

Paweł Izdebski, Martyna Kotyśko

Problematyczne użytkowanie telefonu komórkowego a zdrowie psychiczne

Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy.
Transdyscyplinarne Studia o Kulturze (i) Edukacji nr 5, 47-60

2010

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

PAWEŁ IZDEBSKI

Kujawsko-Pomorska Szkoła Wyższa w Bydgoszczy

MARTYNA KOTYŚKO

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Problematic use of mobile phone and mental health

Problematic phone use and mental health

Key words: mobile phone, problematic use, mental health

Summary: The aim of this article is to show the problematic use of mobile phones issue. Designation “problematic use” is a synonym of addiction, because in mental health classification as ICD-10 and DSM-IV-TR there is no such category as “mobile phone addiction”. It is connected with excessive use of mobile phone, feeling anxiety when the phone is not near us or with difficulty in suppressing the amount of time spending on “using the phone”. The article includes reports from world-wide researches and its results, which shows that problematic use of mobile phones correlate with extraversion, low self-esteem and level of depression. Different ways of possible explanations of above-mentioned dependence are notified. Authors also try to show relations between problematic use of mobile phones and mental health.

Wprowadzenie

Telefon komórkowy stał się przedmiotem, który bez względu na czas i miejsce jest naszym nieodłącznym towarzyszem. Rynek telefonii komórkowej obfituje w coraz to nowsze modele telefonów, aby użytkownicy mogli za ich pomocą nie tylko rozmawiać bądź wysłać do siebie wiadomości tekstowe, ale również słuchać muzyki czy korzystać z Internetu. Niedługo telefon komórkowy był zarezerwowany dla nielicznej grupy osób, którą stać było na posiadanie takiego narzędzia komunikacji. Obecnie jest on dostępny dla szerokiej rzeszy odbiorców, od uczniów szkół podstawowych do najstarszych członków społeczeństwa. Od obecności „komórek” nie można uciec, są wszechobecne. Wystarczy rozejrzeć się dookoła by dostrzec, że telefon komórkowy jest w nieustannym użyciu. Warto

zastanowić się nad następującym pytaniem: „Czy nadmierne i problematyczne użytkowanie telefonu komórkowego ma związek ze zdrowiem psychicznym człowieka?”. Zagadnieniu to stało się ważne, ponieważ rozwój technologii przyniósł ze sobą coraz to nowe zagrożenia, z którymi przyjdzie bądź już przyszło nam jako społeczeństwu cybernetycznemu zmierzyć się.

Zdrowie psychiczne

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje zdrowie jako stan całkowitego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie jedynie brak choroby (WHO, 2011a). Definicja ta podkreśla udział dobrostanu psychicznego w subiektywnej ocenie jakości życia. Na ten komponent zdrowia składają się aktywności, zarówno w sposób pośredni jak i bezpośredni, wpływające na całokształt odbioru rzeczywistości. Dzięki zdrowiu psychicznemu człowiek zna własne możliwości, potrafi radzić sobie ze stresem dnia codziennego, a jego produktywność odzwierciedla się w wynikach jego pracy. Osoby cieszące się pełnią dobrostanu psychicznego mogą stanowić wsparcie dla społeczności, w której żyją (WHO, 2007).

WHO (2010) określa czynniki, które stanowią podstawę i mają wpływ na kształtowanie się pełni zdrowia psychicznego. Należą do nich czynniki o charakterze społecznym, psychologicznym oraz biologicznym. Szybkie zmiany społeczne oraz praca w coraz bardziej stresujących warunkach mogą odcisnąć swoje piętno na kondycji zdrowia psychicznego. Społeczne wykluczenie czy też przejawy dyskryminacji płciowej to kolejne z czynników ryzyka mogących powodować zachwianie równowagi psychicznej. Należy pamiętać, że to jaki tryb życia prowadzimy i w jaki sposób dbamy o siebie, ma niezwykle ważne znaczenie dla naszego samopoczucia. Nie bez znaczenia jest również poczucie bezpieczeństwa, zarówno fizycznego jak i psychicznego. Ryzyko utraty zdrowia psychicznego istnieje w przypadku zagrożenia przemocą czy też naruszenia praw człowieka (WHO, 2010). Nie można również zapomnieć o wpływie jaki na zdrowie psychiczne ma osobowość oraz czynniki natury biologicznej (np. genetyczna podatność na chorobę psychiczną).

Zaburzenie psychiczne

Wcześniej omówione zostało zagadnienie zdrowia psychicznego, stąd niezbędne jest wyjaśnienie, czym jest zaburzenie psychiczne. WHO (2011b) pod tym pojęciem rozumie szereg problemów, których przejawem są różne symptomy. Odzwierciedlają się one w nieprawidłowych myślach, emocjach, zachowaniu oraz związkach z innymi ludźmi. Zaburzenie psychiczne łączy się z doznawanym

cierpieniem i zaburzeniem indywidualnego funkcjonowania jednostki (Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, 2000).

Telefonia komórkowa w Polsce

Na całym świecie odnotowuje się wzrost liczby użytkowników telefonów komórkowych i zarejestrowanych kart SIM. Według raportu GUS w roku 2009 w Polsce 86,5% gospodarstw domowych posiadało w swoim wyposażeniu telefon komórkowy. W porównaniu do roku 2008 nastąpił przyrost o 3,6%. Największe zmiany dokonały się wśród emerytów i rencistów. W grupie tej przyrost liczby telefonów komórkowej podwyższył się o 11,2%. Liczba abonentów korzystających z usług telefonii komórkowej wyniosła w 2009 roku ok. 45 milionów, co pokazuje, jak wiele osób posiada więcej niż jedną aktywną kartę SIM (GUS, 2010a; GUS, 2010b).

Problematyczne użytkowanie telefonów komórkowych

Przyglądając się osobom w naszym otoczeniu możemy zaobserwować, że niektórzy nie rozstają się ze swoim telefonem komórkowym, rozmawiają lub wysyłają wiadomości tekstowe za jego pośrednictwem, poświęcając na te czynności mnóstwo czasu. W dobie „komórkowego bumu”, jak odróżnić bądź ocenić czy dana osoba jest „uzależniona” od telefonu komórkowego czy też nie. Określenie „uzależnienie” zostało tu zastosowane umownie, ponieważ w oficjalnych klasyfikacjach zdrowia, w tym zdrowia psychicznego, ICD-10 jak i DSM-IV-TR nie wyodrębniono takiej kategorii zaburzeń jak uzależnienie od telefonu komórkowego (Yen i in., 2009). W pracach zagranicznych naukowców uzależnienie zostało zastąpione sformułowaniem *problematic use*, czyli problematyczne użytkowanie bądź *mobile phone dependance* – zależnością od telefonu (m.in. Bianchi, Phillips, 2005; Toda i in., 2008; Ezoe i in., 2009).

Griffiths (1996, w: Yen i in., 2009; Bianchi, Phillips, 2005) odnosi się do uzależnienia od telefonu komórkowego jako przykładu uzależnienia technologicznego, które zakłada istnienie interakcji pomiędzy maszyną a człowiekiem, natomiast wyklucza, odmiennie niż w przypadku tradycyjnej definicji uzależnienia substancjalnego, interakcję o podłożu chemicznym. Uzależnienie od Internetu to przykład powyższego rozumienia zależności od korzystania z danego narzędzia technologicznego. Mimo, iż wciąż trwa debata odnośnie tego czy w DSM-V powinno pojawić się zagadnienie uzależnienia od Internetu, to stworzone zostały już kryteria, jakimi można by się posługiwać, aby móc diagnozować bądź rozpoznawać ten typ uzależnienia.

Problematyczne użytkowanie telefonu komórkowego napotyka podobne trudności natury formalnej jak uzależnienie od Internetu. Zadanie, jakie stoi przed naukowcami chcącymi określić ewentualne kryteria wyznaczające próg „uzależnienia”, jest bardzo skomplikowane. W literaturze światowej różni badacze skupiają się na odmiennych aspektach zagadnienia, jakie kryje się pod nazwą problematyczne użytkowanie telefonu komórkowego lub zależności od niego. Ezoë i in. (2009) uważają, że na zależność od telefonu komórkowego składają się dwa główne czynniki. Są nimi nadmierne użytkowanie oraz okresowe pragnienie korzystania z telefonu komórkowego. Kawasaki i in. (2006, za: Yen i in., 2009) skupili się na tendencji, głównie adolescentów, do większego niż przeciętnie zaabsorbowania działaniami związanymi z użytkowaniem telefonu komórkowego, silniejszym nasileniem lęku w sytuacji niemożności korzystania z niego, a także nadmiernego wykorzystywania telefonu komórkowego do rozmów. Ehrenberg, Juckes, White i Walsh (2008) wyszczególniły 3 wyznaczniki uzależnienia: odstawienie, utratę kontroli oraz istotność/ ważność (dotyczy aktywności dominujących przemyśleń i zachowań). Kamibepu i Sugiura (2005, w: Jenaro, Flores, Gómez-Vela, González-Gil, Caballo, 2007) wskazują również na takie zachowania związane z problematycznym użytkowaniem telefonu komórkowego jak: odczuwanie niepewności, kiedy wiadomość zwrotna nie nadchodzi, zaniebdywanie snu w celu korzystania z telefonu czy też emocjonalne przywiązanie do niego.

Praca Bianchi i Phillipsa (2005), pt.: „*Psychological predictors of Problem Mobile Phone Use*”, („Psychologiczne predyktory Problematycznego Użytkowania Telefonu Komórkowego”) jako jedna z pierwszych publikacji odnoszących się do tej tematyki, rozpatrywała treści dotyczące „uzależnienia” od komórki w kategoriach psychologicznych (Billieux, Van Der Linden, D’Acromont, Ceschi, Zermatten, 2007). Autorzy opisywali problematyczne użytkowanie od telefonu komórkowego w odniesieniu do zachowań takich jak: prowadzenie samochodu a rozmawianie przez komórkę, nękanie innych czy naruszanie prywatności. Natomiast w perspektywie psychologicznej zjawisko to powiązali z samooceną, ekstrawersją oraz neurotyzmem.

Badania dotyczące zjawiska problematycznego użytkowania telefonu komórkowego

Przegląd badań dotyczących problematycznego użytkowania telefonów komórkowych bezsprzecznie należy rozpocząć od opisu działalności australijskich naukowców, Bianchi i Phillipsa (2005). Stworzyli oni narzędzie do pomiaru tego zjawiska. Narzędzie to nosiło nazwę MPPUS – *Mobile Phone Problem Usage Scale* (Skala Problematycznego Użytkowania Telefonu Komórkowego). Zostało opracowane w oparciu o wiedzę związaną z uzależnieniami, a także zawierało

pytania odnoszące się do społecznego wymiaru użytkowania telefonu. Skala Problematycznego Użytkowania Telefonu Komórkowego zawierała 27 pytań, których zasadność miała zostać sprawdzona dzięki zastosowaniu MPUS – *Mobile Phone Use Survey* (Sondaż dotyczący Użytkowania Telefonu Komórkowego). MPUS pozwalał na zebranie podstawowych informacji dotyczących charakterystyki użytkowania przez daną jednostkę telefonu, np. czas spędzany na korzystaniu z telefonu czy liczba osób, z którymi jednostka rozmawia przez telefon regularnie. Do badania wykorzystano również istniejące już narzędzia, w tym: MMPI-2 APS – *Addiction Potential Scale* (Skala Potencjału Uzależnieniowego), *Coopersmith Self Esteem Inventory* (Inwentarz Samooceny) oraz *Eysenck Personality Questionnaire – Revised Short Scale* (Kwestionariusz Osobowości Eysencka – Krótka Zrewidowana Skala). Po przebadaniu 194 osób, w wieku od 18 do 85 lat uzyskano następujące rezultaty: współczynnik alfa Cronbacha dla MPPUS wyniósł 0,93, a istotne statystycznie okazały się korelacje między wynikami MPPUS a samooceną, ekstrawersją oraz wiekiem. Wbrew wcześniejszym założeniom teoretycznym, neurotyzm okazał się nieistotnym czynnikiem, jeżeli chodzi o problematyczne użytkowanie. Profil jednostki, która w problematyczny sposób użytkuje swój telefon to: ekstrawertywna młoda osoba o niskiej samoocenie.

Tajwańscy badacze (Yen i in., 2009) postanowili sprawdzić czy adolescenti korzystający w sposób problematyczny z telefonu komórkowego, charakteryzują się wyższym nasileniem objawów depresyjnych, niż ich rówieśnicy nie mający takiego problemu. Do badania wytypowano 12210 uczniów (wyniki uwzględniono jednak dla 10191, którzy w pełni wypełnili kwestionariusze) z południowego Tajwanu (3 metropolie i 4 hrabstwa). Należeli oni do 12 szkół gimnazjalnych i 19 liceów wyselekcjonowanych losowo z terenów zurbanizowanych oraz 11 szkół gimnazjalnych i 10 liceów wyselekcjonowanych losowo z terenów niezurbanizowanych. Średnia wieku wyniosła 14,6. Narzędziami wykorzystanymi w badaniu były: kwestionariusz PCPU-Q – *Problematic Cell Phone Use Questionnaire* (Kwestionariusz Problematycznego Używania Telefonu Komórkowego) zawierający 12 pytań stworzonych na podstawie kategorii uzależniania substancjalnego za DSM-IV-TR oraz skala do pomiaru depresji CES-D – *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (Skala Depresji Centrum Nauk Epidemiologicznych). Dodatkowo, zadaniem badanych było podanie podstawowych informacji związanych z charakterystyką ich korzystania z telefonu komórkowego. Wyniki tego badania pokazały, że problematyczne użytkowanie telefonu komórkowego koreluje z depresją. Osoby o wysokim nasileniu depresji częściej przejawiają objawy problematycznego użytkowania telefonu (4 i więcej jego oznak) oraz mogą odnotowywać osłabienie funkcjonowania rodzinnego, społecznego czy też szkolnego, które spowodowane jest nadmiernym użytkowaniem komórki.

Ostatnim przykładem badań związanych z problematycznym użytkowaniem są przeprowadzone przez południowokoreańskich naukowców (Ha, Chin, Park, Ryu i Yu, 2008) analizy obejmujące swym zasięgiem również grupę, jaką

stanowią adolescenci. Badaniem objęto 1200 uczniów techników, natomiast rezultaty zostały sporządzone w oparciu o wyniki 595 osób (552 chłopców i 43 dziewczęta). Średnia wieku wyniosła 15,9. Uczniowie mieli za zadanie wypełnić następujące kwestionariusze: ECPUS – *Excessive Cellular Phone Use Survey* (Sondaż Nadmiernego Użytkowania Telefonu Komórkowego), BDI – *Beck Depression Inventory* (Inwentarz Depresji Becka), TAS-20 – *Toronto Alexithymia Scale* (Skala Aleksytymii z Toronto), *Interactional Anxiousness Scale* (Interakcyjna Skala Lęku), RSE – *Rosenberg Self-Esteem Scale* (Skala Samooceny Rosenberga) oraz IAS – *Young's Internet Addiction Scale* (Skala Uzależnienia od Internetu Young). Badani podawali także podstawowe dane demograficzne oraz wzorzec użytkowania telefonu komórkowego. Porównano ze sobą wyniki dwóch wyodrębnionych grup: jedna nazwana właściwą (jej członkowie – 30% całej grupy, uzyskiwali wysokie wyniki w kwestionariuszu ECPUS) a druga to grupa porównawcza (w jej skład wchodziło kolejne 30% respondentów, którzy względem ogółu uzyskali najniższe wyniki w kwestionariuszu ECPUS). Badani z grupy właściwej doświadczali więcej symptomów depresyjnych, więcej trudności w ekspresji emocji, zgłaszali większy lęk interpersonalny i mieli niższą samoocenę niż badani z grupy porównawczej. Osoby z grupy właściwej (nadmiernie użytkującej telefon komórkowy) mieli wyższe wyniki na skali IAS (*Internet Addiction Scale*) niż osoby z grupy porównawczej. Stopień ciężkości uzależnienia od Internetu korelował pozytywnie z nadmiernym użytkowaniem telefonu komórkowego.

Warto również wspomnieć, że w badaniach Ezoë i współpracowników (2009) problematyczne użytkowanie telefonu komórkowego wśród studentek istotnie korelowało z ekstrawersją, neurotyzmem oraz stylem życia. Toda i współpracownicy (2008) zaś uzyskali rezultaty świadczące, że problematyczne użytkowanie przez studentki telefonu komórkowego ma związek z matczyną postawą wychowawczą, charakteryzującą się wysokim poziomem opiekuńczości i ochrony.

Psychologiczne wyznaczniki problematycznego użytkowania telefonów komórkowych

Jak pokazały przedstawione wcześniej wyniki badań, wysoki poziom problematycznego użytkowania telefonu komórkowego w istoty sposób koreluje głównie z ekstrawersją, niską samooceną oraz wysokim poziomem depresji. Należy dokonać opisu tych zmiennych, aby mieć jasność i moc podjąć próbę wytłumaczenia, dlaczego są one tak istotne w obliczu problematycznego użytkowania telefonu komórkowego.

Ekstrawersja to jeden z czynników osobowości. Można ją odnaleźć w koncepcji osobowości Eysencka, która zakłada istnienie trzech głównych czynników osobowości. Należą do nich: Neurotyczność (N), Ekstrawersja (E) oraz Psychotyzm (P). Ekstrawersja związana jest z działaniem siatkowatego systemu aktywacji

(ARAS – *Ascending Reticular Activating System*) (Eysenck, 1970). U ekstrawertyków uzyskanie optymalnego poziomu pobudzenia jest związane z poszukiwaniem silnych bodźców, gdyż próg ich wrażliwości sensorycznej jest wysoki, natomiast poziom pobudzenia korowego niski. Najogólniej, osobę ekstrawertyczną można opisać jako poszukującą stymulacji w otoczeniu zewnętrznym, np. poprzez kontakty towarzyskie czy różnego rodzaju aktywności. Charakteryzuje ją beztroska i duża tolerancja zmienności oraz nieuporządkowania (Oleś, 2003).

McCrae i Costa (2005) proponują pięcioczynnikowe ujęcie osobowości. Wyszczególnione przez nich czynniki to: neurotyzm, ekstrawersja, otwartość na doświadczenie, ugodowość i sumienność. Głównym aspektem, który wyróżnia tę teorię, jest fakt, że autorzy zakładają, iż osobowość czerpie wyłącznie z podstaw biologicznych organizmu, wpływ otoczenia zostaje wykluczony. Takie założenie skutkuje stwierdzeniem, że cechy osobowości są niezmiennie, mają charakter stały i trwałe. Natomiast wszelkie zmiany jakie dokonują się w osobowości na przestrzeni czasu, spowodowane są dojrzewaniem organizmu oraz zmianami tkanki mózgowej, a nie wpływem zewnętrznym.

Sylwetka osoby określonej jako ekstrawertyk prezentuje się następująco: jest przyjacielsko nastawiona do innych, lubi rozmawiać i bawić się, potrzebuje zewnętrznej stymulacji, optymistycznie podchodzi do życia, a jej nastrój zazwyczaj jest pogodny (Zawadzki, Strelau, Szczepaniak, Śliwińska, 1998).

Na sześcioczynnikowy model osobowości HEXACO Ashtona i Lee (2004, 2011) składają się: Szczerłość/Pokora (H), Emocjonalność (E), Ekstrawersja (X), Ugodowość (A), Sumienność (C) oraz Otwartość na doświadczenie (O). Każdemu czynnikowi przyporządkowane są 4 składniki. Osoby, u których nasilenie czynnika ekstrawersji jest wysokie, są pewne siebie, czerpią radość z kontaktów społecznych, postrzegają swoją osobę w sposób pozytywny oraz doświadczają pozytywnego uczucia entuzjazmu i energii.

W literaturze fachowej można spotkać wiele przykładów definicji samooceny. Niektóre z nich są bardzo obszerne i wyszczególniają, co dokładnie się na nią składa, a inne skupiają się na całościowym jej ujęciu. Kozielecki (1981, s. 76) uważa, że samoocena to: „Sądy wartościujące, dotyczące właściwości fizycznych człowieka, to jest wyglądu zewnętrznego, zdrowia, cech osobowości, struktury motywacji oraz stosunków z innymi ludźmi, to znaczy miejsca w rodzinie i atrakcyjności społecznej”. To przykład rozbudowanej definicji, natomiast bardziej zwięźle o samoocenie wyraża się Wojciszke (2003, s. 15) mówiąc, że jest to „afektywna reakcję na samego siebie”. Samoocena wpływa na zachowanie, sposób myślenia i spostrzegania, a także na motywację (Kulas, 1986). W znaczny sposób przekłada się również na sprawność działania, a także współgra ona z twórczością (Mądrzycki, 1996). Jest pomocna w przystosowaniu się do otoczenia oraz odczuwaniu przez jednostkę szczęścia i zadowolenia z siebie. Reakcja na nowe sytuacje pojawiające się w życiu jest efektem tego, jaką samoocenę globalną dana osoba posiada. Rola samooceny odnosi się również do decyzji podejmowanych

przez człowieka i jego aspiracji (Kulas, 1986). Samoocena może również pełnić funkcję bufora ochronnego, który ułatwia radzenie sobie w sytuacjach stresowych (osoby z wysoką samooceną lepiej wykorzystują swoje zasoby, by uporać się z trudnymi wydarzeniami) (Fila-Jankowska, 2009).

Osoby o niskim poziomie samooceny podejmują się zadań, które oceniają jako bezpieczne i niezagrażające ich opinii o sobie. Są one wewnętrznie skłócone (konflikt między „Ja” realnym a „Ja” idealnym), co przejawia się napięciem, a także trudnościami w relacjach interpersonalnych. Niski poziom motywacji idzie w parze z niską samooceną, co skutkuje niewykorzystaniem swojego realnego potencjału przez te osoby. Ich lęk jest przeszkodą na drodze do realizacji celów, szczególnie podczas wykonywania nowych zadań. Nawiazując do sfery stosunków społecznych, to osoby o niskiej samoocenie znajdują się nisko w hierarchii grupy, do której przynależą. Tym samym wzmagają się ich zahamowanie społeczne i przybierają one wobec otoczenia postawę wycofania. Niechętnie współzawodniczą, a w sytuacjach stresowych pogarsza się ich wydajność i wzrasta prawdopodobieństwo niepowodzenia. Osoby o niskiej samoocenie być może odczuwają niepokój z powodu konieczności odgrywania przed innymi roli kogoś, kim naprawdę nie są. Zazwyczaj są to osoby zamknięte w sobie, które siebie i swoje poczynania w sposób nadmierny analizują, dodatkowo odczuwają wzmożone poczucie winy, a także czują się gorsze od innych. Wobec osób z otoczenia przejawiają postawę podległą i pozwalają z reguły na to, aby inni nimi kierowali. Mimo powyższego opisu, jednostki o niskiej samoocenie są skłonne do zmian i przyjmują negatywne informacje o sobie, zamiast im zaprzeczać (Kulas, 1986). Misiewicz (1999) twierdzi, iż osoby o niskiej samoocenie, tak jak osoby o jej wysokim poziomie, pragną odnosić sukcesy, gdyż znajdują się one w obrębie ich emocjonalnych potrzeb. Fila-Jankowska (2009) wspomina również o tym, że niska samoocena ma znaczące powiązania z takim zaburzeniem odżywiania jak bulimia czy z zaburzeniem afektywnym jednobiegunowym jak depresja. Dodatkowo poza wpływem na stan zdrowia, niska samoocena może być przyczyną działań przestępczych.

Ostatnim z wymienionych wcześniej czynników istotnie korelujących z problematycznym użytkowaniem telefonu komórkowego jest depresja. Hammen (2006, s. 13) uważa, że pod tym pojęciem należy rozumieć „zespół doświadczeń, obejmujących nie tylko nastroj, ale także doświadczenia fizyczne, psychiczne i behawioralne, które określają bardziej długotrwały, szkodliwy i poważny stan, który może zostać klinicznie rozpoznany jako zespół depresyjny”. Jak można zauważyć, autorka wskazuje na znacznie szersze aspekty pojęcia, jakim jest depresja. Uwzględnia ona zarówno element emocjonalny, ale także to, w jaki sposób depresja odciska swoje piętno na ciele, zachowaniu osoby, którą dotyka oraz jej funkcjonowaniu psychicznym. Heitzman i Wojnar (2007) podają obraz kliniczny depresji, w którym dominuje obniżenie nastroju. Przejawia się ono poprzez odczuwanie smutku czy przygnębienia, bądź anhedonię. Czasem

depresja przyjmuje tak przytłaczającą postać, że osoba nią dotknięta nie jest w stanie płakać lub odczuwa jedynie zubożenie. Jeżeli chodzi o napęd psychoruchowy, to ulega on obniżeniu. Przekłada się to na spowolnienie tempa myślenia, zdolności pamięciowe, w tym zdolność zapamiętywania i odtwarzania, które także pogarszają się. W depresji można zaobserwować, tzw. otępienie rzekome, które ma związek z obniżeniem się zdolności intelektualnych w czasie trwania epizodu depresyjnego. Dostrzegalne jest również spowolnienie motoryczne, znaczna męczliwość, a w skrajnych przypadkach może dojść do całkowitego zahamowania w sferze ruchowej – stupor. Kolejnym charakterystycznym elementem w obrazie depresji jest lęk. Jego nasilenie jest zmienne i może prowadzić do napadów paniki czy gwałtownego zachowania – *raptus melancholicus*. Zmiany zachodzą również w funkcjonowaniu rytmów biologicznych. Zostają one zaburzone, co objawia się w postaci, np. skrócenia lub wydłużenia czasu snu, wahań nastroju. Nasilenie złego nastroju następuje rano, a poprawia się wieczorem. U kobiet może dojść do zakłóceń w obrębie regularności okresu menstruacyjnego, wraz z jego zanikiem. Zarówno kobiety jak i mężczyźni, w czasie depresji, mogą odczuwać niższy poziom pobudzenia seksualnego i mieć problemy z osiągnięciem orgazmu. W atypowych postaciach zaburzenia depresyjnego uwidaczniają się somatyczne objawy w postaci, np. bólów głowy, zaparć czy utraty łaknienia. Powyższym symptomom towarzyszą przekonania z tzw. depresyjnej triady Becka, a także dostrzegalne stają się problemy w zakresie funkcjonowania społecznego (izolacja, zaniedbywanie obowiązków). Depresja sprawia, że jednostka traci zainteresowanie czynnościami i aktywnościami, w które zwykła była się angażować, i które sprawiały jej dużo przyjemności. Myśli samobójcze stanowią najbardziej drastyczny element depresji, który może, ale nie musi doprowadzić do podjęcia próby odebrania sobie życia (poruszane także w: Baldwin, Hirschfeld, 2001; Carr, 2004; Greszta, 2006; Hammen, 2006; Pużyński, 2002; Stein, Hollander, 2004).

Kryteria i obraz kliniczny depresji u osób dorosłych nie jest tożsamy z tym, jak jawi się ona wśród dzieci i młodzieży, aczkolwiek klasyfikacje zarówno DSM-IV-TR oraz ICD-10 nie czynią w tej materii kryterialnego rozróżnienia (Greszta, 2006, Hammen, 2006). W odróżnieniu od depresji osób dorosłych, u dzieci i młodzieży dominuje objaw, jakim jest drażliwość, a nie nastrój depresyjny (Hammen, 2006). Carr (2004) podjął próbę wyszczególnienia objawów, jakie towarzyszą depresji występującej wśród dzieci i młodzieży. Opisuje on sześć sfer, w których można zaobserwować kliniczne objawy depresji. Zmiany następują w obrębie: nastroju (nastój depresyjny, anhedonia, poczucie irytacji, występowanie lęków i obaw), zachowania (reakcje psychomotoryczne mogą ulec opóźnieniu bądź jednostka może przejawiać nadmierne pobudzenie, może wystąpić otępienie depresyjne – w ciężkich przypadkach depresji), związków (osłabienie więzi rodzinnych bądź ich rozpad, izolacja odnosząca się do grupy rówieśniczej oraz pogorszenie się wyników w nauce), stanu somatycznego (zmęczenie, trud-

ności ze snem, odczuwanie bólów, brak apetytu lub jego nadmierne przejawy, wynikająca z zaburzenia apetytu zmiana wagi ciała, w ostrych przypadkach depresji, odczuwanie gorszego samopoczucia w godzinach porannych, obniżenie poziomu zainteresowania seksem, bądź jego zanik), zdolności poznawczych (triada depresyjna Becka, poczucie winy osiągające wyższy poziom niż zazwyczaj, myśli samobójcze oraz doświadczanie iluzji związanych z obecnym nastrojem, w przypadku ostrej depresji, zaburzenia poznawcze, trudności z koncentracją, a także kłopoty w zakresie decyzyjności) oraz w percepcji (spospozreganie sytuacji poprzez jej ujemne aspekty, omamy związane z doświadczanym nastrojem, w przypadku ostrej depresji).

Sposób oddziaływania i ewentualny wpływ czynników natury psychologicznej na problematyczne użytkowanie telefonu komórkowego

Znając już specyfikę wyszczególnionych w badaniach czynników psychologicznych warto zastanowić się, w jaki sposób mogą one oddziaływać, bądź tłumaczyć zjawisko, jakim jest problematyczne użytkowanie telefonu komórkowego.

Igarashi i in. (2008, w: Ezoë i in., 2009) sądzą, że właściwości osobowościowe, jakie wiążą się z ekstrawersją (m. in. towarzyskość czy potrzeba kontaktu z innymi) sprawiają, że jednostka jest bardziej narażona na problematyczne użytkowanie telefonu komórkowego. Osoby towarzyskie wybierają telefon komórkowy, by móc kontaktować się z innymi osobami, ponieważ odczuwają taką potrzebę oraz w celu uzyskania niezbędnego poziomu pobudzenia/stymulacji, który osiągają dzięki interakcjom społecznym (Bianchi, Phillips, 2005). Taki sposób myślenia jest racjonalny i w sposób logiczny wyjaśnia, dlaczego to właśnie ekstrawersja a nie introwersja jest czynnikiem ryzyka dla problematycznego użytkowania telefonu komórkowego. Wrażliwość sensoryczna osób introwertywnych jest niska, natomiast poziom ich pobudzenia korowego wysoki (związany z układem siatkowatym), dlatego też stronią oni od nadmiernej stymulacji i poszukują dla siebie cichego i spokojnego otoczenia (Oleś, 2003).

Osoby posiadające niską samoocenę, którym nie wiedzie się w kontaktach towarzyskich odbywających się w sytuacjach twarzą w twarz, mogą czuć się bezpieczniej korzystając w tym celu z telefonu komórkowego. Kulas (1986) nawiązuje do wysokiego poziomu lęku, który charakteryzuje osoby o niskiej samoocenie, może on stanowić przeszkodę w podejmowaniu nowych działań i obniżać motywację. Autorzy niniejszego artykułu sądzą, że pewniejsze, w mniemaniu jednostek o niskiej samoocenie, środowisko cybernetyczne (związane z niebezpośrednią komunikacją) nie wymaga na nich podejmowania towarzyskiego ryzyka i sprawdzania się w nowych sytuacjach społecznych, a nadal

zapewnia możliwość realizowania potrzeby kontaktów społecznych. Dodatkowo, wspomniana wcześniej niechęć osób z niską samooceną do odgrywania przed innymi niechcianej roli, która nie odzwierciedla ich samych, może powodować, że są one w stanie „prawdziwie się otworzyć” dopiero poprzez komunikację, która nie odbywa się twarzą w twarz z rozmówcą. Tym samym może wzmacniać w nich konieczność do korzystania z telefonu komórkowego.

Bianchi i Phillips (2005) natomiast sądzą, że niska samoocena wzmacnia chęć znalezienia swoistego potwierdzenia czy pokrzepienia, jakie osoby o niskiej samoocenie mogą uzyskać dzięki innym ludziom. W tym celu posługują się właśnie telefonem komórkowym. Autorzy ci podobną sugestią wysnuwają w odniesieniu do prezentowanych przez jednostkę objawów depresyjnych, które wiążą z problematycznym użytkowaniem telefonu komórkowego.

W przypadku depresji sytuacja wygląda podobnie, jak u osób z niską samooceną. Osoby bardziej wrażliwe na niepowodzenia w zakresie kontaktów interpersonalnych, są bardziej narażone na eskalację depresyjnego nastroju (Ha i in., 2008).

Yen i współpracownicy (2009) wysnuli następujące przypuszczenia (po przeprowadzeniu badań na adolescentach), które mogą tłumaczyć, dlaczego osoby o większym nasileniu depresji niż przeciętnie, w sposób problematyczny użytkują swój telefon komórkowy. Zwracają oni uwagę na to, że nastrój depresyjny (wywołany m. in. trudnościami w codziennym życiu) powoduje, że młode osoby chcą znaleźć dla siebie odskocznię, a staje się nią świat, znany im z telefonu komórkowego, dzięki któremu nie tylko mają możliwość kontaktu z innymi osobami, ale również mogą korzystać z Internetu czy grać w gry. W takim świecie dostrajają się do problemów, jakie doskwierają im w sferze emocjonalnej. Daje on im również swoiste poczucie kontroli, panowania nad sytuacją.

Inne stanowisko prezentują Kamibeppu i Sugiura (2005, za: Yen i in., 2009). Sądzą, że zależność jest odwrotna, mianowicie to problematyczne użytkowanie telefonu sprawia, że rutynowe aktywności są przez jednostkę zaniedbywane z powodu zakłóceń, jakie w tym rytmie wywołuje nadmierne użytkowanie telefonu komórkowego. Wzmaga to ilość napotykanych przez nią trudności, co w rezultacie wpływa na obniżenie się jej nastroju.

Wiedząc, że u dzieci i nastolatków depresja objawia się inaczej niż u dorosłych (większa rola gniewu), można wysunąć przypuszczenie, że problematyczne użytkowanie telefonu może stanowić swoisty katalizator tego nastroju. Gniew wyrażany poprzez niepodporządkowanie się, np. poleceniom rodziców czy nauczycieli, znajduje ujście w korzystaniu z telefonu. Dodatkowo, telefon zapewnia im kontakt z osobami, które w danej chwili uważają za najbliższe i najpotrzebniejsze. Rozładowanie emocji może w pewien sposób nastąpić szybciej dzięki rozmowie przez telefon czy wysłaniu wiadomości tekstowej do przyjaciela lub przyjaciółki, jeżeli spotkanie twarzą w twarz nie jest w danej chwili możliwe. Może to stanowić powód nadmiernego bądź problematyczne-

go korzystania z telefonu komórkowego. Nie jest możliwe, aby jednoznacznie ocenić czy to depresja wpływa na wzrost użytkowania, czy też samo problematyczne użytkowanie prowadzi w konsekwencji do pogorszenia się nastroju lub nawet depresji.

Podsumowanie

Powyższe rozważania dotyczące zagadnienia, jakim jest problematyczne użytkowanie telefonów komórkowych, pozwalają na pewne uogólnienia. Pokazują, że nadmiernego korzystania z telefonu komórkowego nie można tłumaczyć wyłącznie rozwojem technologicznym. Wyniki badań wskazują na istnienie predyktorów, które mogą wzmacniać bądź nasilać stopień problematycznego użytkowania telefonów komórkowych. Ekstrawersja, niska samoocena oraz depresją znajdują istotne potwierdzenie w badaniach empirycznych. Zdając sobie sprawę z niemożności powstrzymania rozwoju nowych technologii, należy zwrócić baczną uwagę na jej najmłodszych użytkowników. To oni stanowią grupę największego ryzyka. Adolescencja to szczególny czas, w którym jednostka kształtuje swoją osobowość, samoocenę, poszerza grono znajomych i przyjaciół. W tym okresie wiele się dzieje w życiu młodego człowieka. Warto, aby rodzice zwrócili uwagę na to, czy ich dziecko nie przejawia symptomów problematycznego użytkowania telefonu. Zadaniem naukowców jest dalsze badanie tego zjawiska oraz określenie jego precyzyjnych wyznaczników, aby w przyszłości móc zamiast interwencji stosować działania profilaktyczne.

Badania na temat korzystania z telefonu komórkowego są prowadzone, przede wszystkim, w krajach o wyższym poziomie wykorzystywania nowoczesnych technologii niż w Polsce (Korea, Japonia, Chiny, Tajwan). Generalizacja, abstrahująca od różnic kulturowych, może nie oddawać specyfiki naszego kraju. Dlatego wyniki badań, które znajdujemy w literaturze światowej, wymagają potwierdzenia w badaniach prowadzonych w Polsce. Zaprezentowane w tej pracy wnioski powinny być traktowane z pewną ostrożnością.

Literatura cytowana

- Ashton, M. C., Lee, K. (2004). Psychometric properties of the HEXACO Personality Inventory. *Multivariate Behavioral Research*, 39, 329-358. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=cfb75b33-6c87-494f-877c-d65e78696a02%40sessionmgr111&vid=6&hid=123> (04.01.2010).
- Ashton, M. C., Lee, K. (2011). *Scale descriptions*. <http://www.hexaco.org/scaledescriptions.html> (27.03.2011).
- Baldwin, D. S., Hirschfeld, R. M. A. (2001). *Depresja*. Gdańsk: Via Medica.

- Bianchi, A., Phillips, J. G. (2005). Psychological Predictors of Problem Mobile Phone Use. *CyberPsychology & Behavior*, 8 (1), 39-51. DOI: 10.1089/cpb.2005.8.39.
- Billieux, J., Van Der Linden, M., D'Acromont, M., Ceschi G., Zermatten, A. (2007). Does impulsivity relate to perceived dependence on and actual use of the mobile phone? *Applied Cognitive Psychology*, 21, 527-537. DOI: 10.1002/acp.1289.
- Carr, A. (2004). *Depresja i próby samobójcze młodzieży: sposoby przeciwdziałania i reagowania*. Gdańsk: GWP.
- Ehrenberg, A., Juckes, S., White, K. M., Walsh, S. P. (2008). Personality and self-esteem as predictors of young people's technology use. *CyberPsychology & Behavior*, 11 (6), 739-741. DOI: 10.1089/cpb.2008.0030.
- Eysenck, H. J. (1970). *The structure of human personality*. Londyn: METHEUN & CO. LTD.
- Ezoe, S., Toda, M., Yoshimura, K., Naritomi, A., Den, R., Morimoto, K. (2009). Relationships of personality and lifestyle with mobile phone dependence among female nursing students. *Social Behavior and Personality*, 37 (2), 231-238. DOI: 10.2224/sbp.2009.37.2.231.
- Fila-Jankowska, A. (2009). *Samoocena autentyczna: co ukrywamy sami przed sobą*. Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej Akademica.
- Greszta, E. (2006). *Depresja wieku dorastania: zachowania rodziców jako czynnik ochrony lub czynnik ryzyka depresji u dorastających dzieci*. Warszawa: Academica.
- GUS. (2010). *Mały Rocznik Statystyczny Polski 2010*. Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_oz_maly_rocznik_statystyczny_2010.pdf (10.01.2011).
- GUS. (2010). *Sytuacja gospodarstw domowych w 2009 r. w świetle wyników badania budżetów gospodarstw domowych*. Materiał na konferencję prasową w dniu 26.05.2010. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_wz_sytuacja_gosp_dom_2009.pdf (10.01.2011).
- Ha, J. H., Chin, B., Park, D-H., Ryu, S-H., Yu, J. (2008). Characteristics of excessive cellular phone use in Korean adolescents. *CyberPsychology & Behavior*, 11 (6), 783-784. DOI: 10.1089/cpb.2008.0096.
- Hammen, C. (2006). *Depresja*. Gdańsk: GWP.
- Heitzman, J., Wojnar, R. (2007). *Zaburzenia i choroby afektywne*. W: J. Heitzman (red.) *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: PZWL.
- Jenaro, C., Flores, N., Gómez-Vela, M., González-Gil, F., Caballo, C. (2007). Problematic internet and cell-phone use: Psychological, behavioral, and health correlates. *Addiction Research and Theory*, 15 (3), 309-320. DOI: 10.1080/16066350701350247.

- *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne.* (2000). Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Kozielski, J. (1981). *Psychologiczna teoria samowiedzy.* Warszawa: PWN.
- Kulas, H. (1986). *Samoocena młodzieży.* Warszawa: WSiP.
- Mądrzycki, T. (1996). *Osobowość jako system tworzący i realizujący plany.* Gdańsk: GWP.
- McCrae, R. R., Costa, Jr. P. T. (2005). *Osobowość dorosłego człowieka.* Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Oleś, P. (2003). *Wprowadzenie do psychologii osobowości.* Warszawa: Scholar.
- Pużyński, S. (2002). *Depresje i zaburzenia afektywne.* Warszawa: PZWL.
- Stein, D. J., Hollander, E. (2004). *Współchorobowość depresji i zaburzeń lękowych: zespół lęku społecznego, zaburzenia stresowe pourazowe, zaburzenia lękowe uogólnione, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne.* Gdańsk: Via Medica.
- Toda, M., Ezoe, S., Nishi, A., Mukai, T., Goto, M., Morimoto, K. (2008). Mobile phone dependence of female students and perceived parental rearing attitudes. *Social Behavior and Personality*, 36 (6), 765-770. DOI: 10.2224/sbp.2008.36.6.765.
- WHO. (2011). *Mental disorders.* http://www.who.int/topics/mental_disorders/en/index.html (27.03.2011).
- WHO. (2011). *Mental health.* http://www.who.int/topics/mental_health/en/index.html (26.03.2011).
- WHO. (2010). *Mental health: strengthening our response.* <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/index.html> (27.03.2011).
- WHO. (2007). *What is mental health?* <http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html> (26.03.2011).
- Wojciszke, B. (2003). Pogranicze psychologii osobowości i społecznej: samoocena jako cecha i jako motyw. W: B. Wojciszke, M. Plopa (red.) *Osobowość a procesy psychiczne i zachowanie: praca zbiorowa.* Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Yen, Ch-F., Tang, T-Ch., Yen, J-Y., Lin, H-Ch., Huang, Ch-F., Liu, S-Ch., Ko, Ch-H. (2009). Symptoms of problematic cellular phone use, functional impairment and its association with depression among adolescents in Southern Taiwan. *Journal of adolescence*, 32, 863-873. DOI:10.1016/j.adolescence.2008.10.006.
- Zawadzki, B., Strelau, J., Szczepaniak, P., Śliwińska, M. (1998). *Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costy i McCrae. Adaptacja polska. Podręcznik.* Warszawa: PTP.