

PROCES

STANISŁAW OSSOWSKI

Wreszcie przyjechała! Otwieram szybko drzwi i znajduję się w środku. Wciskam palcem przypalony papierosem przycisk na którym do niedawna znajdowała się litera „P”. Ruszam w dół. XVI...XV...XIV... Nagle, powoli, miarowo, zwalnia, zatrzymuje się... XIII. A to pech! Poprzez porysowaną i do połowy zamalowaną, wąską szybkę, widać jakąś twarz, trochę znajomą, chociaż nie znajomą, bo co to za znajomi, którzy mijają się raz na cztery miesiące pod siedemnastopiętrowym molochem! Otwierają się drzwi. Sąsiad mija mnie przeciskając się powoli na tył obskurnej, ruchomej budki. Ruszamy dalej. Staram się wypatrzeć coś ciekawego na przesuających się powoli drzwiach, nie ma tu jednak nic na czym można by zawiesić wzrok od kiedy szarą farbą niechlujnie zamalowano tandetne napisy i rysunki. XII... XI... X... Na karku czuję jego ciężki oddech, wiem że jest kilka centymetrów za mną. Mogę się założyć że gapi się na czubek mojej głowy, albo czyta metkę wywinietą spod kołnierza mojej koszuli. Odwracam się bokiem opierając się o boczną ściankę i zerkając szybko na sąsiada.



Na ułamek sekundy spojrzenia spotykają się, ten jednak momentalnie spuszcza wzrok, a ja szybko spoglądam na panel z przyciskami jak gdyby wydarzyło się na nim coś niezwykle ciekawego. Zaraz potem na sufit. Za chwilę z powrotem na drzwi. Trzeba sprawić wrażenie że rozglądam się ot tak po prostu i to dlatego spojrziałem mu w oczy. Cholera! Może trzeba było zwyczajnie przywitać się i nie byłoby teraz problemu? Albo nie. Pomyślał by sobie pewnie że należy nawiązać jakąś rozmowę. To byłaby kłeska – do parteru pozostało przecież jeszcze dziesięć pięter! A odległość pomiędzy jednym a drugim trwa w takiej sytuacji wieki. IX... VIII... Gdyby chociaż weszła sąsiadka z siódmego, ta z dziećmi, nie było by tak źle, ciałniej co prawda, ale w tłumie łatwiej się przecież schować. VII... VI... Jedyne głuchy i miarowy odgłos mechanizmu windy i natrętny pisk popsutej już dawno świetlówki, przynoszą odrobinę ulgi od astmatycznego, świszczącego oddechu sąsiada. Może jednak trzeba było się przywitać? Teraz już za późno...

Czy jest to moja neurotyczna przypadłość? Bunt przeciwko sztuczności. Brak zgody na to co niewłaściwe, nie-

poprawne, niewyjaśnione? Czy nie przygniata mnie ciężar moich poczuciu powinnościowych? A może jest to typowa dla realisty, konformistyczna postawa kogoś kto dąży do chwilowej przyjemności i nie potrafi znieść minuty w sztucznej atmosferze? Choć gdybym był konformistą to pewnie zaakceptowałbym momentalnie tę dziwną, chociaż zupełnie codzienną sytuację. Nawet bym się z niej cieszył! Dobrze, więc nie jestem konformistą. Choć może podświadomie dążę do tego, poddaję się, ulegam urokowi tolerancji wszystkiego co mnie dręczy. Więc może jednak jestem realistą? A może cynikiem? Bo czy udając, że nie widzę stojącego o krok sąsiada, nie stawiam go w sztucznej sytuacji? Przecież czuje, że powinienem go zauważyć, jednak świadomie tego nie robię. A więc może jestem hipokrytą, który zakłada maskę cynika, aby wyjść bez ujmy z chwilowej opresji. A zresztą przecież jakiej ujmy?! Jakiej opresji?! Czy nie jestem przypadkiem, po prostu nadętym bufonem, grającym rolę kogoś tak ważnego, że nie widzi drugiego człowieka? Jednak rola cynika momentalnie budzi moją niechęć.

Kim więc jestem? Neurotykiem i idealistą nie potrafiącym zaakceptować ani siebie, ani rzeczywistości? Realistą, dla którego chwilowy brak komfortu i prywatności, momentalnie oznacza tragedię? Konformistą, który zgodzi się na wszystko dla ucieczki od ciężaru świadomości? Nieporadnym cynikiem, któremu nie pozostało nic prócz zgrywania, bezproblemowej postaci mającej wszystko gdzieś?

Może jest to proces – od neurotyka do hipokryty: nie godzę się najpierw na problem, szukam jego rozwiązania, przyczyny, obwiniam siebie, obwiniam innych; nie znajdując odpowiedzi staram się zaakceptować zaistniałą sytuację, wyciągnąć jakąkolwiek przyjemność; a gdy to się nie powiedzie, okazuję otoczeniu jaki to jestem bezproblemowy.

A jaki on jest? Czy on nie czuje się dziwnie? Czy nie jest zakłopotany? Czy nie stara się po chwili przeboleć, przeczekać, zaakceptować? Czy on nie udaje? Czy się nie zgrywa?

Czy to też nie jest proces? Czy obaj nie jesteśmy neurotykami wsiadającymi wspólnie na trzynastym, realistami w okolicach siódmego i wychodzącymi na parterze już jako hipokryci?

Głód alkoholowy: teoria i praktyka

KATARZYNA WESOŁOWSKA

Jednym z objawów zespołu uzależnienia od alkoholu jest silne pragnienie lub poczucie przymusu przyjmowania substancji. W praktyce na określenie tego objawu używa się słowa „głód” (ang. *craving* – pragnienie, chęć). Potrzeba zażywania substancji przez osobę uzależnioną jest wynikiem rozregulowania mezolimbicznego układu dopaminowego – osoba uzależniona ma wrażenie, że zażywając substancję wraca do równowagi. Dlatego głodu w uzależnieniach nie należy utożsamiać z potocznie rozumianym „chceniem”. Warto nadmienić, że obecnie pojmuje się chorobę uzależnienia chemicznego jako rozregulowanie neurotransmisji (zaburzenie aktywności neuronalnej mózgu), które rozwija się w strukturach podkorowych, tj. bez udziału świadomości. Paradoxem uzależnienia jest nasilające się aż do przymusu dążenie do zażycia substancji, której rzeczywiste działanie nagradzające jest coraz słabsze. Innymi słowy, nieustannie rośnie motywacja do poszukiwania ponownego kontaktu z czymś, co daje coraz mniejsze profity, a w końcu zaczyna generować nieporównywalne do tych profitów poniesione koszty i straty. Obecnie istnieje kilka teorii opisujących mechanizmy regulujące neuroadaptację i rozregulowania leżące u podstaw procesu uzależnienia; teorie te nie wykluczają się, a raczej wzajemnie uzupełniają. W zależności od rodzaju teorii różnie też tłumaczy się powstawanie głodu substancji. W patogenezie powstawania uzależnienia zwraca się szczególną uwagę na złożoność zaburzeń procesów motywacyjno-pędowych, związanych z układem nagrody oraz pamięci i uczenia się. Głód może powstawać jako skutek powtarzającego się przyjmowania substancji i utrwalania podświadomych, automatycznych procesów poznawczych. Może być generowany przez objawy odstawienia lub wzmocnienia pozytywne związane z działaniem substancji psychoaktywnej. Mechanizm powstawania głodu wiąże się z fazą przygotowawczą zachowań motywowanych przez alkohol (poszukiwanie substancji – *drug seeking, wanting*), choć głód nie zawsze musi w niej występować. Tak więc poszukiwanie alkoholu wcale nie musi być wywołane głodem, choć najczęściej głód mu towarzyszy. Nie jest do końca pewne, gdzie w mózgu powstaje ów trudny do ostatecznego wyjaśnienia głód alkoholowy; wydaje się, że głównym miejscem jego generowania jest kora oczodołowo-czołowa. Niektóre badania dowodzą, że te same ośrodki odpowiadają za odczuwanie głodu alkoholowego i impulsywność, a głód alkoholowy idzie w parze ze zwiększeniem impulsywności motorycznej. Osobie nieuzależnionej trudno zrozumieć zjawisko głodu alkoholowego, ponieważ nie jest to typowy głód dotyczący braku pożywienia. Sygnały odbierane przez mózg w obu tych sytuacjach mogą być bardzo podobne (uczucie ssania w żołądku, spadek apetytu lub nadmierne łaknienie itp.). Głód alkoholowy może występować w różnych okresach choroby, z różnym nasileniem i przejawiać się w różnych formach i postaciach. Z doświadczeń osób uzależnionych, zachowujących



długotrwałą abstynencją, wynika, że ma on tendencję do coraz rzadszego i coraz słabszego manifestowania się (w nawrotach uruchamia się ponownie). W praktyce ważne jest, by osoba uzależniona wiedziała, po czym poznać, że jest „na głodzie”. W zapobieganiu nawrotom picia i utrzymywaniu abstynencji równie ważne jest, by osoba uzależniona wiedziała, co powoduje lub nasila u niej głód. Takich „wyzwalaczy” głodu może być bardzo dużo. Mogą to być wewnętrzne stany emocjonalne, sposób myślenia i zachowania, sytuacje zewnętrzne, które sprzyjają picu itp. Klasycznym przykładem „wyzwalacza” jest fizyczna lub wirtualna obecność substancji: jej widok (reklam!), smak (wystarczy zjeść batonik czy cukierek z alkoholem), czy nawet dźwięk otwieranej puski z piwem. Objawy głodu mogą przejawiać się na poziomie somatycznym, emocjonalnym, poznawczym oraz behawioralnym. Oczywistym jego dowodem jest silna potrzeba wypicia alkoholu i to natychmiast. Bywa jednak, że głód alkoholowy nie jest tak łatwy do rozpoznania, szczególnie w fazie narastania. Odbierany jest przez osobę uzależnioną na wiele sposobów: jako uczucie napięcia, rozdrażnienia i „braku czegoś”; może to być cała gama uczuć zarówno nieprzyjemnych jak i przyjemnych. Ważne są zaburzenia snu i tzw. sny alkoholowe (zaburzenia snu są ważnym stymulatorem nawrotów). Pojawia się niekiedy tzw. „suchy kac” – obecność niektórych objawów zespołu odstawienia (np. drżenia rąk i ciała, pocenie się) w sytuacjach nie poprzedzonych spożyciem alkoholu, na przykład po śnie alkoholowym. Innym objawem są omamy smakowe i węchowe – wrażenie, że czuje się smak bądź zapach alkoholu, gdy obiektywnie nie jest to możliwe. Głodowi alkoholowemu towarzyszy pogorszenie pamięci i koncentracji, umysł zajęty jest natrętnymi myślami o alkoholu. Na poziomie behawioralnym głód może objawiać się to nadpobudliwością, postawą „zaczepną” i konfliktowością, przebywaniem w miejscach, gdzie pije się alkohol lub izolowaniem się i zamykaniem w sobie (szczególnie wtedy, gdy alkohol spożywany był w samotności). Osoba na głodzie szuka okazji i powodów do picia, uruchamiając cały zestaw zniekształceń poznawczych zwanych „pijaną logiką”.

W jaki sposób radzić sobie z głodem alkoholowym? Przede wszystkim trzeba chcieć sobie z nim poradzić (chęć i wola poradenia sobie kontra chęć napicia się). Pomocne w radzeniu sobie z głodem są techniki psychoterapii poznawczo-behawioralnej oraz terapii opartej na uważności. Podczas

nauki rozpoznawania głodu przydatne są tzw. dzienniczki głodu, rozpoznawanie jego wyzwalaczy (każdy uzależniony ma specyficzny ich zestaw), przestrzeganie zasad dla trzeźwiejących alkoholików, planowanie dnia. Trzeba uczyć się odraczania decyzji o piciu, radzenia sobie z emocjami i myślami wyzwalającymi głód, odmawiania picia, radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych, radzenia sobie z nawrotami. Dochodzi do tego konieczność poprawy relacji osobistych i kontaktów z innymi ludźmi, a także poprawy sytuacji zawodowej. Jak widać, nie wystarczy tylko nie pić. Trzeba się solidnie napracować, by naprawdę wytrzeźwieć i zatrzymać rozwój choroby. Pomocą w redukcji głodu alkoholowego i zapobieganiu nawrotom picia mogą być leki. Stanowią one funkcję wzajemnie uzupełniającą się z psychoterapią lub służą do redukcji szkód wywołanych uzależnieniem (*harm reduction*). Substancje, które mają za zadanie farmakologicznie obniżyć głód alkoholowy, działają m.in. na neurotransmitery w ośrodkowym układzie nerwowym. Do typowych leków przeciw głodowi alkoholowemu i przeciw nawrotowi należą naltrekson, akamprozat oraz dwie formy disulfiramu (doustna i w postaci tzw. „wszywki”). O ile dwie pierwsze substancje mają działanie na konkretne neuroprzekazniki, o tyle disulfiram wywołuje objawy choroby acetaldehydowej, tj. zatrucia aldehydem octowym (w praktyce może to prowadzić nawet do śmierci pacjenta). Przyjmowanie disulfiramu ma powodować „odstraszenie” osoby uzależnionej od przyjmowania alkoholu. Jednak w praktyce bardzo często chorzy uzależnieni albo go nie przyjmują, albo pozbywają się go (jeśli nie wszyty); bywa, że kontynuują picie pomimo przyjmowania preparatu. Substancja ta jest po prostu niebezpieczna dla zdrowia i życia osoby uzależnionej. Według niektórych badań disulfiram może mieć większe zastosowanie w leczeniu osób nadużywających alkoholu, ale jeszcze nieuzależnionych (to bardzo ważne rozróżnienie!), które potrafią kontrolować picie i „straszak” im wystarczy, by utrzymać trzeźwość. Stosowanie disulfiramu u osób uzależnionych jest wątpliwe merytorycznie i etycznie, choć zdania w tej kwestii są podzielone, o czym świadczy zarejestrowanie preparatu (leki pomocne w leczeniu choćby objawów odstawienia nie są zarejestrowane).

W podsumowaniu warto dodać, że dla uzyskania najlepszych wyników przyjmowaniu wszystkich wskazanych wyżej leków i substancji powinna towarzyszyć psychoterapia indywidualna i grupowa.