

W ostatnich dwóch dziesięcioleciach obserwuje się zwiększone zaniepokojenie społeczeństw i zwiększone zainteresowanie badawcze zachowaniami, które umownie nazywa się „nałogami”, a czasami „uzależnieniami behawioralnymi”. W ślad za tym idą oferty terapeutyczne, choć kwestią otwartą jest, czy we wszystkich przypadkach mamy do czynienia z zaburzeniami psychicznymi w sensie medycznym. Z praktycznego punktu widzenia ważnym zagadnieniem jest ustalenie pozycji nozologicznej tej grupy zaburzeń, gdyż implikuje to podejście terapeutyczne.

O TERMINOLOGII I POZYCJI NOZOLOGICZNEJ TZW. NAŁOGÓW BEHAWIORALNYCH

Bogusław Habrat

*Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie*

Niniejszy artykuł jest skrótowną próbą uporządkowania zarówno chaosu terminologicznego, jak i ukazania niejednoznaczności używanych pojęć „nozologicznych”. Zastanowienia się, czy w ogóle mamy do czynienia z zaburzeniami psychicznymi, a jeśli tak, to jaka jest natura tych zaburzeń i gdzie są granice między normą i patologią.

Historia

Część zjawisk współcześnie nazywanych „nałogami behawioralnymi” była znana od wielu wieków i często określana w kategoriach moralnych: „nieumiarkowanie w jedzeniu i picciu”, „przepuszczanie majątku na gry hazardowe”, „hulaszczy tryb życia”, „folgowanie popędom” itp. Część była opisywana przez klasyków psychiatrii, np. oniomania przez Kraepelina. W latach 40. XX w. opisano psychoanalitycznie skłonność do nadmiernego zakochiwania się w kategoriach przypominających uzależnienie. Na przełomie lat 60. i 70. XX w. były alkoholik zauważył, że nadmierna praca „podstawiła” mu się pod alkohol i spełnia te same funkcje patofizjologiczne. Termin „pracoholizm” zrobił niebywałą karierę w potocznym użytku, jednocześnie sugerując podobieństwo do zachowań nałogowych związanych z używaniem substancji. Jak grzyby po deszczu zaczęły pojawiać się nowe „-izmy”, „nałogi” i „uzależnienia” oraz związane z nimi próby terapii oparte na teoriach i praktykach stosowanych w terapii uzależnień.

Ale te same zachowania interpretowano też w innych paradygmatach, nadawano im nazwy typowe dla innych

kategorii diagnostycznych, np. kompulsywne zakupy, kompulsywne praktyki seksualne itp.

Część badaczy zachowywała dystans i określała część tych zjawisk mianem problemowego, np. problemowe korzystanie z (nowych) mediów, hazard problemowy itp.

Przedmiot rozważań

W pierwszym numerze czasopisma „Journal of Behavioral Addictions” redaktorzy zadeklarowali, że obszarem ich zainteresowań są: hazard patologiczny, problemowe używanie komputera i gier wideo, problemowe używanie gier on-line, problemowe korzystanie z sieci społecznościowych, podpalactwo, kleptomania, przemijająca wybuchowość, trichotillomania, onychofagia, skubanie skóry, kompulsywne kupowanie, zaburzenia hyperseksualne, kompulsywne zbieractwo, nałóg uprawiania ćwiczeń fizycznych, pracoholizm, natręctwa, niektóre zaburzenia odżywiania się, *body dysmorphic disorder*, hipochondria, ADHD. W późniejszych numerach w kategoriach nałogów behawioralnych opisywano także: nałogowe opalanie się, nałogowe studiowanie, tzw. uzależnienie od miłości, nałogowe zachowania uliczne, nałogowe korzystanie z usług wróżbiarskich, nałogowa przemoc, nałogowe popełnianie prób samobójczych, cyberchondria, zespół Kleinego-Levina. Niektórzy badacze przypominają, że „zapomniano” np. o nałogowym oglądaniu telewizji. Cechy nałogowości i kompulsywności ma pierwotne patologiczne zbieractwo. Zachowania nałogowe mogą być powodowane jatrogennie, np. stosowaniem leków o powinowactwie do receptorów dopaminowych D3

(zespół dysregulacji dopaminergicznej) lub być wynikiem innych zaburzeń (np. zespół Kleinego-Levina). Katalog ten wydaje się otwarty, bo np. opublikowano kilka prac o nałogowym tańczeniu argentyńskiego tanga. Ciągłe poszerzaną listę „nałogów behawioralnych” można znaleźć w wydawnictwie monograficznym [1].

Czy tzw. nałogi behawioralne są zaburzeniami psychicznymi w sensie ścisłym?

Problem normy i patologii życia psychicznego jest jednym z podstawowych, ale nie do końca wyjaśnionych zagadnień psychiatrii. Z grubsza jest on rozwiązywany w ten sposób, że chorobami psychicznymi nazywa się doznawanie objawów jakościowo odrębnych od przeżyć człowieka zdrowego (np. omamy i urojenia), natomiast zaburzenia psychiczne definiuje się jako takie nasilenie „objawów psychopatologicznych dnia codziennego”, które powoduje znaczący dyskomfort dla osoby, która ich doznaje (np. zaburzenia lękowe) lub otoczenia (np. dyssocjalne zaburzenia osobowości). W zjawiskach o charakterze kontinuum pojawia się problem punktu odcięcia między normą i patologią.

Nieco inne podejście przyjęło Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, które uznało, że zaburzeniem można nazywać tylko znaczące dewiacje (z uwzględnieniem kontekstu kulturowego), które powodują znaczące szkody. Budzi kontrowersje, jak definiować szkody: część badaczy i praktyków ogranicza to pojęcie wyłącznie do ściśle zdefiniowanych szkód zdrowotnych (somatycznych i psychicznych), zaś inni rozszerzają je na bardziej „miękkie” dysfunkcje (np. gorsze wyniki w nauce, luźniejsze relacje z rówieśnikami itp.). Zagadnienie definiowania szkód ma podstawowe znaczenie w rozważaniach nad normą i patologią, granicach między nimi itp.

Podejście syndromologiczne zakłada, że zaburzeniem można nazywać charakterystyczny, typowy zestaw powtarzających się objawów, których wzajemne dynamizmy i relacje czasami można powiązać teoretycznie. Na przykład dość powszechnie stosowany jest tzw. składowy model wszystkich nałogów (używania substancji i behawioralnych) Griffithsa [2]. Według niego typowe dla wszystkich nałogów są:

- dominacja aktywności nad kontrolą racjonalną,
- modyfikujący wpływ substancji lub zachowań na nastrój,

- konieczność zwiększania dawek substancji lub intensywności czynności,
- pojawianie się przykrych objawów w przypadku niemożności używania substancji lub wykonywania czynności,
- przyczynianie się zachowań do powstawania różnych konfliktów,
- nawrotowość.

Jeżeli występują one w charakterystycznym zestawie, zaburzeniom można przypisać charakter nałogowy.

Mimo znaczących postępów rozważań teoretycznych i wspierających ich badań naukowych, powszechnie uważa się, że zarówno „nałogi behawioralne” traktowane jako całość, jak i każde z nich z osobna, są niedostatecznie skonceptualizowane. Znalazło to wyraz m.in. w najnowszej klasyfikacji DSM-5, która za zaburzenia nałogowe uznała jedynie zaburzenia uprawiania hazardu, problemom z kontrolowaniem używania gier komputerowych nadała charakter przedmiotu dalszych badań, a niektóre inne „zachowania nałogowe” (np. hiperseksualizm, nadmierne, niekontrolowane odżywianie się, pierwotne zaburzenia zbieractwa) umieściła w innych grupach zaburzeń [3].

Zwraca się jednak uwagę i na inne interpretacje problemowych zachowań „nałogowych”. Podnosi się m.in., że nie spełniają one wielu innych kryteriów chorób: sprecyzowanego czynnika etiologicznego, dobrze opisanych procesów patogenetycznych, braku objawów patognomicznych, typowego dla chorób przebiegu i zejścia [4]. Część teoretyków rozumie nałogi behawioralne jako zaburzenie, czyli dewiacja + szkody nią spowodowane. Ale inni przydają im charakter jedynie wyuczonych zachowań, które choć dezadaptatywne – nie są zaburzeniem.

Inni wskazują na szerszy kontekst interpretacyjny. Współczesna cywilizacja, wbrew deklaracjom, jest mało tolerancyjna i ma tendencje do patologizowania i medykamentowania zachowań problemowych. Patologizowanie nakręca rynek usług korekcyjnych, a medykamentacja otwiera refundację terapii ze środków publicznych.

Zwraca się również uwagę, że przyjmując współczesne kryteria „nałogów behawioralnych”, u połowy, a nawet u większości populacji można „rozpoznać” taki lub inny nałóg behawioralny, co stawia pod znakiem zapytania kwestię, czy zachowania większości można nazwać dewiacyjnymi [5].

Pomijając te rozważania i wątpliwości, intuicyjnie można wyczuć, że przynajmniej część skrajnie nasilonych „nałogów behawioralnych” spełnia kryteria zaburzenia psychicznego. Problemem pozostaje granica między normą a patologią. Próby wyznaczenia tej granicy opierają się bądź na kryteriach statystycznych bądź opisowych. Statystyczne punkty odcięcia wyznaczane są np. przez dwa odchylenia standardowe od średniej, ekstremalne wartości 5% lub 10 percentyli. Kryteria opisowe polegają na spełnianiu wszystkich lub większości objawów uznanych za najbardziej charakterystyczne. W tym drugim przypadku najczęściej dochodzi do nadrozpoznowalności (nieakceptowalnie, czasami absurdalnie dużo rozpoznań fałszywie pozytywnych).

„Nałogowość” i „uzależnienowość”

Pierwsze współczesne opisy „pracoholizmu”, „uzależnienia od miłości” i „seksoholizmu” opierały się na wykazywaniu podobieństw między nimi i nałogowym używaniem lub uzależnieniem od substancji i w ich opisie stosowano aparat pojęciowy użyteczny do opisu nałogów/uzależnień od substancji. Powstała unitarystyczna teoria nałogów, która wychodziła z założenia, że potencjał uzależniający ma nie tyle substancja, co szeroko rozumiane okoliczności jej przyjmowania. W tym sensie może „powstać uzależnienie bez substancji”, bo niektóre zachowania mogą prowadzić do takiego samego nagradzania przyjemnością, jak stany po użyciu substancji. Nagradzanie przyjemnością (warunkowanie pozytywne) jest kluczowym pojęciem w teoriach dotyczących patogenezy nałogów. Zwraca się uwagę, że i nałogowe używanie substancji i nałogi behawioralne łączy ego-syntonia, czyli zgodność cech osobowości (np. hedonizm) z przyjemnymi gratyfikacjami. Stąd ambiwalentny stosunek nałogowców do nałogu: używanie substancji i powtarzające się zachowania nałogowe są przyjemne, a dyskomfort powoduje jedynie ponoszenie skutków używania substancji/zachowania.

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (OCD)

Odwrotnie ma się rzecz z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi. Podobnie jak w przypadku zachowań nałogowych znaczącą rolę odgrywa odczuwanie przymusu powtarzania zachowań. W OCD mamy natomiast

do czynienia z odczuwaniem dyskomfortu z powodu przymusu zachowań, które są sprzeczne z systemem wartości (np. wyrzuty sumienia, że nałogowa praca, zawłaszcza czas, który mógłby być poświęcony rodzinie jest wykorzystywany właśnie na pracę) (ego-dystonia). OCD są na tyle uprzykrzające życie, że chorzy zazwyczaj intensywnie poszukują pomocy w pozbyciu się natręctw.

Dwie grupy zaburzeń

Odmienny stosunek do odczuwania przymusu rozmyślań o używaniu substancji lub wykonywania czynności stał się podstawą do dychotomicznego podziału tej grupy zaburzeń.

Wyodrębniono dwie duże podgrupy. Jedną stanowią zaburzenia o naturze nałogowej lub podobnej do nałogowej, a drugą zaburzenia bliższe ego-dystonicznym natręctwom [6]. Pierwszą, hedonistyczną, „bardziej nałogową” mają stanowić:

- picie alkoholu,
- palenie tytoniu,
- używanie nielegalnych i legalnych substancji,
- uprawianie hazardu,
- nałogowe uprawianie seksu,
- dominacja lub submisja w stosunkach intymnych.

Natomiast w skład drugiej, „bliższej natręctwom”, mają wchodzić:

- kompulsywne pracowanie,
- kompulsywne zakupy,
- zaburzenia odżywiania się,
- nałogowe uprawianie ćwiczeń fizycznych,
- kompulsywne pomaganie lub korzystanie z pomocy.

Ale i ta próba podziału nie jest doskonała, gdyż nawet w obrębie jednego zachowania nałogowego mogą znajdować się co najmniej dwa podtypy. Na przykład czasami pracoholizm dzieli się na „entuzjastyczny” (z dużą składową pozytywnie gratyfikującą, małymi szkodami, a czasem nawet dużymi osiągnięciami zawodowymi) oraz „właściwy”, postrzegany jako narzucony przez okoliczności, niedający satysfakcji oraz powodujący dyskomfort, zaburzenia psychosomatyczne i czyniący szkody w funkcjonowaniu rodzinnym, mierne wyniki pracy zawodowej. Podobnie hiperseksualizm może być hedonistyczno-radosny lub powodujący wyrzuty sumienia z powodu niepanowania nad demonem pożądania, a czasem i różne szkody (porzucanie przez zdradzanych partnerów, choroby przenoszone drogą płciową itp.).

Co wynika z niejednoznaczności pozycji nozologicznej „nałogów behawioralnych”?

Z niepokojem należy obserwować tendencję do jednostronnej interpretacji tak skomplikowanego zagadnienia, jakim są „nałogi behawioralne”. Dotyczy to m.in. patologizacji zachowań, które niekoniecznie muszą być chorobami, zaburzeniami, uzależnieniami, nałogami, natręctwami, odrębnymi jednostkami nozologicznymi, a co najwyżej mogą być wyuczonymi zachowaniami prowadzącymi do adaptacji, która z czasem może okazać się dysfunkcjonalna.

Drugie zagadnienie to tendencja do medykalizacji, co wydaje się zarówno zjawiskiem kulturowym (niepokojące zachowania skłaniają do nieangażowania się w rodzicielskie lub przyjacielskie postawy wspierające i zdroworozsądkowo pomocowe, a zamiast tego preferują odsyłanie osób z problemami do profesjonalistów), jak i ekonomicznym (kreowanie potrzeb w zakresie interpretowania problemów jako zaburzeń i oferowanie terapii, najlepiej refundowanej).

Poważnym problemem jest niedostateczna konceptualizacja „nałogów behawioralnych” i wynikające z nich używanie kiepskich kryteriów diagnostycznych i narzędzi, co przekłada się na nadrozpoznanie „zaburzeń” (zbyt wielka, wykraczająca poza zdrowy rozsądek liczba rozpoznań fałszywie pozytywnych).

Niepokoje też tendencja do sprzecznego z aktualnym stanem wiedzy przypisywania tej grupie zaburzeń wyłącznie charakteru nałogowego lub – jeszcze gorzej – natury uzależnieniowej. Znalazło to wyraz m.in. w zakotwiczeniu się pojęcia „uzależnienia behawioralne” nawet w polskim prawie, co jest powielane w licznych publikacjach na ten temat.

Psychiatria raczej wycofuje się z pojęcia „uzależnienia”, ograniczając ten termin wyłącznie do uzależnień od substancji psychoaktywnych, w których mechanizmy nałogowe mogą prowadzić do licznych powikłań, w tym do uzależnienia. To medyczne (psychofarmakologiczne i kliniczne) pojęcie ma się cechować głównie dwoma precyzyjnie zdefiniowanymi zjawiskami: zespołami odstawiennymi (abstynencyjnymi) i zmianą (zazwyczaj zwiększeniem tolerancji). Objawy zespołu abstynencyjnego muszą cechować się specyficznością dla substancji (np. wzmożona potliwość dla uzależnienia od alkoholu; senność, wzmożony apetyt i depresja dla kokainy; bóle

mięśniowo-stawowe, łzawienie z oczu, biegunka przy odstawieniu opioidów itp.). Tymczasem w przypadku uniemożliwienia lub utrudnienia wykonywania czynności można mówić co najwyżej o niespecyficznych ekwiwalentach objawów abstynencyjnych (drażliwość, niepokój, odczuwanie dyskomfortu psychicznego) charakterystycznych raczej dla frustracji. To samo dotyczy zjawiska zwiększenia tolerancji. W psychofarmakologii zjawisko to jest precyzyjnie opisane zarówno w odniesieniu do tolerancji farmakokinetycznej (indukcja enzymów, które metabolizują egzogenną substancję psychoaktywną), jak i farmakodynamicznej (zmiana liczby i wrażliwości receptorów dla danej substancji psychoaktywnej). Trzeba jednak przyznać, iż nie można wykluczyć, że i w „nałogach behawioralnych” może dochodzić do podobnych dynamizmów neuroadaptacyjnych, tylko w odniesieniu do substancji endogennych (np. adaptacja do nadmiernego uwalniania endogennych substancji morfinopodobnych w przypadku nałogowego uprawiania ćwiczeń fizycznych).

Więc jeśli nie „uzależnienie”, to może „nałóg”? W przypadku przynajmniej niektórych „nałogów behawioralnych” wydawałoby się to zasadne. Jednak kubłem zimnej wody okazała się klasyfikacja zaburzeń psychicznych DSM-5, w której uznano, że nie ma wystarczającej liczby dowodów naukowych, aby do grupy zaburzeń nałogowych, oprócz zaburzeń używania substancji i zaburzeń uprawiania hazardu, zaliczyć jakikolwiek inny „nałóg behawioralny”.

Stoi to w pozornej sprzeczności z powszechnym posługiwaniem się językiem addyktologicznym do wyjaśniania mechanizmów powstawania zaburzeń oraz przełożeniem tego na metody i techniki terapeutyczne. Okazuje się jednak, że aparat pojęciowy zaczerpnięty z innych założeń teoretycznych jest równie przydatny w opisie patogenezy i może być zastosowany z podobną skutecznością do terapii.

Wyniki terapii opartych na różnych założeniach teoretycznych są (z wyjątkami) zbliżone, a ich analiza porównawcza dość złożona (bardzo duża rola czynników niespecyficznych).

W świetle współczesnej wiedzy nazywanie tej grupy problemowych zachowań terminami: „-izmy”, „nałogi”, „uzależnienia”, „natręctwa”, „kompulsje” wydaje się przedwczesne i budzi obawy, że jest nieuzasadnionym forsowaniem interpretacji teoretycznej i wynikających z tego określonych terapii. Budzi to sprzeciw podobny jak

w przypadku forsowania zbitki pojęciowej „marihuana medyczna”, której celem jest „zmiękczenie” negatywnej konotacji związanej z pojmowaniem marihuany jako narkotyku, poprzez przymiotnik „medyczny”, który ma raczej konotację pozytywną.

Przeciwieństwem takiej postawy redukcjonistycznej i monopolizującej rozumienie zjawisk określanych mianem „nałogów behawioralnych” wydaje się postawa otwarta na argumentację naukową i czerpiąca satysfakcję z obserwowania przyrostu wiedzy, który przybliży nas do sedna zagadnienia. Efektem tego powinny być interwencje, oddziaływania, procedury i terapie, które będą bardziej dostosowane do potrzeb osób cierpiących, a co za tym idzie – bardziej efektywne.

Bibliografia

1. Habrat B. (red.), „Zaburzenia uprawiania hazardu i tak zwane nałogi behawioralne”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2016.
2. Griffiths M.D., „A ‘components’ model of addiction within a biopsychosocial framework”, *Journal of Substance Abuse* 2005, 10: 191-197.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*, APA, Washington 2013.
4. Levis M., „Why addiction is not a disease?”, *Journal of Behavioral Addiction* 2015, 4: suppl. 4, 4-4.
5. Sussman T., Lisha N., Griffiths M.D., „Prevalence of the addiction: A problem of the majority or the minority?”, *Evaluation of Health Professionals* 2011, 34: 3-56.
6. Haylett S.A., Stephenson G.M., Lefever R.M.H., „Covariation in addictive behaviors: A study of addictive orientations using Shorter PROMIS Questionnaire”, *Addictive Behaviors* 29: 61-67.