



Carlton K. Erickson

Nauka o uzależnieniach

Od neurobiologii
do skutecznych
metod leczenia



Nauka o uzależnieniach

Carlton K. Erickson

Nauka o uzależnieniach

Od neurobiologii
do skutecznych
metod leczenia

Przełożył
Jerzy Vetulani



Tytuł oryginału angielskiego
The Science of Addiction. From Neurobiology to Treatment

Copyright © 2007 by Carlton K. Erickson

© 2007 by W.W. Norton & Company, Inc.

All rights reserved. For information about permission to reproduce the selections from this book, write to Permissions, W.W. Norton & Company, Inc., 500 Fifth Avenue, New York, NY 10110

Projekt okładki
Katarzyna A. Jarnuszkiewicz

Redakcja
Anna Karczmarek
Małgorzata Yamazaki

Korekta
Maria Wojciechowska

Redakcja techniczna
Zofia Kosińska

Redaktor prowadzący
Małgorzata Yamazaki

Skład i łamanie
Pracownia DTP Aneta Osipiak-Wypiór

© Copyright for the Polish edition by Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2010

ISBN 978-83-235-0662-1 (druk)
ISBN 978-83-235-3238-5 (e-pub)

ISBN 978-83-235-2719-0 (pdf online)
ISBN 978-83-235-3246-01 (mobi)

Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego
00-497 Warszawa, ul. Nowy Świat 4
e-mail: wuw@uw.edu.pl
księgarnia internetowa: www.wuw.pl

Wydanie 1, dodruk 4, Warszawa 2018

Każdy obdarzony szczęśliwą rodziną wie, że ciężka praca, częste podróże i okresy spokoju możliwe są wyłącznie dzięki ofiarności kochającego współmałżonka i dzieci. Toteż Wam – mojej zawsze stojącej przy mnie, pięknej żonie, Eunice, moim dzieciom i ich małżonkom oraz moim wnukom: Steigowi (Sheri i Emmie); Dirkowi (Jennifer); Annice Bennett (Billowi, Hunterowi i Luke'owi) i Hansowi (Mandy i Hayden) dedykuję tę książkę.

Spis treści

Skróty	8
Przedmowa	11
Podziękowania	15
Uwagi tłumacza	19
1 Kwestie terminologiczne i charakterystyka pojęcia „uzależnienie” i „nałóg”	23
2 Podstawy nauki o mózgu	53
3 Anatomia i neurobiologia uzależnienia chemicznego	71
4 Genetyka uzależnienia chemicznego	95
5 Stymulanty i depresanty	113
6 Alkohol	135
7 Inne narkotyki	154
8 Leczenie choroby uzależnieniowej	172
9 Mocne i słabe strony badań nad uzależnieniem	206
10 Jakie badania oparte na dowodach będą prowadzone w przyszłości?	222
Dodatek A: Garść informacji o alkoholu, ważnych dla neurobiologii i terapii uzależnień	236
Dodatek B: Garść informacji o narkotykach, ważnych dla neurobiologii i terapii uzależnień	247
Dodatek C: Narkotyki i uzależnienia w ustawodawstwie polskim	259
Słowniczek	268
Literatura cytowana	280
Indeks	295

Skróty

AA – Anonimowi Alkoholicy

ADH (*alcohol dehydrogenase*) – dehydrogenaza alkoholowa

ADHD (*attention deficit hyperactivity disorder*) – zespół nadpobudliwości psychoruchowej

ALDH (*aldehyde dehydrogenase*) – dehydrogenaza aldehydowa

BAC (*blood alcohol concentration*) – stężenie alkoholu we krwi

BU (*beverage unit*) – jednostka napoju

CB (*cannabinoid receptor*) – receptor kannabinoidowy

CBT (*cognitive behavioral therapy*) – poznawcza terapia behawioralna

COGA (*Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism*) – badania wieloośrodkowe nad genetycznymi uwarunkowaniami alkoholizmu

CRF – kortykoliberyna

CT (*computerized tomography*) – tomografia komputerowa

DA – dopamina

DAT – transporter dopaminowy

DNA – kwas deoksyrybonukleinowy

DRD2 – receptor dopaminowy D2

DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*) – *Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych*, wydanie IV¹

DTs – *delirium tremens*

DUDs (*drug-use disorders*) – choroby nadużywania leków

DUI (*driving under the influence*) – prowadzenie pojazdu pod wpływem alkoholu

¹ DSM-IV – ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition* – jest oficjalną publikacją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i biblią amerykańskich klinicystów i psychiatrów, służącą do diagnozowania chorób psychicznych. Obecna wersja, opublikowana w roku 2000, charakteryzuje 284 schorzenia psychiczne. Zajmuje się głównie opisem objawów choroby, częstotliwością jej występowania wśród kobiet i mężczyzn, wiekiem, w którym choroba się objawia, efektami leczenia i podejściem terapeutycznym (przyp. tłum.).

DWI (*driving while intoxicated*) – prowadzenie pojazdu w stanie upojenia
ERP (*event related potential*) – potencjał wywołany zdarzeniem
FAE (*fetal alcohol effects*) – efekty wpływu alkoholu na płód
FAS (*fetal alcohol syndrome*) – alkoholowy zespół płodowy (zespół fetopatii płodowej)
FASD (*fetal alcohol spectrum disorder*) – spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych
GABA (*gamma aminobutyric acid*) – kwas gamma-aminomasłowy
GHB (*gamma hydroxybutyrate*) – gamma hydrokysymaślan
GLU – glutaminian, kwas glutaminowy
5-HT – serotonina
ICD-10 (*International Classification of Diseases, Tenth Revision*) – Międzynarodowa klasyfikacja chorób, dziesiąta rewizja²
LSD (*lysergic acid diethylamide*) – amid kwasu lizergowego
MAO – monaminooksydaza
MDMA – metylenodioksymetamfetamina (*ecstasy*)
MDS (*mesolimbic dopamine system*) – mezolimbiczny układ dopaminergiczny (lub dopaminowy)
MET (*motivational enhancement therapy*) – terapia wzmocnienia motywacyjnego
MI (*motivational interviewing*) – wywiad motywacyjny
MM (*moderation management*) – ruch podtrzymania umiarkowania
MRI (*magnetic resonance imaging*) – obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego (fMRI – funkcjonalne obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego)
mRNA (*messenger ribonucleic acid*) – informacyjny kwas rybonukleinowy
NA – Anonimowi Narkomani
NAcc (*nucleus accumbens septi*) – jądro półleżące przegrody
NIAAA (*National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*) – Narodowy Instytut Nadużywania Alkoholu i Alkoholizmu
NIDA (*National Institute on Drug Abuse*) – Krajowy Instytut ds. Nadużywania Narkotyków
NMDA – kwas N-metylo-d-asparaginowy

² ICD-10 *International Classification of Diseases* jest ostatnią wersją międzynarodowej klasyfikacji chorób, której prekursorką, *Międzynarodowa lista przyczyn śmierci*, została przyjęta przez Międzynarodowy Instytut Statystyczny w 1893 roku. Począwszy od wersji 6., z roku 1948, jest publikowana przez WHO. Stanowi standardową międzynarodową klasyfikację diagnostyczną dla celów epidemiologicznych, zarządzania zdrowiem i praktyki klinicznej. Analizuje ogólną sytuację zdrowotną na świecie i pełni wiele innych funkcji ważnych dla zdrowia w skali globalnej. Choroby psychiatryczne i zaburzenia zachowania są przedmiotem tylko jednej jej części (część F). Nieużywana przez amerykańskich psychiatrów, mających swój DSM-IV (przyp. tłum.).

OCD (*obsessive compulsive disorder*) – zaburzenie obsesyjno-kompulsywne (nerwica natręctw)
OPD (*other psychiatric disorders*) – inne zaburzenia psychiatryczne
OUN – ośrodkowy układ nerwowy
PCM (*primary-care management*) – zarządzanie opieką podstawową
PET (*positron emission tomography*) – emisyjna tomografia pozytonowa
PNS – obwodowy układ nerwowy
PTSD (*posttraumatic stress disorder*) – zespół stresu pourazowego
QTL (*quantitative trait locus*) – loci cech ilościowych
RAS (*reticular activating system*) – siateczkowaty układ aktywujący
RM (*recovery management*) – opieka nad rekonwalescentami
rRNA – rybosomalny kwas rybonukleinowy
RVE (*research validity estimate*) – ocena wartości badań
SERT – transporter serotoninowy
SIDS (*sudden infant death syndrome*) – zespół nagłej śmierci niemowlęcia
SPECT (*single photon emission computerized tomography*) – tomografia emisyjna pojedynczych fotonów
SSRIs (*selective serotonin reuptake inhibitors*) – selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny
TBW (*total body water*) – całkowita objętość wody w organizmie
TC (*therapeutic community*) – wspólnota terapeutyczna
tRNA – transportujący kwas rybonukleinowy
THC – tetrahydrokanabinol
THIQs (TIQs) – tetrahydroizochinoliny
TSF (*twelve-step facilitation*) – program 12 kroków
VTA (*ventral tegmental area*) – brzuszny obszar nakrywki

Przedmowa

Jednym z najciekawszych zjawisk w najnowszej nauce o uzależnieniach¹ jest wprowadzenie do niej neurobiologii, dzięki której zaczyna się właśnie prawdziwy przełom w wyjaśnianiu najważniejszych przyczyn niekontrolowanego używania alkoholu i innych środków odurzających. Badania prowadzone przez nauki o mózgu, do których należy neurobiologia, zajmują się wpływem narkotyków zarówno na pojedyncze komórki nerwowe, jak i na całe ich grupy w ośrodkowym układzie nerwowym. Próbują one odpowiedzieć na pytanie, czym jest uzależnienie (a także czym nie jest) i w jaki sposób skuteczniej je leczyć. Badania neurobiologiczne nad substancjami uzależniającymi są wyjątkowe w tym sensie, że bardziej niż prowadzone wcześniej badania nad alkoholizmem i innymi nałogami wchodzą w ścisły związek z wieloma ważnymi dziedzinami, takimi jak pomoc społeczna, psychologia, socjologia, medycyna, farmakologia, fizjologia, genetyka, obrazowanie mózgu, epidemiologia i weryfikacja skuteczności różnych sposobów terapii.

W książce tej przedstawiono kolejno: 1) zmiany w terminologii i koncepcji pojęcia uzależnienia, wynikające z nowych odkryć w neurobiologii i genetyce oraz z wniosków płynących z doświadczeń w praktyce klinicznej; pomagają one zrozumieć, dlaczego jednym z rodzajów problemu narkotykowego jest przewlekła choroba mózgu; 2) podstawy neurobiologii; 3) neuroanatomię i funkcjonowanie obszarów mózgu zaangażowanych w układ nagrody; 4) genetyczne uwarunkowania alkoholizmu i innych uzależnień; 5) podstawy farmakologii stymulantów i depresantów; 6) podstawy farmakologii alkoholu; 7) podstawy farmakologii innych narkotyków; 8) aktualnie stosowane i ostatnio wprowadzane metody leczenia uzależnienia chemicznego oraz wkład neurobiologii w wyjaśnienie mechanizmów ich działania; 9) sposoby oceny wartości doniesień naukowych w tym obszarze, a także wskazówki, na co zwracać uwagę przy zapoznawaniu się z nowymi publikacjami na ten temat i jak je interpretować;

¹ Problemy terminologiczne omówiono szerzej w *Uwagach tłumacza* (przyp. red.).

10) kierunki dalszych badań i ważne pytania, na które nauka o uzależnieniach powinna odpowiedzieć. Na końcu książki znajdują się informacje uzupełniające dotyczące alkoholu (*Dodatek A*) oraz innych narkotyków (*Dodatek B*).

Zarówno wnioski naukowe, jak i wszystko, co przedstawiam w niniejszej pracy, to wynik moich 30-letnich badań w tej dziedzinie. Wiele płynących z nich ustaleń potwierdzają relacje osób uwalniających się od choroby. Gdy założenia naukowe znajdują odzwierciedlenie w życiu i odwrotnie, wnioski formułowane przez specjalistów stają się bardziej wiarygodne. Na pewno będą się one nieco zmieniać w miarę pojawiania się nowych odkryć, a inni uczeni będą wyciągać wnioski nieco odmienne od przedstawionych w tej książce. Zapewne spotkam się z opinią, że źle zinterpretowałem wyniki niektórych badań lub że pominąłem kilka ostatnich publikacji. Wszystko to jest niezamierzone: moim celem było dokładne i przejrzyste przedstawienie wielu dziedzin naukowych omawianych w tekście. W rzeczy samej nie poznaliśmy jeszcze podłoża problemów związanych z narkotykami, nie znamy też wszystkich odpowiedzi na pytanie, jak wyleczyć ludzi z uzależnienia. Wnioski naukowe są zawsze otwarte na krytykę. Największym wyzwaniem dla nas wszystkich jest edukowanie twórców polityki społecznej i dążenie do zwiększenia nakładów na badania nad alkoholem i innymi narkotykami w celu znalezienia ostatecznego rozwiązania tych problemów. Nawet najciekawsze poglądy na temat przyczyn i skuteczności metod leczenia uzależnień nie są tak istotne jak ustalenia nauki – musimy w tej dziedzinie zdobyć dużo większą wiedzę.

Komu ta książka może pomóc?

Nadużywanie alkoholu i nielegalnych narkotyków jest codziennym problemem wielu milionów ludzi (Hanson i Li 2003). W samych Stanach Zjednoczonych ponad 8 milionów mieszkańców uznaje się za uzależnionych od alkoholu, a dalsze 5,6 miliona – za nadużywających alkoholu (Grant, Hasin, Chou, Stinson i Dawson 2004). W 2001 roku było w USA około 66,5 miliona palaczy tytoniu i 16 milionów użytkowników nielegalnych narkotyków (Grant i wsp. 2004), co wiąże się z utratą przez ten kraj ponad 484 miliardów dolarów rocznie, w tym 185 miliardów z powodu nadużywania alkoholu, 138 miliardów w związku z paleniem i około 161 miliardów w wyniku zażywania nielegalnych narkotyków. Co więcej, przyczyną co czwartego zgonu w USA jest alkohol, tytoń lub nielegalne narkotyki².

² W Polsce liczbę osób uzależnionych od alkoholu Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) szacuje na 700–900 tysięcy, ale według algorytmu opierającego się

Książka ta ma pomóc milionom ludzi na całym świecie – w tym prawie 22 milionom Amerykanów nadużywającym lub uzależnionym od alkoholu lub narkotyków (Volkow i Li 2005b) – przedstawiając opiekującym się nimi osobom (albo im samym) ostatnie ustalenia nauki o uzależnieniach. Konsekwencje stosowania narkotyków zapewne uda się złagodzić, jeśli odpowiednio określimy związane z nałogami problemy zdrowotne, lepiej poznamy wpływ, jaki substancje odurzające wywierają na mózg, oraz wyjaśnimy mechanizmy decydujące o skuteczności różnych metod leczenia uzależnień. Książka ta ma pomóc również profesjonalistom walczącym z uzależnieniami w przyswojeniu podstaw neurobiologii i jej zastosowań, aby lepiej mogli zrozumieć swoich pacjentów i wykorzystywać wnioski formułowane na gruncie tej nauki w terapii uzależnień.

Doświadczenia z praktyki i badania naukowe (zob. Lawson, Wilcox, Littlefield, Pituch i Erickson 2004) dowodzą, że kiedy profesjonaliści poznają właściwą terminologię – naukową i kliniczną – zaczynają stosować ją zarówno w środowisku terapeutycznym, jak i w życiu codziennym. Dlatego też książka ta może okazać się bardzo cenna również dla tych, którzy ją przeczytają, aby dowiedzieć się czegoś nowego.

na zgonach na marskość wątroby liczba uzależnionych jest większa i sięga 1,5 mln osób. Szacuje się, że liczba „problemowych” konsumentów narkotyków (w tym opiatów) wynosi ok. 120 tys. „Codziennych” palaczy jest u nas ok. 10 mln (37% mężczyzn i 23% kobiet). Ocenia się, że z powodu alkoholu umiera w Polsce ok. 20 tys. osób, a z powodu przedawkowania narkotyków 300–400 osób rocznie. Straty wiążące się z uzależnieniami w 2009 r. PARPA ocenia na 17,45 miliardów złotych (przyp. tłum.; dane dzięki uprzejmości dr. Jacka Moskalewicza, kierownika Zakładu Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie).

Uwaga autora: Chociaż pracuję w College of Pharmacy w University of Texas w Austin jako profesor z uposażeniem pierwotnie fundowanym przez koncern farmaceutyczny, nie mam żadnych powiązań finansowych z producentami leków i nie otrzymuję wynagrodzenia od przemysłu farmaceutycznego ani od żadnych innych dziedzin przemysłu związanych z produkcją alkoholu lub narkotyków.

Podziękowania

Wiele osób namawiało mnie, zwykle po bardzo męczącym, z reguły sześciogodzinnym warsztacie, żebym napisał książkę o neurobiologii uzależnień. Nikt jednak nie motywuje do takiej pracy skuteczniej niż wydawca. Jestem więc nadzwyczaj wdzięczny Deborze Malmud, Michaelowi McGandy'emu i innym pracownikom wydawnictwa W.W. Norton zarówno za zaproponowanie mi złożenia projektu książki, jak i za fachową redakcję mojego tekstu. Debora była nadzwyczaj pomocna i natychmiast odpowiadała na moje nazbyt częste e-maile, zwłaszcza na początku tego przedsięwzięcia. Michael był nieocenionym przewodnikiem i przekazał najwięcej sugestii edytorskich w późniejszych etapach pisania tej książki. Nasza korektorka, Casey Ruble, odznaczyła się niezwykle pracowitością i wielkim zrozumieniem autora. Trzecia redaktorka, Kristen Holt-Brauning, na końcu niezwykle zręcznie zespiliła cały rękopis.

Być może książka ta ma wyjątkowy charakter dlatego, że nie tylko wiem co nieco o nauce, ale także całkiem sporo o alkoholizmie i uzależnieniach od innych narkotyków, sposobach ich leczenia i powrocie do zdrowia. Nie trzeba mieć raka, by być onkologiem, i moje zainteresowania w tym przedmiocie są czysto akademickie. Jednakże trudno jest zaangażować się w naukę o uzależnieniach bez emocjonalnego związania się z cierpiącymi ofiarami nałogu. Będę dozgonnie wdzięczny Johnowi T. O'Neillowi, przyjacielowi, z którym omawiałem te problemy niemal codziennie przez ponad 25 lat, za pomoc w zrozumieniu choroby uzależnieniowej i za umieszczenie jej w kontekście najnowszych osiągnięć nauki. Jego wiedza, inteligencja, dowcip i inspiracja uczyniły ze mnie takiego naukowca i edukatora, jakim jestem obecnie. Bardzo dziękuję przyjacielom z programu dwunastu kroków, którzy zwierzali mi się otwarcie i często, w szczególności Hankowi M. i Mike'owi R. Dziękuję również Johnowi Schwarzlose'owi, prezesowi Betty Ford Center, za zaproszenie do udziału w programie *Professionals in Residence* w ośrodku leczenia o światowej renomie; John Schwarzlose ponadto propaguje najnowszą wiedzę o nałogach w ukazującym

się co miesiąc biuletynie tego ośrodka – „Findings” (Odkrycia) – mam zaszczyt pracować w tym piśmie jako jego redaktor naukowy. Bodaj największy dług jednak zaciągnąłem u wychodzących z nałogu rekonwalescentów, z którymi spotykałem się przez lata. Dziękuję im za otwarte dzielenie się problemami, za trudne pytania i chęć informowania mnie o sytuacjach, w których nauka wydawała się rozmijać z ich doświadczeniem. Prowadząc wykłady zarówno dla studentów, jak i specjalistów zajmujących się leczeniem uzależnień, wiele uczę się dzięki ich dociekliwym pytaniom. Jestem przekonany, że komentarze i wnikliwie uwagi od uczących się, którzy patrzą na problem inaczej niż ja, ułatwiają formułowanie nowych hipotez naukowych. Dzięki moim uczniom wydobywającym się z nałogu dowiedziałem się o licznych problemach, wymagających wciąż intensywnych badań. Na podstawie własnej praktyki stwierdzam, że naukowców, projektujących doświadczenia oparte jedynie na opublikowanych pracach naukowych, cechuje bardzo ograniczone pole widzenia. Ci zaś, którzy osadzają swoje badania w realnym świecie i którym zależy na praktycznych ustaleniach, mają głębszy wgląd w prawdę. I na tym polu próbowałem podjąć współzawodnictwo.

Różne grupy osób uważają, że najnowsze osiągnięcia nauki o uzależnieniach wcale nie trafiają do tych, którzy najbardziej ich potrzebują, i wskazują winnych takiego stanu rzeczy. Naukowcy zarzucają terapeutom, że nie znajdują czasu na lekturę ostatnich pozycji literatury ani na uczestnictwo w wykładach upowszechniających najnowszą wiedzę. Ci na to odpowiadają, że naukowcy są nudni i używają mylącego żargonu. Administracja państwowa próbuje pogodzić obie strony. Jestem szczęśliwy, że mnie – podobnie jak niektórych moich kolegów – pasjonuje to, co robię, lubię poświęcać temu czas i, jak się wydaje, mam predyspozycje do bycia jednym z tych popularyzatorów nauki, którzy czują się dobrze, pomagając doradcom, terapeutom i innym specjalistom w dziedzinie opieki zdrowotnej, a także adwokatom i administratorom w rozbudzaniu ich zainteresowań nauką o uzależnieniach i medycyną. Wdzięczny też jestem ludziom z Krajowego Instytutu ds. Nadużywania Narkotyków (*National Institute on Drug Abuse*) oraz z Krajowego Instytutu ds. Nadużywania Alkoholu i Alkoholizmu (*National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*) za wczesne kontakty i granty, które pomogły mi stać się krytycznym naukowcem, a później zainteresować karierą wykładowcy i popularyzatora wiedzy o uzależnieniach. Te pierwsze dotacje umożliwiły naszemu zespołowi z Ośrodka Badań Naukowych i Edukacji o Uzależnieniach w Kolegium Farmacji Uniwersytetu Teksasu w Austin (*Addiction Science Research and Education Center in the College of Pharmacy at the University of Texas at Austin*) podjąć żywą współpracę skupiającą się na podstawowej farmakologii i neurobiologii oraz na tym, jak ludzie się uczą i jak

można skutecznie zmieniać ich przekonania i zachowania zawodowe, aby lepiej służyli swoim pacjentom.

Dziękuję naszemu interdyscyplinarnemu zespołowi badawczemu, w którym uczestniczyli: Rich Wilcox, Ken Lawson, John Littlefield, Keenan Pituch, Joe Miller i Mary Velasquez. Szczególne uznanie należy się mojemu koledze, Richowi Wilcoxowi, gdyż dzięki jego energii i zaangażowaniu powstało kilka wspólnych publikacji, a także dziekanowi, Steve'owi Leslie, wybitnemu badaczowi problemów alkoholowych, za poparcie, z jakim spotkały się moje dążenia do osiągnięcia międzynarodowego porozumienia na temat tych wyniszczających chorób i tolerowanie, a nawet zachęcanie mnie do częstych podróży. Dziękuję Johnowi Brickowi, mojemu oddanemu koledze i cenionemu przyjacielowi, z którym pisałem inne książki, za ciągle motywowanie mnie do pracy i utwierdzanie w słuszności tego, co robię. Mojej przyjaciółce, Stephanie Jones, która przygotowała część pozycji bibliograficznych, szczególne uznanie należy się za pełną entuzjazmu pomoc przy maszynopisie. Na koniec chcę gorąco podziękować mojemu przyjacielowi, Peterowi Pociluykowi. Jest on wyjątkowym człowiekiem – pragnąc pomóc mi w pracy nad książką, dokładnie przeczytał maszynopis (co najmniej dwukrotnie), czyniąc wnikliwe uwagi i uzasadniając znaczenie pewnych materiałów dla profesjonalistów z danej dziedziny. Nigdy nie spotkałem równie zaangażowanego, pomocnego i wiernego kolegi. Ewentualny sukces niniejszej książki jest w dużej mierze wynikiem jego pomocy. Jestem mu ogromnie za to wszystko wdzięczny.

Wielu ludzi pomogło mi przejrzeć surowe materiały do dodatków znajdujących się na końcu książki. Wszyscy są pracownikami finansowanego przez rząd *Addiction Technology Transfer Centers* (ATTCs): Mary Beth Johnson – dyrektor krajowego urzędu ATTCs (w Kansas City, Missouri); Pat Stilen i Jan Wrolstad (Mid-America ATTC); Wendy Hausotter (Northwest Frontier ATTC), Richard Spence i Phil Orrick (Gulf Coast ATTC); Michael Flaherty, Holly Hagle, Heidi Norman, Melva Hogan, Joyce Boissell, Chris Hagle i Iburia Scott-Johnson (*Institute for Research, Education and Training in the Addictions*, IRETA i North-east ATTC).

Miałbym techniczne problemy ze złożeniem książki w całość, gdyby nie pomoc trzech pracowników *College of Pharmacy* przy uniwersytecie: Debbie Brand – starszej asystentki administracyjnej na oddziale farmakologii/toksykologii, która świetnie opracowała znakomitą bibliografię, studentki Heidi Lau, która ochoczo sprawdzała dokładność i kompletność przypisów, i Belindy Lehmkuhle w naszym ośrodku zasobów nauczania, która narysowała i dostosowała większość rycin i tabel, a jej kunszt możemy podziwiać na stronie internetowej naszego ośrodka.

Pamiętajmy zawsze w naszych modlitwach o tych, którzy cierpieli i stracili życie z powodu uzależnienia od alkoholu i innych narkotyków. Mam nadzieję, że informacje zawarte w tej książce pomogą uchronić rzesze innych ludzi przed podobnym losem.

Pozwolenia

Następujące osoby (w tym wydawcy) uprzejmie udzieliły pozwolenia na wykorzystanie objętych ich prawami autorskimi wymienionych rycin i tabel. Niewymienione tu tabele i ryciny to oryginalny materiał ilustracyjny lub materiały mojego autorstwa i osób wspomnianych w podziękowaniu.

Tabela 1.3 – zaadaptowana, za pozwoleniem, z: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision Copyright 2000. American Psychiatric Association.

Ryciny 2.3, 3.2 – zaadaptowane, za pozwoleniem, z: Cami, J. & Farre, M. (2003). *New England Journal of Medicine*, 349, 975–986. Copyright 2003. Massachusetts Medical Society. Wszelkie prawa zastrzeżone.

Rycina 3.3 – przedrukowana, za pozwoleniem, z: Koob, G. F. (2003). *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 27, 232–243. Copyright 2003. Lippincott, Williams & Wilkins.

Rycina 3.4 – przedrukowana, za pozwoleniem, z: Koob, G.F. & Le Moal, M. (1997). *Science* 278, 52–58. Copyright 1997. American Association for the Advancement of Science.

Rycina 3.5 – zaadaptowana, za pozwoleniem, z: Kalivas, P.W. & Volkow, N.D. (2005). *American Journal of Psychiatry*, 162, 1403–1413. Copyright 2005. American Psychiatric Association.

Ryciny 4.1, 4.2 – zaadaptowane z: Dick, D.M. & Faroud, T. (2002). *Alcohol Research & Health*, 26, 172–174.

Tabela 4.1 – zaadaptowana, za pozwoleniem, z: Mayer, P. i Höllt, V. (2005). *Current Opinion in Pharmacology*, 5, 4–8. Copyright 2005. Elsevier.

Ryciny 10.1, 10.2 – dzięki uprzejmości A. Pfefferbauma, Stanford University.

Uwagi tłumacza

Przełożenie tej fascynującej książki na język polski nie było łatwe. Pozornie wydawało się, że trudność sprawi rozbieżność terminologii, do której autor przywiązuje wielką wagę. Przy bliższym zapoznaniu się z tekstem okazało się jednak, że jeszcze istotniejszą kwestią są w tym przypadku różnice kulturowe. Filozofia życiowa amerykańskiej klasy średniej, w tym stosunek do problemu używania narkotyków, opiera się na fundamentalnym protestanckim założeniu, że przyjemność dla przyjemności jest sprawą moralnie podejrzaną, a nadmierna pogoń za radościami życia jest postawą w zasadzie grzeszną, bo powoduje zaniedbania obowiązków prawdziwego chrześcijanina. Stąd surowe potępienie używania wszelkich substancji poprawiających nastrój lub pozwalających odechnąć od szarżyzny dnia codziennego. Oczywiście w tak olbrzymim i tak różnorodnym kraju, jakim są Stany Zjednoczone, można spotkać poglądy skrajnie różne – poczynając od baptystów, uważających za grzech picie piwa, czy mormonów, niedopuszczających spożywania nawet kawy i herbaty (ale za to uznających kiedyś, a nawet praktykujących czasem do dziś wielożeństwo), kończąc na środowiskach hedonistycznych, akceptujących promiskuityzm i stosujących nagminnie substancje zmieniające świadomość, czego wybuch w postaci rewolucji hippisów obserwowaliśmy pół wieku temu. Jak zauważa w *Odurzonych* Richard Davenport-Hines, Amerykanie z jednej strony mają skłonność do imperializmu moralnego, narzucania całemu światu własnych norm kulturowych, bez zwracania uwagi na to, że niszczą tkankę społeczną innych wielkich narodów, nieuznających prymatu zachodnich norm moralnych, z drugiej przejawiają tendencję do przesadnej poprawności politycznej, lęku przed użyciem słów niewłaściwych, obraźliwych i stygmatyzujących, choć często w zasadzie neutralnych – i jest to przyczyną bardzo niespójnych niejednokrotnie zachowań. I jeszcze jedno: w odróżnieniu od postaw wynikających z kultury opartej na katolicyzmie, gdzie przywiązuje się ogromną wagę do miłosierdzia i wybaczenia, fundamentalistyczne wyznania chrześcijańskie nie znają sakramentu

pokuty i błędzący nie może liczyć na odpuszczenie grzechów nawet po upływie dziesiątków lat. Ten sposób myślenia, zgodny zresztą ze starotestamentowym ujęciem problemu grzechu i winy, dominuje w amerykańskim prawie i poglądach społecznych.

Takie fundamentalistyczne postawy wpłynęły na stosunek Amerykanów do narkotyków. Wypowiedziana przez prezydenta Nixona w 1969 roku „war on drugs” przyniosła chyba więcej szkody niż pożytku i nawet większość państw zrzeszonych w ONZ zaczyna dostrzegać, że w walce tej nagminnie łamie się prawa człowieka. Powstaje zatem pytanie, czy opłaca się skórka za wyprawkę. W każdym razie w maju 2009 roku administracja prezydenta Obamy oficjalnie zarzuciła wojowniczy język kampanii antynarkotykowej, zmieniając również jej nazwę.

Wróćmy do tłumaczenia. Erickson jest naukowcem i praktykiem uważającym narkomanię za zło, ale w odróżnieniu od wielu wrogów narkotyków to człowiek pełen empatii, starający się nieść pomoc ofiarom nałogu. W książce zwraca więc baczną uwagę na język, pisząc tak, aby nie był on stygmatyzujący, poniżający i pogardliwy. W tym miejscu zaczyna się jednak kłopot z tłumaczeniem. Już sam tytuł jest problematyczny: *addiction* – termin w języku angielskim o zdecydowanie negatywnym wydźwięku – może być tłumaczony na dwa sposoby: jako „uzależnienie” lub „nałóg”, przy czym słowa te mają nieco odmienne zabarwienie emocjonalne. Zatem *Science of Addiction* to nauka o nałogu czy o uzależnieniach? Mamy oczywiście do wyboru również słowo-potworek – „addyktologia”, ale nie uważam, aby było ono odpowiednie w kontekście tej książki, pisanej możliwie prostym językiem i takim językiem tłumaczonej. W zasadzie zdecydowałem się w przekładzie na bardziej neutralną wersję – „uzależnienie”, ale terminy te stosuję właściwie wymiennie.

Jakie jednak przyjąć słowo w języku polskim na określenie ofiary nałogu? *Addicted* w Ameryce ma bardzo silny wydźwięk pejoratywny. Polskie tłumaczenie – „uzależniony” nie jest tak negatywne. Dlatego w przekładzie będę używał tego słowa jedynie w stosunku do osoby chorej. Jeżeli jednak z kontekstu wynika, że celem autora było ostre potraktowanie ofiary nałogu, będę się uciekał do określenia „narkoman”.

Znacznie więcej kłopotów sprawia słowo *drug*. Oznacza ono zarówno „lek”, jak i „narkotyk”. W języku angielskim kojarzy się zazwyczaj negatywnie. W języku polskim „lek” ma konotacje pozytywne i – w odróżnieniu od angielskiego – nigdy nie oznacza substancji szkodliwych, a zwłaszcza uzależniających. Dlatego to kontekst decyduje, czy *drug* tłumaczę jako „lek”, czy jako „narkotyk”. *Drugged* nigdy nie określa się inaczej jak „odurzony” (chyba że „naćpany”, ale świadomie unikam slangu polskiej podkultury narkotykowej).

Słowo „narkotyk” również stwarza pewne problemy. We współczesnym języku polskim definiuje się je jako „substancja pochodzenia roślinnego, np. morfina, kokaina, lub otrzymywana syntetycznie, powodująca (zależnie od dawki) uspokojenie, euforię, zniesienie bólu, odurzenie, sen; nadużywana prowadzi do narkomanii” (*Słownik języka polskiego* PWN). Potocznie określa się nim substancje nielegalne i wtedy ma silne znaczenie pejoratywne. W tym właśnie sensie termin ten jest używany w przekładzie tej książki. Z punktu widzenia neurobiologa, uważającego narkotyki za substancje mogące powodować uzależnienie, definicję narkotyku spełniają także alkohol i nikotyna. Choć w ciągu ostatnich dziesięciu lat uznano wreszcie nikotynę za narkotyk, to jednak tym mianem ciągle się nie określa alkoholu. Przecież byłibyśmy wtedy zdecydowanie narodem narkomanów. Dlatego w przekładzie tej książki często pojawia się wyrażenie: „alkohol i inne narkotyki”, podkreślające jego – kulturowo – wyjątkowy status.

Kolejne kłopoty sprawiły słowa *abuse* i *abuser*. To pierwsze w języku angielskim ma więcej znaczeń niż polskich odpowiedników i ich wymowa jest zdecydowanie bardziej negatywna niż polskie „nadużycie”. Amerykańskie *abuser* może oznaczać grubianina, narkomana, a nawet zwyrodnialca. Tymczasem po polsku raczej nie powiemy o kimś, że jest „nadużywcem”, a rzeczownik „nadużycie” nie niesie tylu negatywnych konotacji, zwłaszcza w dziedzinie uzależnień. Używa się go w kontekście niewłaściwego czy przestępczego wykorzystania danej sytuacji, jak nadużycie władzy, prawa czy czyjegoś zaufania. Amerykański *abuser* bije żonę i gwałci pasierbicę. Polski „nadużywacz” to zazwyczaj naciągacz, czasem pijaczek, rzadko kiedy molestuje podwładnych. Erickson stara się unikać słowa *abuse* i tłumaczy dlaczego, ale niestety znajduje się ono w oficjalnym amerykańskim podręczniku psychiatrii DSM-IV (patrz przypis 1).

W niniejszym przekładzie zdecydowałem się na wprowadzenie niektórych terminów używanych w żargonie psychofarmakologów. Na przykład związki ogólnie obniżające aktywność układu nerwowego nazywam depresantami (ang. *depressants*), leki przeciwdepresyjne – antydepresantami. Postanowiłem też tłumaczyć *chemical dependence* (w przeciwieństwie od uzależnienia psychicznego, na przykład od hazardu, ale także od psychologicznych aspektów nadużywania narkotyku, skłaniających do jego zażywania jeszcze przed wystąpieniem *chemical dependence*) jako „uzależnienie chemiczne” zamiast poprawniejszego „uzależnienia od substancji”.

I na koniec: Erickson starał się pisać książkę nad wyraz przystępnie. Miał ją rozumieć każdy, kto sięga po narkotyki, i każdy, kto niesie tym ludziom pomoc. Aby zwrócić uwagę na to, że uzależnienie nie jest chorobą czysto psychiczną,

Erickson używa terminu „choroba medyczna” (*medical disease*). Brzmi to w języku polskim dziwnie, ale chyba dobrze oddaje intencje autora. Erickson, utrzymując w niniejszej pracy wysoki, ale przystępny standard popularyzatorski, czasami stosuje takie określenia i zwroty, przed którymi ja jako tłumacz wzdragam się, gdyż są niedopuszczalnym, moim zdaniem, uproszczeniem. Rozwiązuję to najczęściej za pomocą przypisów, mając nadzieję, że nie utrudni to zanedbato odbioru tego znakomitego dzieła Ericksona.

Jerzy Vetulani

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 doskonałe słowo, gdy ktoś chce mówić o zachowaniach wyrykających się spod kontroli, ale ponieważ jest nieprecyzyjne, umieszczam je w cudzysłowie. 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 beztrząsco 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 hazardystów. 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 preferuję 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 ogólnoswiatowym 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 mł 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 określani mianem „pijaków” albo „alkoholików”. Palących 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* (diabłach 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 tolenu”. Czy „nadużywanie inhalanta” jest tym samym co „uzależniający efekt tolenu”?

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, *chcica*, *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 abstynencji, 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.).