

---

# Uwagi na temat tak zwanych nałogów behawioralnych

Bogusław Habrat

Tak zwane nałogi behawioralne są przedmiotem coraz większego zainteresowania nie tylko badaczy, klinicystów, ale i opinii publicznej. Język addyktologiczny dość dobrze tłumaczy mechanizmy nałogów behawioralnych i jest dość skuteczny w terapii. Niezależnie od wagi problemu, w przypadkach najbardziej zaawansowanych znaczącym problemem pozostają: konceptualizacja pojęcia nałogu behawioralnego, wytyczenie granic patologii i kryteria diagnostyczne. Niepokojącym zjawiskiem jest rozciąganie paradygmatu i kryteriów diagnostycznych uzależnień od substancji na nałogi behawioralne, co może prowadzić do wielu fałszywie dodatnich rozpoznań. Równie niebezpieczny jest otwarty katalog zachowań, które mogą mieć potencjał addyktywny. Na obecnym etapie wiedzy nałogi behawioralne powinny być przedmiotem wnikliwych badań dotyczących ich etiologii i patogenezy. Konieczna jest rewizja paradygmatu i kryteriów diagnostycznych.

## Wprowadzenie

Do niedawna tzw. nałogi (uzależnienia) behawioralne, poza patologicznym hazardem, były przedmiotem raczej marginalnego zainteresowania badaczy i klinicystów.<sup>1</sup> Wynikiem tego jest mały udział tych zaburzeń w wielkich klasyfikacjach: międzynarodowej – ICD-10 i amerykańskiej – DSM IV, gdzie ich kryteria diagnostyczne są opisane zdawkowo, pozycja nozologiczna jest niejasna, a zaburzenia te przypisywane są różnym większym i raczej heterogennym grupom zaburzeń (np. zaburzeń kontroli impulsów lub natręctw). W przeddzień końcowych prac nad nowymi klasyfikacjami istota nałogów behawioralnych jest przedmiotem kontrowersji i dyskusji, które nawet w przypadku podjęcia arbitralnych decyzji klasyfikacyjnych i diagnostycznych nie wydają się jednoznacznie rozstrzygać sporów, wątpliwości i dyskusji.

## Krótką historia nałogów (uzależnień) behawioralnych

Opisy nabytych, głównie drogą wyuczenia, natrętnych zachowań, których celem jest sprawianie przyjemności, głównym mechanizmem – upośledzenie ich kontrolowania, a skutkami – różne szkody społeczne i zdrowotne – można znaleźć w licznych przekazach słownych i pisanych, w tym: w literaturze pięknej i starszych podręcznikach psychiatrii. W zależności od dominującej świadomości społecznej, upośledzenie kontrolowania zachowań związanych z doznawaniem przyjemności bywało różnie interpretowane. W społeczeństwach mieszczańskich było przykładem zachowań niemoralnych będących

wynikiem nieprzestrzegania ogólnie przyjętych sprawdzonych norm, w których dominującą rolę odgrywały cnoty dochodzenia do sukcesu drogą sprawdzoną, pełną wyrzeczeń i omijania ułudy krótkotrwałej przyjemności, która zwodziła z drogi odroczonej gratyfikacji. Wsparciem tych poglądów był neoewolucjonizm, który rozwinął teorię hierarchicznej budowy mózgu, w myśl której ewolucja OUN „dąży ku górze i ku przodowi”, a ośrodki filegenetycznie najmłodsze („najbardziej ludzkie”) przejmują kontrolę nad ośrodkami starszymi (występującymi już w świecie zwierzęcym). W myśl tej teorii, stojący na szczycie piramidy ewolucyjnej Człowiek ma najlepiej rozwinięty „narząd czołowy” (korę przedczołową), której funkcjami, oprócz moralności i estetyki, jest również zdolność antycypowania wydarzeń oraz niereagowania frustracją na przesunięcie w czasie różnych form gratyfikacji.<sup>2</sup> Zachowania niemoralne są więc wynikiem niedorozwoju narządu czołowego lub jego połączeń z resztą mózgu (niedorozwoje, psychopatie), mechanicznego lub toksycznego uszkodzenia tych struktur (encefalopatie, otępienia), wynikiem dyssolucji pod wpływem nieznanymi czynników (schizofrenia, choroby afektywne) bądź wynikiem braku kontaktu z kulturami wyższymi (socjopatie). W tym ujęciu upośledzenie kontroli zachowań miało charakter zaburzeń moralnych, ale uwarunkowanych głównie czynnikami biologicznymi.

Podejście psychoanalityczne upatruje przyczyn wielu zaburzeń psychicznych w konflikcie między dominującą na przełomie XIX i XX w. etyką normatywną, będącą przejawem moralności mieszczańskiej lub burżuazyjnej (superego), a „prawdziwymi” indywidualnymi potrzebami uwarunkowa-

nymi również biologicznie (id). Wydaje się, że myślenie psychoanalityczne było czynnikiem spustowym prądów umysłowych i spontanicznych reakcji społecznych, by wahadło światopoglądów z dominowaniem racji społecznych nad indywidualnymi, postaw ascetycznych i norm moralnych zaczęło zwracać się ku indywidualizmowi i postawom hedonistycznym. Dążenia hedonistyczne były zawsze limitowane hierarchiczną strukturą społeczeństwa i przewlekłym niedoborem dóbr na rynku. To, co dzisiaj nazywamy uzależnieniami behawioralnymi, występowało głównie w bogatszych warstwach społecznych, natomiast jedno z podstawowych źródeł przyjemności – seks – było limitowane religijnie, później obciążeniami wynikającymi z dużej rodziny oraz względami sanitarnymi (zakażenia przenoszone drogą płciową, HIV).

Wiek XX, a szczególnie jego druga połowa, i wiek XXI cechują się niezwykłym nagromadzeniem czynników sprzyjających wszelkiego rodzaju nałogom i uzależnieniom:

- zmniejszenie wpływu systemów religijnych i innych normatywnych systemów moralnych zakazujących zachowań potencjalnie uzależniających;
- coraz większy wpływ ideologii liberalnych kontestujących wpływ systemów religijnych i społecznych na prospołeczne zachowanie jednostki, a kładących nacisk na jej prawa (w tym do szczęścia i przyjemności) – przykładem są systemy wychowawcze opierające się wyłącznie na stosowaniu nagradzania i zakazie stosowania kar;
- zmniejszanie atrakcyjności postaw wyrzeczeniowych, poświęcania się, ascezy, prospołecznych i altruistycznych na rzecz postaw konsumpcyjnych, zabawowych, transakcyjnych;
- zmniejszanie się dezaprobaty społecznej dla zachowań konsumpcyjnych i egoistycznych;
- reagowanie producentów na oczekiwania konsumentów, a także kreowanie tych oczekiwań o niespotykanych rozmiarach.
- egzystencjalne zagubienie w zmieniającej się hierarchii wartości;
- zwiększona dostępność (zwiększona podaż, bogatsze społeczeństwo) zarówno legalnych (alkohol, wyroby tytoniowe, kawa), jak i nielegalnych substancji psychoaktywnych (narkotyki) oraz dóbr konsumpcyjnych (pełne sklepy, dostępność hazardu, agresywne reklamy, atrakcyjne wyrefinowane techniki medialne) i sposobów spędzania wolnego czasu;
- brak powszechnie atrakcyjnej alternatywy dla postaw konsumpcyjnych;
- mało efektywne oferowanie rozwiązań tych problemów w sposób (biadolenie, moralizatorstwo, apele, propozycje alternatywnych uzależnień od ideologii, chęć powrotu do „tego, co było”, a nie tego, co jest i co będzie, kampanijne wojny narkotykowe lub „przeciwnałogowe”).

Wszystkie te czynniki w dużej mierze przyczyniły się do gwałtownego zwiększenia spożycia substancji psychoaktywnych legalnych i nielegalnych oraz zwiększenia liczby zaburzeń z nimi związanych – w tym uzależnień. Tradycyjna psychiatria nie radziła sobie z leczeniem użytkowników

substancji psychoaktywnych. Główny skok w leczeniu takich osób przyniosły ruchy samopomocowe posługujące się swoistym, nieakademickim, ale skutecznym aparatem pojęciowym. Po jego przełożeniu na język akademicki (tzw. model minnesocki) i wchłonięciu wielu innych teorii rozwoju i wychodzenia z nałogu powstały liczne, choć wywodzące się z jednego pnia odmiany modelu nałogów. Stały się one dominującą formą terapii dla osób uzależnionych od substancji. Przy okazji zauważono, że wśród uzależnionych od substancji znacznie częściej niż w populacji ogólnej występują problemy „nałogów behawioralnych”: patologiczne się uprawianie hazardu, nałogowe zaspakajanie potrzeb seksualnych, nieracjonalne zakupy, pracoholizm itp. Okazało się, że język addyktologii zarówno dość dobrze wyjaśnia mechanizmy nałogów behawioralnych, jak i nadaje się do zastosowań terapeutycznych.

Cechą społeczeństw jest większa obawa przed niebezpieczeństwami związanymi z nowymi zjawiskami, przy stosunkowo wyważonych, a nawet zbyt małych reakcjach na stare zagrożenia. Przykładem tego są spokojne, zachowawcze reakcje na palenie tytoniu, które powoduje w Polsce kilkadziesiąt tysięcy zgonów rocznie, lub na picie alkoholu, które przyczynia się do kilkunastu-dwudziestu kilku tysięcy zgonów rocznie i ogromnych szkód związanych z przestępczością, niesprawnościami, zmniejszoną produktywnością, agresją w rodzinie, demoralizacją. Tymczasem emocje budzą kolejne nowelizacje ustaw antynarkotykowych, choć liczba zgonów z ich powodu nie przekracza rocznie 300, a liczba uzależnionych od opioidów nie przekracza 30 000. Potwierdza to obserwowana niedawno „histeria dopalaczowa”, która skupiła zainteresowanie opinii publicznej na tym, co prawda groźnym, ale jednak marginalnym zagadnieniu.

Podobnie ma się sprawa z nałogami behawioralnymi. Niepokoje społeczne spowodowane ich przejawami wydają się przesadne w stosunku do rozmiarów, a przede wszystkim szkodliwości zjawiska. Część socjologów i psychologów społecznych skłania się wręcz ku stanowisku, że tzw. nałogi behawioralne są typowym sztucznym bytem, wykreowanym i proponowanym jako problem do rozwiązania.

### Uwagi terminologiczne

W języku angielskim są co najmniej dwa terminy: „addiction” i „dependence”, które bywają używane zamiennie, albo – częściej – przypisuje się im dwa zakresy pojęciowe. Addiction jest bliższe polskiemu słowu nałóg, natomiast dependence to raczej uzależnienie. Addiction ma podkreślać psychologiczny aspekt procesu (czasami uzależnienie psychiczne bez objawów somatycznych uzależnienia) z jego mechanizmem wyuczonego pozytywnym wzmocnieniem patologicznego zachowania. Dependence natomiast składa się z części psychologicznej (addiction) oraz z mechanizmów biologicznych: tolerancji i objawów abstynencyjnych. Rzadziej bywa odwrotnie: addiction jest ter-

minem szerszym, zawierającym dwie składowe: psychological addiction i physical addiction.

Podkreśla się zmienność zakresu terminu addiction. Do niedawna był on zarezerwowany dla substancji psychoaktywnych, natomiast potocznie mówiło się o „uzależnieniu od innej osoby”, od czytania itp. Obecnie to naukowo zawężone pojmowanie uzależnienia od substancji zaczyna zbliżać się do niektórych pojęć obiegowych.<sup>3</sup>

Próby przypisania nałogów behawioralnych, do którejsz już istniejących grup nozologicznych opierają się na analizowaniu ich podobieństw i różnic. Stosunkowo najwięcej podobieństw dotyczy uzależnień od substancji psychoaktywnych. Dlatego w opracowywanym DSM-V ma powstać nowa grupa zaburzeń: „Nałogi i zaburzenia pokrewne” (Addiction and Related Disorders), która będzie zawierać zarówno uzależnienia od substancji, jak i nałogi behawioralne. Rozwiązanie to podkreśla zarówno cechy wspólne (jedna kategoria), jak i odrębności (dwie podkategorie).

Za wspólne z uzależnieniami od substancji cechy nałogów behawioralnych uważa się m.in.: podobnie jak używanie substancji psychoaktywnych, niektóre zachowania mogą powodować przyjemność, a co za tym idzie takie wzmacnianie pozytywne może powodować powtarzanie tych czynności, aż do upośledzenia lub nawet utraty kontroli nad nimi mimo ewidentnych dowodów na szkodliwe konsekwencje, jakie to zachowanie powoduje. Upośledzenie/utrata kontroli zachowania jest jednym z dość swoistych objawów nałogu lub uzależnienia od substancji.

Innym poważnym argumentem za pokrewieństwem uzależnień od substancji i nałogów behawioralnych jest częstsze niż wynikałoby to z przypadku ich współwystępowanie. Dotyczy to zarówno nałogów behawioralnych u osób uzależnionych od substancji, jak i odwrotnie: częstszego używania substancji przez osoby z nałogami behawioralnymi. Dodatkowym argumentem jest często obserwowane zjawisko zastępowania zaleczonych uzależnień od substancji nałogami behawioralnymi.

Również przebieg – przewlekły z dużą nawrotowością – jest zbliżony w obu grupach zaburzeń. Zaczynają się w młodym wieku, początki w wieku starszym są rzadkością. W obu przypadkach nierzadkie są spontaniczne (bez zewnętrznej interwencji) remisje.

Podkreśla się również, że uzależnienia od substancji i uzależnienia behawioralne cechują się zgodnością z ego (są przyjemne, akceptowalne i wypływają z całej osobowości), podczas gdy w natręctwach występuje nieprzyjemne poczucie obcości natręctw. Stan ten jest jednak dynamiczny i może się zmieniać.

Nadal nierozstrzygnięte jest jednak, które z nałogów behawioralnych zaliczyć do twojej nowej grupy zaburzeń. Wydaje się, że najmniejsze szanse mają patologiczny hazard i kleptomania, które już są opisywane w kategoriach kręgu zaburzeń upośledzenia kontroli impulsów. Natomiast ciągle nie zdecydowano, gdzie zaklasyfikować: natrętne kupowanie,

patologiczne nakłuwanie się, nałogowy seks (non-paraphilic sexuality), nadmierne opalanie się, używanie komputera/gier komputerowych, nałogowe używanie internetu.<sup>4,6</sup>

### Trudności w formułowaniu kryteriów diagnostycznych

Umieszczenie patologicznego hazardu w DSM-IV jako odrębnej jednostki wynikało m.in. z tego, że w przeciwieństwie do innych nałogów behawioralnych, gdzie granica między normą a patologią jest często arbitralna i uwarunkowana kulturowo, w patologicznym się uprawianiu hazardu skutki niekontrolowanego, absurdałnego pod względem zdroworozsądkowym zachowania są wymierne klinicznie (zespoły depresyjne, napady paniki, próby samobójcze) oraz finansowo i osiągają nieraz wymiary dewastujące życie w wielu płaszczyznach (gigantyczne długi bez szans na spłacenie, łamanie prawa w celu zdobycia pieniędzy, kontakty ze światem przestępczym i mafijnym, rozkład życia rodzinnego, rozerwanie więzi międzyludzkich, załamanie kariery zawodowej itp.). Ale niezależnie od dość powszechnej zgody, że patologiczny hazard jest potężnym problemem także psychopatologicznym i klinicznym, wykazuje się słabość całej koncepcji i paradygmatu, w jakim próbowano go wyjaśniać.<sup>7,8</sup> W szczególności podkreśla się, że zawarty w DSM-IV (ale i gdzie indziej też) opis patologicznego hazardu jest – co prawda – użyteczny klinicznie, ale nie spełnia podstawowych wymogów metodologicznych dotyczących klasyfikowania (szczególnie pod względem nozologicznym). Dotyczy to m.in. braku objawów patognomicznych lub dość swoistych oraz opisu głównie przez skutki patologicznego hazardowania się. Wykazano, że 58% objawów psychopatologicznych zgłaszanych przez uprawiających hazard (zarówno patologicznie, jak i bez problemowych następstw) nie ma żadnego związku z hazardem. Nazwano je zespołem cienia (shadow syndrome).<sup>8</sup>

Opisywanie nałogów behawioralnych przez opisy współwystępujących lub spowodowanych nałogami skutków jest nieprawidłowością metodologiczną. Z tego też względu podaje się w wątpliwość istniejące kryteria diagnostyczne zaburzeń z kręgu „uzależnienia od seksu”. Koncepcje opisowe bywają użyteczne w celach terapeutycznych, jednak większość kryteriów cechuje się nieakceptowalnie dużym współczynnikiem rozpoznania fałszywie dodatnich. Tak szerokie, nieswoiste kryteria przy jednocześnie otwartym katalogu „-holizmów” prowadzą do paradoksalnej sytuacji, polegającej na tym, że „uzależnionych” jest więcej niż nieuzależnionych, co każe weryfikować, co jest normą, a co patologią.<sup>9</sup>

Znaczącym problemem jest używanie narzędzi diagnostycznych wywodzących się z uzależnień, głównie od alkoholu, w których słowo „alkohol” zastępuje się nazwą zachowania, któremu przypisuje się właściwości nałogowe. Taka uproszczona adaptacja skonstruowanego do konkretnego celu narzędzia przesiewowego owocuje fałszywie dodatnimi wynikami. Powszechnym nadużyciem jest również rozcią-

ganie kryteriów uzależnienia od substancji na nałogi behawioralne. W szczególności dotyczy to somatycznych objawów uzależnienia. O ile w niektórych nałogach behawioralnych dochodzi do pewnej eskalacji zachowań, która nieco przypomina tolerancję farmakologiczną, to w odniesieniu do zespołów abstynencyjnych, które mają rzekomo mieć miejsce w nałogach behawioralnych, tendencyjnie pomija się bardzo istotną cechę, jaką jest swoistość objawów odstawiennych. W nałogach behawioralnych po zaprzestaniu czynności nałogowej występują głównie psychologiczne objawy frustracji i deprivacji, lękowego oczekiwania itp.

### Kontekst społeczny nałogów behawioralnych

Jednym z podstawowych wniosków wypływających z psychiatrii międzykulturowej jest konieczność stwarzania systemów diagnostycznych z maksymalnym odrzuceniem czynników natury kulturowej. Nałogi behawioralne są natomiast przykładem paradygmatu uwarunkowanego społecznie. Obserwuje się, że te same zachowania zmieniają konotację w zależności od przemian kulturowych: przesuwiają się granice i znaki wartościujące między pracowitością a pracoholizmem, troskliwością i opiekuńczością a nadopiekuńczością, poświęcaniem się żmudnemu kolekcjonerstwu a patologicznym zbieractwem, jurnością a uzależnieniem od seksu, dbaniem o swoją fizyczność a uzależnieniem od ćwiczeń i opalania się itp. Jednocze-

śnie te same zachowania w różnych kulturach bywają interpretowane skrajnie odmiennie.

Istotnym czynnikiem kulturowym jest niepokój o zachowania nowe, a bagatelizowanie starych. Szczególnie wyraźne jest to w przypadku nałogowego używania komputera, gier komputerowych i internetu, które budzi i zaniepokojenie i jest przedmiotem badań w stopniu znacznie większym niż nałogi związane ze starymi mediami: radiem, telewizją, zbieraniem płyt gramofonowych itp. Podobnie, niepokój budzi zainteresowanie pornografią internetową, przy znacznie mniejszym zainteresowaniu pornografią „klasyczną” (drukowaną).

### Piśmiennictwo

1. Habrat B. Uzależnieniowa wizja świata. *Post Psychiatrii Neurol.* 2000;9:491-493.
2. Mazurkiewicz J. Wstęp do psychofizjologii normalnej. Tom I. Ewolucja aktywności korowo-psychicznej. PZWL, Warszawa 1950.
3. Holden C. "Behavioral" addictions: do they exist? *Science.* 2001;294:5544, 580-583.
4. Holden C. Behavioral addictions debut in proposed DSM-V. *Science.* 2010;327:935-936.
5. Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, et al. Introduction to behavioral addictions. *Am J Drug Alc Abuse.* 2010;36:233-241.
6. Martin PR, Petry N. Are non-substance related addictions really addictions? *Am J Addictions.* 2005;14:1-7.
7. DSM-V Project Prelude. 2007. DSM-V research planning activities: DSM-V White Papers. <http://www.dsm5.org/planning.cfm>
8. Boudreau A, Labrie R, Shaffer HJ. Towards DSM-V: "Shadow Syndrome" symptom patterns among pathological gamblers. *Addiction Res Theory.* 2009;17:406-419.
9. de Assis M. *Psychiatra. W: Lustró i inne opowiadania.* Wyd. Literackie, Kraków 1975, 171-221.