stream of digital content such as posts, photographs, short videos, news items, or shopping offers. Part one discusses the classificatory logic of ICD-11 in relation to disorders due to addictive behaviours, outlines the place of “other specified” and “unspecified” behaviours within this category, and examines the three core processes using online content scrolling as a contemporary example. The text emphasises the need for diagnostic caution and argues against equating frequent engagement with digital technologies with a disorder picture. Part two of the article focuses on impairment as the threshold of clinical significance and on practical principles for differentiating high engagement from a clinically meaningful disorder.

Keywords: ICD-11; addictive behaviours; feed-scrolling; online behaviours; clinical interview