
Rozdział 1

Kwestie terminologiczne i charakterystyka pojęcia „uzależnienie” i „nałóg”

Na wstępie przyznaję, że nie lubię słów „uzależnienie” ani „nałóg” (*addiction*). Nie jestem w tym odosobniony – lekarze teoretycy i klinicyści usiłowali już zmienić tę terminologię. Każda książka zawierająca te wyrazy w tytule będzie budzić podejrzenia co do jej rzetelności, bezstronności i rozległości ujęcia tematu. „Nałóg” ogromnie interesuje jednak opinię publiczną. Każdy przecież zna kogoś „uzależnionego” od czegoś. Istnieją poważne powody, dla których naukowcy nie lubią tego słowa.

Po pierwsze, termin ten jest nienaukowy. Nie znajdzie się o nim wzmianki w najlepszym diagnostycznym podręczniku o zaburzeniach psychicznych, inny zaś, dotyczący klasyfikacji zaburzeń umysłowych i behawioralnych, kieruje czytelników szukających terminu „nałóg” do „zespołu uzależnienia”. Wprawdzie ukazują się czasopisma naukowe zawierające to słowo w tytule, ale większość publikowanych w nich artykułów dotyczy problemów z różnymi substancjami i rzadko wspomina się w nich o tzw. nałogach czynnościowych albo behawioralnych (na przykład uzależnieniu od gier hazardowych). To powinno uświadomić nam, jak mało z naukowego punktu widzenia wiemy o uzależnieniach czynnościowych, chociaż ostatnio pojawiło się kilka niezwykle interesujących prac na temat zaburzenia polegającego na przymusowym uprawianiu hazardu. „Nałóg” to doskonale słowo, gdy ktoś chce mówić o zachowaniach wymykających się spod kontroli, ale ponieważ jest nieprecyzyjne, umieszczam je w cudzośłowie. Jeżeli „nałóg” lub „uzależnienie” oznaczają „przymusowe, nieopanowane użycie niebezpiecznej substancji”, to czy zakres tej definicji obejmuje również „uzależnienie” od telefonu komórkowego? Naukowcy nie mogą żyć i pracować z takim brakiem precyzji.

Po drugie, termin ten jest zbyt rozległy, niejasny i błędnie rozumiany. Ludzie beztrąsko twierdzą, że są „uzależnieni” od kawy, słodczy, gier komputerowych, zakupów, chodzenia do solarium czy robienia na drutach. Nie ulega wątpliwości, że nadmierne zaangażowanie w jakąkolwiek z tych aktywności może zrujno-

wać czyjeś życie, lecz tak szerokie rozumienie słowa „nałóg” dowodzi, jak bardzo jest ono niejednoznaczne. Faktem jest, że „nałóg” picia alkoholu jest dużo gorszy niż „uzależnienie od seksownej bielizny”, „nałóg” kokainowy o wiele gorszy niż „nałóg” internetowy, a „nałogu” heroinizmu nie można w żaden sposób porównać z „nałogiem” pochłaniania czekolady, jeżeli chodzi o obniżenie jakości życia. Niektórzy badacze uzależnień próbowali wyjaśnić „uzależnienie” od Internetu występowaniem u dotkniętych nim osób zmian w chemii mózgu związanych z potrzebą bycia *on line* – ale za tą teorią stoi jeszcze zbyt mało danych naukowych. Opublikowano też wyniki badań, wskazujące, że antagonistą opioidowy, nalokson, blokuje euforię występującą u nałogowych hazardzistów. Dane te jednak nie pomagają w zrozumieniu problemu, gdyż euforia nie jest składową „nałogu” (zob. rozdz. 3), a jedno doniesienie nie wystarczy, by udowodnić coś sprzecznego z wynikami licznych badań prowadzących do odmiennych wniosków (zob. rozdz. 9). Skoro jednak współczesna nauka nie potrafi bezpośrednio mierzyć zmian chemicznych w mózgu ludzkim (zob. rozdz. 10), nie jesteśmy w stanie zweryfikować takich hipotez, a to oznacza, że są one jedynie czystą spekulacją.

Po trzecie, każdy specjalista w tej dziedzinie zdaje sobie sprawę, że określenie „nałóg” (w sensie uzależnienia chemicznego) jest nadzwyczaj stygmatyzujące, nawet bardziej niż choroba psychiczna. Takie napiętnowanie (wraz z dyskryminacją nałogowców, związaną z fałszywym pojmowaniem tego, czym jest, a czym nie jest „nałóg”, oraz z nienawiścią do „narkomanów”, którzy nas przerażają i krzywdzą) doprowadziło do: a) zadziwiającej niechęci do dalszych badań, b) frustrująco nieodpowiedniego leczenia tych, którzy tego potrzebują i c) stosowania względnie mało skutecznych środków zapobiegawczych. Nasz świat byłby o wiele lepszy, gdybyśmy wiedzieli, jak lepiej leczyć „nałogi”, i gdyby dalsze badania doprowadziły do wyjaśnienia tajemnicy „uzależnienia”.

Zauważyłem, że w literaturze naukowej poświęconej alkoholowi wyrażenie *uzależnienie od alkoholu* jest znacznie częściej używane niż *alkoholizm*, podczas gdy w pracach na temat „innych narkotyków” słowo *nałóg* jest wciąż częstsze niż *uzależnienie od leku* lub *uzależnienie chemiczne*. Niektórym lepszy wydaje się termin „nałóg” niż „uzależnienie”, gdyż pomaga uniknąć pomylenia go z określeniem „uzależnienie fizyczne”, wiążącym się z zespołem odstawienia narkotyku (Volkow i Li 2005a; O’Brien, Volkow i Li 2006).

Dokąd prowadzi nas ten brak zgody pod względem terminologii? Po pierwsze, wyrażenie *uzależnienie chemiczne* jest tym określeniem, które preferują i które jest najbliższe pojęciu *nałóg* używanemu przez uczonych. Powszechne rozumienie słowa *nałóg* jest niepoprawne z naukowego i klinicznego punktu widzenia. Podobnie *uzależnienie alkoholowe* to wyrażenie, którym chętnie po-

sługują się specjaliści mojego pokroju i które jest bliższe znaczeniu terminu *alkoholizm* używanego przez laików. Jednakże powszechne zrozumienie słowa *alkoholizm* jest bardzo szerokie i opiera się na programach Anonimowych Alkoholików. W tej książce, gdzie tylko to będzie możliwe, zamierzam posługiwać się bardziej naukowymi określeniami: „uzależnienie chemiczne” i „nadużywanie substancji”. Pojawiają się jednak w tym dziele sytuacje, kiedy cytując prace innych, będę używał słowa *nałóg* w kontekście naukowym, choć nie jest jasne, czy autorzy mówią o stanie chorobowym, czy o ogólnościowym złożonym problemie popularnie określanym jako *nałóg* lub *narkomania*. Dla uniknięcia nieporozumienia najważniejsze jest założenie, że *uzależnienie chemiczne* (choroba mózgu) i *nadużywanie substancji* (niebędące chorobą mózgu) są określeniami preferowanymi w pracach naukowych oraz w klasyfikacji klinicznej ludzi mających problemy z narkotykami.

Pewne komplikacje wiążą się również z określeniami: *nadużywanie substancji*, *nadużywanie leków* i *nadużywanie alkoholu*. Są one formalnie niepoprawne: nikt nie „nadużywa” alkoholu w taki sposób, jak maltretuje dziecko czy współmałżonka¹. Termin ten bywa też słowem-wytrychem dla każdego z problemem narkotykowym (zobacz mit nr 1, rozdz. 9).

Chociaż w tekstach diagnostycznych, omówionych szerzej w dalszej części tej książki, stosuje się termin *nadużywanie substancji* (*substance abuse*), w tej książce używam określenia *nadużywanie narkotyków* (*drug abuse*), ponieważ słowo „substancja” w ujęciu naukowym jest nieprecyzyjne. „Nadużywanie” nie jest terminem idealnym, ale zostało zaakceptowane przez zajmujących się tym problemem (określenie „niewłaściwe używanie narkotyku” [*drug misuse*], występujące w czasopiśmie brytyjskich, jest o wiele lepsze, ponieważ wyraźniej wskazuje na indywidualną odpowiedzialność za stosowanie narkotyków).

„Nałóg” – termin niejasny

Popularny termin *uzależnienie* wchodzi w zakres słownictwa każdego człowieka. Jakże często słyszymy: „Myślę, że jestem od tego beznadziejnie uzależniony!” Określenia tego używa się w kontekście potocznym i nienaukowym.

Czy zauważyliście tendencję do opisywania czyichś problemów z narkotykami jednym słowem, nacechowanym zazwyczaj negatywnie? Ludzie, którzy dużo piją i tracą swoje prawdziwe „ja”, są często określanym mianem „pijaków” albo „alkoholików”. Pałających nałogowo marihuanę opisuje się jako *potheads*, a zaży-

¹ Słowo *abuse* ma w języku angielskim wiele znaczeń. Por. *Uwagi tłumacza* (przyp. red.).

wających nielegalne narkotyki – takie jak heroina – nazywa się „narkomanami”. Nie zapomnijmy też o *dope fiends* (diablach narkotykowych), *acid heads* (kwasogłowcach) i „ćpunach”. Te pejoratywne wyrażenia wskazują, że biorący narkotyki to „nie jedni z nas”, że problem z narkotykami to ich własny błąd i że powinni być za to karani. Tacy ludzie są „źli”, „szaleni” albo „głupi” i aby przestać stosować narkotyki, muszą tylko stać się „dobrzy”, „zdrowi” albo „wyedukowani”.

By zwalczyć takie negatywne, a zarazem błędne oceny, należy zrozumieć, z jak poważnym problemem mamy do czynienia. Podamy tu trzy przykłady ukazujące, w jaki sposób „nałogi” i inne kwestie związane z narkotykami bywają niewłaściwie interpretowane:

- W prasie często pojawiają się historyjki o matkach, które krzywdziły swoje dzieci, zażywając podczas ciąży narkotyki. Typowy tytuł takiego tekstu to: „Matka uznana za winną uzależnienia swojego dziecka od kokainy”. Niezależnie od tego, czy uważamy, że przyszłe matki powinny być karane za używanie narkotyków, czy nie, brak jest dowodów naukowych na to, że ich dzieci rzeczywiście rodzą się „uzależnione”. To prawda, że takie dzieci zaraz po urodzeniu wykazują czasami objawy zespołu odstawienia. Ale jak zobaczymy później, rozpatrując kryteria uzależnienia chemicznego, zespół odstawienia nie jest tym samym co „nałóg”. Ponadto nie mamy żadnego naukowego dowodu na to, że dzieci urodzone przez matki używające narkotyków z większym prawdopodobieństwem zostaną „narkomanami”, kiedy dorosną. (Tak, mogą przejawiać pewną skłonność do sięgania po narkotyki w późniejszym życiu, ale to nie jest „nałóg”).
- Niedawno w biuletynie z dziedziny walki z uzależnieniami pojawił się następujący tytuł: „Nowa strona internetowa oferuje pomoc osobom zażywającym tytoń bezdymny”. Artykuł ten informował, że „ci, którzy są uzależnieni od nikotyny znajdującej się w tytoniu bezdymnym”, mają teraz dostęp do nowej witryny internetowej, gdzie mogą otrzymać pomoc. Dla kogo jest ona przeznaczona: dla użytkowników czy nałogowców? Czy wszyscy użytkownicy są „nałogowcami”?
- Jeszcze coś z tego samego biuletynu: „Ostatnie badania budzą nadzieję na leczenie nałogu inhalacyjnego”. Artykuł mówi, że nowy lek, wigabatryna, „może zablokować uzależniające działanie toluenu”. Czy „nadużywanie inhalanta” jest tym samym co „uzależniający efekt toluenu”?

Poza przedstawionymi tu sytuacjami z życia codziennego literatura naukowa jest pełna przykładów uczonych i filozofów próbujących poradzić sobie ze znaczeniem terminu *nałóg*. Niektórzy dowodzą, że w potocznym użyciu odnosi się on do moralnych i medycznych aspektów stosowania narkotyków (Stepney 1996). Bardziej filozoficzne podejście do *nałogu* włącza pojęcie „jaźni”

(Gray 2005) lub traktuje go jako ideologię (Luik 1996). Campbell (2003) uznaje, że „chęć lub dążność (ze strony uzależnionego) nie są zwykle uznawane za choroby, ponieważ są wynikiem wyboru, czyli efektem działania wolnej woli”. Sugerował on, że nałogowcy mają zaburzenia wolicjonalne (problem z podjęciem decyzji albo dokonaniem świadomego wyboru), u podstaw których leży zaburzenie poznawcze spowodowane uszkodzonym dostępem do pamięci, ale nie podaje żadnych danych na poparcie tego twierdzenia.

W nauce o medycznym leczeniu bólu (czyli za pomocą leków) istnieje wielki rozdźwięk w rozumieniu określeń „nałóg” i „uzależnienie”. Aby uporać się z tym problemem, grupa robocza powołana wspólnie przez Amerykańskie Towarzystwo Medycyny Uzależnień (*American Society of Addiction Medicine*), Amerykańskie Stowarzyszenie Bólu (*American Pain Society*) i Amerykańską Akademię Medycyny Bólu (*American Academy of Pain Medicine*) opracowała definicję tego terminu, która ma pogodzić w tej kwestii specjalistów od bólu i specjalistów od uzależnień, a którą cytują Portenoy, Lussier, Kirsh i Passik (2005):

Uzależnienie to pierwotna, chroniczna, neurobiologiczna choroba związana z czynnikami genetycznymi, psychospołecznymi i środowiskowymi. Charakteryzuje się zachowaniami, w których występuje jeden albo więcej z następujących objawów: osłabiona kontrola nad stosowaniem narkotyków, przymusowe ich używanie, kontynuowanie użycia mimo szkodliwości i nieopanowane pożądanie (głód narkotykowy, chęć, *craving*) (Savage, Joranson, Covington i wsp. 2003, s. 662).

Jeden z badaczy (Pociluyko, doniesienie osobiste) od dawna definiuje uzależnienie (nałóg) jako „chorobę biopsychospołeczną, charakteryzującą się w sferze zachowania przymusowym używaniem określonych substancji (leków, narkotyków), w sferze psychologicznej obsesjami i zaabsorbowaniem tymi substancjami, w sferze biologicznej utratą kontroli ujawniającą się w pobieraniu większych od zamierzonych ilości tych substancji mimo świadomych wysiłków kontrolowania ich użycia, a we wszystkich tych trzech sferach wysokim ryzykiem częstych epizodów nawrotu po okresie abstinencji, dodatkowo zaś w sferze życia społecznego poważnymi konsekwencjami związanymi z użyciem tych substancji oraz kontynuacją ich stosowania mimo konsekwencji”.

Wiele zamieszania wokół słów „uzależnienie (nałóg)” wynika ze zbyt ogólnego znaczenia tych terminów, które wrzuca do jednego worka wszystkie problemy związane ze stosowaniem narkotyków. Co więcej, nie pozwalają one na dokonanie zasadniczego rozróżnienia między świadomym *nadużywaniem narkotyku* („zła ocena” przy zastosowaniu narkotyku, nie choroba) a patologicznym *uzależnieniem chemicznym* (osłabiona kontrola nad stosowaniem narkotyków – choroba mózgu).

Dyskusje na temat uzależnienia czy nałogu byłyby znacznie łatwiejsze, gdyby rozróżnienie między tymi dwiema sytuacjami było szerzej znane i odpowiednio wykorzystywane w codziennym języku klinicznym i naukowym, tak jak już jest w ostatnich publikacjach poświęconych neurobiologii i leczeniu uzależnień (zob. Koob, Ahmed, Boutrel, Chen, Kenny i wsp. 2004; Dackis, Kampman, Lynch, Pettinati i O'Brien 2005; McNeece i DiNitto 2005). Gdyby tylko każdy mógł odwiedzić ośrodek leczenia i porozmawiać z pacjentami uzależnionymi chemicznie! Taka wizyta byłaby ogromnie pouczająca, uświadomiłaby bowiem wszystkim zainteresowanym, że chorobą, na którą tacy chorzy cierpią, jest utrata kontroli nad stosowaniem narkotyków. Nawet kiedy na innych płaszczyznach życia wykazują oni nienaruszoną siłę woli, to aby przestać brać narkotyki, muszą podjąć niewyobrażalny wysiłek. Słowo „uzależniony” nie jest wystarczająco mocnym określeniem do opisu sytuacji takich osób.

„Uzależnienie” jako choroba mózgu

Dlaczego nazywanie „uzależnienia” chorobą budzi tyle kontrowersji? Dlaczego tak ważne jest, jak je nazwiemy? Jak najlepiej opisać „nieprzystosowawczy wzorzec używania substancji prowadzący do zaburzeń lub cierpień”? Co tak naprawdę nazywamy owym szkodliwym wzorcem używania substancji?

W latach 60. bardzo wpływowe Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne (*American Medical Association*, AMA) stwierdziło, że *alkoholizm*, najbardziej rozpowszechnione „uzależnienie”, jest chorobą (White, Kurtz i Acker 2001), ale w 1988 r. opinię tę zakwestionował Sąd Najwyższy Stanów Zjednoczonych, wydając kontrowersyjną decyzję, że alkoholizm jest rozmyślnym przewinieniem (*willful misconduct*). Wywołało to gorące spory w czasopiśmie naukowych, często jednak wynikające z emocjonalnego stosunku do przedmiotu i niepełnych przesłanek naukowych niż argumentów popartych wynikami badań (zob. Fingarette 1970; Wallace 1990). W moim przekonaniu problem polega na poważnym nieporozumieniu – prawidłowe uporządkowanie i wnikliwe omówienie terminologii pozwoli na lepsze zrozumienie badań przedstawionych w tej książce i na posługiwanie się terminem „choroba” z pełnym przekonaniem.

Dla wielu osób, których drażni zachowanie *pijaka* lub *narkomana*, powiedzenie, że są to ludzie chorzy, jest równoznaczne ze zwolnieniem ich z odpowiedzialności za własne postępowanie, dlatego trudno im uznać, że każdy, kto zażywa narkotyki, jest być może chory. Wprawdzie ci, którzy dzielą życie z osobami pijącymi alkohol lub przyjmującymi narkotyki, zachowującymi się

agresywnie, krzywdzącymi lub zastraszającymi innych, bywają dla nich bardziej wyrozumiali, wciąż jednak uważają, że „nie powinno się im na to pozwalać mówiąc, że nie mogą sobie z tym poradzić”. Słowo *choroba* jest więc dyskusyjne i trudne do przyjęcia dla osób sądzących, że ludzi powinno się karać za zachowania destruktywne.

Garstka uczonych używała terminu *zaburzenie (disorder)* albo *schorzenie (illness)* (McLellan, Lewis, O'Brien i Kleber 2000). Jednak ten drugi to synonim wyrazu *choroba*. Proponowano też określenie *zespół (syndrome)* (Odegard, Peller i Shaffer 2005) jako kompromis dla kontrowersyjnego klasyfikowania „uzależnienia” w kategoriach *choroby*. W przypadku *alkoholizmu* wielu uczonych mówi wciąż o *modelu medycznym* lub *koncepcji choroby*, ale są to terminy przestarzałe, które należy odrzucić.

Badania genetyczne i neurobiologiczne opisane w tej książce wyraźnie identyfikują objawy patologiczne i zasady leczenia, które rozpoznają *uzależnienie chemiczne* jako rzeczywistą *chorobę medyczną* (to znaczy mającą podstawy fizyczne) z tymi samymi ogólnymi cechami innych patologii, nad którymi pacjenci nie mają żadnej lub prawie żadnej kontroli. Jednak ze względu na powszechne błędne rozumienie popularnego określenia *uzależnienie* i na emocje związane z koncepcją wywołanej przez leki *choroby* mózgu, na kwalifikację taką zapewne nigdy nie będzie powszechnej zgody.

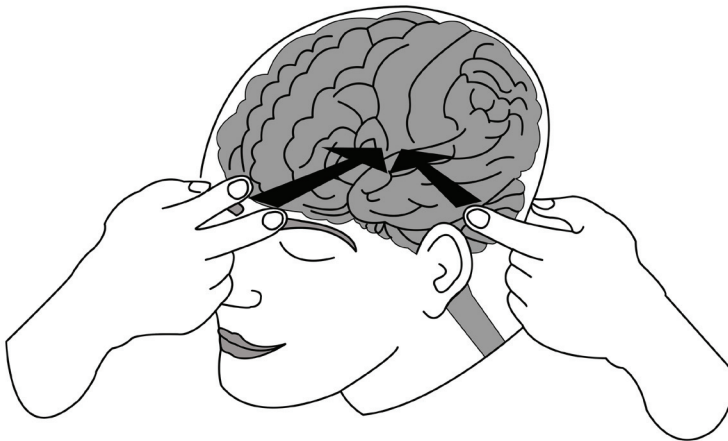
Uważam, że wiele zamieszania związanego z pytaniem, czy ludzie, którzy zbyt wiele piją lub którzy zażywają narkotyki, są odpowiedzialni za swoje działania, bierze się stąd, że naukowcy nie potrafią przekonać ogółu społeczeństwa, a ten nie jest w stanie pojąć, iż nie każdy, kto zbyt wiele pije lub bierze narkotyki, jest „uzależniony”. Wyjaśnienie różnic między świadomym (dobrowolnym) *nadużywaniem* a patologicznym *uzależnieniem* pozwoli specjalistom zrozumieć, że chociaż każdy człowiek powinien ponosić odpowiedzialność za swoje czyny, niektórzy nie potrafią uwolnić się od nadużywania tych substancji, tak samo jak cierpiący na raka nie mogą uwolnić się od złośliwego guza.

Wiarygodne badania naukowe w dziedzinie genetyki, neurobiologii i farmakologii prowadzone w ciągu ostatnich 20 lat wskazują jasno, że uzależnienie chemiczne jest chroniczną medyczną chorobą mózgu, na której wystąpienie mają wpływ predyspozycje genetyczne (Leshner 1997). Obszar odpowiedzialny za tę chorobę znajduje się w mezolimbicznym układzie dopaminowym², inaczej mówiąc – w „szlaku przyjemności (rozkoszy)”, czyli w „układzie nagrody”.

² Ścisłej mówiąc, mezolimbicznym układzie dopaminergicznym – w tekście głównym przyjęto formę bardziej „przyjazną” dla niespecjalistów; patrz *Słowniczek* (przyp. red.).

Choroba mózgu staje się bardziej zrozumiała, gdy ludzie wiedzą, gdzie pojawia się problem

Uświadomienie sobie, że w mózgu znajduje się swoiste miejsce związane z chorobą, jest równie istotne jak jej diagnoza i leczenie. Co więcej, pomaga to łagodzić zażenowanie, wstyd, poczucie winy, lęk i wypieranie, często doświadczane przez pacjentów. Gdy już rozumieją, że w ich mózgu istnieje obszar działający nieprawidłowo i że ta sytuacja nie jest ich winą, wówczas dla własnego dobra będą szukać leczenia. Taka świadomość ma podstawowe znaczenie dla uratowania życia ofiar choroby uzależnieniowej, zwłaszcza gdy diagnozę postawiono wcześniej.



RYCINA 1.1 Jak umiejscowić mezolimbiczny układ dopaminowy?

Aby pokazać pacjentom, gdzie znajduje się ten obszar mózgu, trzeba ich poprosić o ułożenie dwóch palców jednej ręki w kształt litery V pośrodku czoła, a palca wskazującego drugiej ręki nad jednym z uszu. Mezolimbiczny układ dopaminowy znajduje się w miejscu, w którym linie wyznaczone przez palce przecinają się w środku mózgu (ryc. 1.1).

Dowód, że uzależnienie jest chorobą

Ze względu na brak powszechnie uzgodnionych medycznych kryteriów definiujących chorobę medyczną, „udowodnienie” jej opiera się na sile świadectw i konsensusie. Jak wcześniej wspomniano, Amerykańskie Stowarzyszenie

Medycze ogłosilo w 1956 roku, ze alkoholizm jest chorobą (White i in. 2001), a dziewięć lat później potwierdziło tę definicję. Ale w sytuacji tak źle rozumianej i napiętnowanej, myśl, że proces chorobowy wiąże się z przyczynami patologicznego picia lub używania narkotyków i znajduje się poza kontrolą chorego, jest obca wielu osobom, a nawet odrzucana.

Co najmniej dwie znaczące rozprawy kliniczne, zakładające istnienie neurobiologicznego dowodu zaangażowania mózgu w „uzależnienie”, bezpośrednio poruszały problem podobieństw między uzależnieniem chemicznym a innymi, dobrze poznanymi chorobami. Lewis (1991) porównał wiele podstawowych cech różnych chorób (choroba wieńcowa, samoistne nadciśnienie, cukrzyca, dna, rak, kiła, gościec stawowy, schizofrenia i alkoholizm). Były to: 1) ewidentne podstawy biologiczne, 2) unikatowe, identyfikowalne objawy, 3) przewidywalny przebieg i zejście³ oraz 4) niemożność kontrolowania przyczyn choroby. Jego wniosek: „jakkolwiek próba takiego zdefiniowania choroby, aby wykluczyć alkoholizm, eliminuje również wiele sytuacji, mających niewątpliwie naturę medyczną” (s. 264).

McLellan i współpracownicy (2000) dokonali podobnych porównań między uzależnieniami chemicznymi (w tym również od alkoholu), cukrzycą typu II, nadciśnieniem i astmą. Podkreślili, że „czynniki genetyczne, własne wybory oraz czynniki środowiskowe wpływają w podobny sposób na przyczyny i przebieg wymienionych chorób” (s. 1689). Wiemy również z badań dynamiki rodzin i małżeństw, że czynniki takie mogą grać pewną rolę w zapoczątkowaniu i przebiegu choroby. Na przykład wydaje się, że istnieje silny związek między ciężką astmą a dziedzicznymi schorzeniami afektywnymi, stresem pourazowym, antyspołecznymi zaburzeniami osobowości i nadużywaniem leków (Wamboldt, Weintraub, Krafchick i Wamboldt 1996).

Bardziej subtelny wydaje się związek między częstotliwością stosowania leków przeciwastmatycznych u dzieci a poziomem stresu w ich otoczeniu rodzinnym (Sawyer i Fardy 2003).

W pracy McLellana i współpracowników (2000) podano mocne dowody na to, że przestrzeganie zaleceń lekarskich przy uzależnieniu chemicznym było równie dobre czy nawet lepsze niż przy wspomnianych trzech chorobach (zob. rozdz. 8). Oznacza to, że nie tylko leczenie uzależnień chemicznych przynosi skutki, ale także że pacjenci powracający do nałogu również będą powracać do leczenia, podobnie jak cierpiący na pozostałe trzy choroby. Dowodzi to, że osoby z uzależnieniem chemicznym mogą być odpowiedzialne za swoje wyliczenie. Artykuł kończy się wnioskiem, że „uzależnienie od substancji powinno

³ Ang. *outcome* (przyp. red.).

podlegać ubezpieczeniu, leczeniu i ocenie podobnie jak inne choroby przewlekłe” (s. 189).

Zazwyczaj próby skłonienia kogoś, kto z przyczyn emocjonalnych lub finansowych uważa, że „uzależnienie” jest sprawą wyboru, do uznania, iż jest to choroba medyczna, z reguły kończą się niepowodzeniem (np. jeżeli twój ojciec był pijakiem i krzywdził cię w dzieciństwie, będziesz mniej skłonny „pozwolić, aby mu się upiekło” i nie nazwiesz jego problemu chorobą. Podobnie towarzystwo ubezpieczeniowe niechętnie uzna „uzależnienie” za chorobę, gdyż będzie to oznaczało pokrywanie kosztów leczenia problemów związanych z uzależnieniem). W historii medycyny określenie jakiegoś stanu chorobą zazwyczaj obraca się wokół znalezienia dokładnych jej przyczyn, co pozwala porównać ten stan z uznanymi chorobami. Tak się zdarzyło w przypadku cukrzycy typu I (gdy komórki trzustki przestają wytwarzać insulinę), padaczki (w której można zlokalizować ognisko choroby wewnątrz mózgu), polio (przykład infekcji wirusowej) i raka (tu poznano przyczyny niekontrolowanego wzrostu komórek). Te i inne choroby dawniej stygmatyzowały ofiary z powodu obawy innych przed zarażeniem się lub ponieważ zachowanie chorego było niezwykle czy nieoczekiwane.

Szereg schorzeń porównano w tabeli 1.1. Zestawienie standardowych opisów medycznych różnych chorób pokazuje, że uzależnienie chemiczne bardzo tu pasuje (pamiętajmy, że nie mówimy o intencjonalnym *nadużywaniu* leków). Tabelę taką powinny przeanalizować osoby, od których zależą dalekosiężne decyzje dotyczące konsekwencji problemu alkoholowego lub narkotykowego. Pomogłoby to im uświadomić sobie, że nie ma powodu, aby nie nazywać uzależnienia chemicznego chroniczną, nawracającą medyczną chorobą mózgu, której ofiary wymagają takiej samej uwagi i pomocy jak ofiary innych chorób fizycznych, w pełni uznawanych i akceptowanych przez lekarzy i społeczeństwo.

Innym sposobem porównywania schorzeń medycznych jest ich zestawienie według typów (tab. 1.2). Problemy medyczne są tu podzielone na „choroby” (poważniejsze, związane z patologią) oraz na „stany chorobowe” (mniej poważne, wynikające z czynników związanych z trybem życia). Zauważmy, że uzależnienie chemiczne doskonale spełnia kryteria choroby. Niewiele osób będzie się sprzeciwiało uznaniu chorób serca, cukrzycy czy pewnych rodzajów chorobliwej żarłoczości za choroby.

TABELA 1.1 Porównanie wybranych chorób z uzależnieniem chemicznym

Charakterystyka medyczna	Cukrzyca typu II	Nadciśnienie	Zaburzenie uwagi i nadaktywność (ADHD)	Choroba Parkinsona	Uzależnienie chemiczne
Oznaki/objawy	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
Testy diagnostyczne	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
Narastanie nasilenia	TAK	TAK	NIE	TAK	TAK
Podlega leczeniu	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
Czynnik środowiskowy	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
Patofizjologia	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
Warunki poprzedzające*	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
Ból lub cierpienie	Umiarkowane	Nieznaczne	Umiarkowane	TAK	TAK
Zagrożenie życia	TAK	TAK	NIE	TAK	TAK
Dostępne leki	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
Czynniki genetyczne	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
Negatywne skutki dla rodziny	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
Chroniczność	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
Do wyleczenia w ciągu życia**	NIE	NIE	Czasami	NIE	NIE

*Oznacza czynniki poprzedzające chorobę, takie jak otyłość w cukrzycy typu II czy nadciśnieniu, niedotlenienie okolicy porodowej w ADHD, leki przeciw schizofrenii w chorobie Parkinsona i nadużywanie narkotyków w uzależnieniu chemicznym.

**Chodzi o to, czy choroba ustępuje z czasem samoistnie.