**„Głód” alkoholowy : teoria i praktyka.**

Wg klasyfikacji ICD 10 jednym z sześciu objawów zespołu uzależnienia od alkoholu jest **silne pragnienie lub poczucie przymusu przyjmowania substancji**. W praktyce potocznie używanym terminem na określenie tego objawu jest słowo „głód” (ang. craving – pragnienie, „chcica”- w odróżnieniu od „chcenia”). Obecnie uważa się, że potrzeba zażywania substancji przez osobę uzależnioną jest wynikiem rozregulowania mezolimbiczno-korowego układu dopaminergicznego ( 1,2). Choroba uzależnienia chemicznego jest rozumiana jako rozregulowanie neurotransmisji (zaburzenie aktywności neuronalnej mózgu), które rozwija się w strukturach podkorowych, tj. bez udziału świadomości (1) oraz, że u podstaw procesu uzależnienia leży plastyczność synaptyczna, która prowadzi do powstawania „pamięci uzależnienia” (2). Paradoksem uzależnienia jest nasilające się dążenie do zażycia substancji, której rzeczywiste działanie nagradzające jest coraz słabsze. Innymi słowy rośnie motywacja do poszukiwania ponownego kontaktu i pragnienie zdobywania czegoś , co daje coraz mniejsze profity i coraz słabiej nagradza , a w końcu zaczyna generować nieporównywalne do tych „profitów” koszty i straty (2,3). Istnieje kilka dobrze opracowanych teorii opisujących mechanizmy regulujące neuroadaptację i rozregulowania leżące u podstaw procesu uzależnienia. W patogenezie uzależnienia zwraca się szczególną uwagę na złożoność zaburzeń procesów motywacyjno-popędowych, związanych z układem nagrody oraz pamięci i uczenia się (1,3). Różnie też tłumaczy się zjawisko głodu alkoholowego, którego mechanizm powstawania wiąże się z fazą przygotowawczą zachowań motywowanych przez alkohol (poszukiwanie substancji- drug seeking,), choć głód nie zawsze musi w niej występować (2). Głód alkoholowy może powstawać, jako skutek powtarzającego się przyjmowania alkoholu i utrwalania podświadomych, automatycznych procesów poznawczych, gdzie różnorodne bodźce mogą je uruchamiać (bodźce pierwotnie obojętne stają się wzmocnieniami wtórnymi, warunkowymi i nabierają znaczenia motywacyjnego). Głód może być generowany przez wzmocnienia pozytywne związane z psychoaktywnym działaniem alkoholu lub wzmocnienia negatywne – np. objawy odstawienia (5). W początkowym okresie rozwoju uzależnienia decydujące znaczenie ma wzmocnienie pozytywne , zaś do utrwalenia uzależnienia i występowania nawrotów głównie przyczynia się wzmocnienie negatywne (3). Picie alkoholu u osób pijących długotrwale może być wyzwalane przez dominujące przykre stany drażliwości czy depresji, które mają być uśmierzane przez alkohol (3). W powstawaniu głodu może brać udział zjawisko rozniecania (kindlingu) - powtarzające się epizody picia/odstawienia utrwalają nadpobudliwość neuronalną w OUN, na skutek czego osoba uzależniona z utrzymującymi się objawami abstynencyjnymi (”rozniecona”) doświadcza coraz silniej głodu alkoholowego, nawet bez kontaktu z alkoholem , szczególnie w reakcji na bodźce przypominające sytuacje związane z piciem (5,7). Nie jest do końca pewne, gdzie w mózgu powstaje ów trudny do ostatecznego wyjaśnienia „głód alkoholowy”: jako miejsca jego generowania są wymieniane m.in. kora oczodołowo-czołowa, zakręt obręczy , prążkowie ( 1,2,5). Niektóre badania dowodzą, że te same ośrodki w OUN odpowiadają za odczuwanie głodu alkoholowego i impulsywność, a głód alkoholowy idzie w parze ze zwiększeniem impulsywności motorycznej, która ściśle wiąże się z poszukiwaniem stymulacji (4,6).

Osobie nieuzależnionej trudno zrozumieć zjawisko głodu alkoholowego, ponieważ, jak wspomniałam, nie jest to typowe, znane wszystkim uczucie głodu, choć czasami ich przejawy wydają się bardzo podobne (np. uczucie ssania w żołądku). Co ciekawe, pacjenci w większości potrafią rozróżnić ssanie w żołądku „na jedzenie” od tego „na alkohol”. 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 abstynencję 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 poznaje, 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: począwszy od wewnętrznych stanów emocjonalnych, poprzez sposób myślenia i zachowania, do sytuacji zewnętrznych, które sprzyjają piciu. Klasycznym przykładem wyzwalacza jest fizyczna lub wirtualna obecność substancji: jej widok (w tym reklamy ), smak (wystarczy zjeść batonik czy cukierek z alkoholem) czy nawet dźwięk np. otwieranej puszki z piwem. Silnymi wyzwalaczami są miejsca, które kojarzą się z przyjemnością picia alkoholu oraz wspomnienia, które w umyśle osoby uzależnionej ulegają „koloryzowaniu” na korzyść pozytywnych doświadczeń z alkoholem. Objawy głodu mogą przejawiać się na poziomie somatycznym, emocjonalnym, poznawczym oraz behawioralnym. Oczywistym jego dowodem jest silna potrzeba wypicia alkoholu z tendencją do natychmiastowego zrealizowania. Często jednak nie jest tak łatwy do rozpoznania, szczególnie w fazie narastania. Odbierany jest przez osobę uzależnioną na wiele sposobów: może to być np. uczucie napięcia, rozdrażnienia i „braku czegoś”; może to być cała gama uczuć zarówno nieprzyjemnych jak i przyjemnych (np. emocje związane z oglądaniem meczu - o ileż są silniejsze po „wzmocnieniu” alkoholem); mogą występować zaburzenia snu i tzw. sny alkoholowe (zaburzenia snu są ważnym predyktorem nawrotów (5)); może występować tzw. „suchy kac” – czyli niektóre objawy zespołu odstawienia (np. drżenia rąk i ciała, pocenie się) w sytuacjach, gdy nie było spożycia alkoholu -np. po śnie alkoholowym ( uwaga: nie należy mylić zespołu odstawienia z potocznie rozumianym „kacem” u osób nieuzależnionych oraz nie mylić go z objawami głodu); mogą występować omamy smakowe i węchowe (wrażenie, ze czuje się smak bądź zapach alkoholu, gdy obiektywnie nie jest to możliwe) ; często objawom głodu towarzyszy pogorszenie pamięci i koncentracji, a umysł zajęty jest natrętnymi myślami o alkoholu czy o osobach, które piją; na poziomie behawioralnym głodowi mogą towarzyszyć nadpobudliwość, postawa „zaczepna” ,konfliktowość i narastająca impulsywność (ważny predyktor nawrotu picia(6)), przebywanie w miejscach, gdzie pije się lub piło alkohol lub izolowanie się i zamykanie w sobie (szczególnie w sytuacji modelu picia w samotności) . Na marginesie: objawy depresyjne są silnym predyktorem złamania abstynencji i powrotu do picia (6). Osoba „na głodzie” szuka okazji i powodów do picia, uruchamiając cały zestaw zniekształceń poznawczych zwanych „pijaną logiką” (racjonalizowanie, minimalizowanie, obwinianie etc.).

W jaki sposób radzić sobie z głodem alkoholowym?

Przede wszystkim chcieć sobie z nim poradzić (chęć i wola poradzenia sobie kontra „chcicy” napicia się). Pomocne w radzeniu sobie z głodem są m.in. techniki psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Na przykład: nauka rozpoznawania głodu (przydatne są tzw. „dzienniczki głodu”), rozpoznawanie jego wyzwalaczy (oprócz uniwersalnych, każdy uzależniony ma swój specyficzny zestaw), przestrzeganie zasad dla trzeźwiejących alkoholików, planowanie dnia; nauka odraczania decyzji o piciu, nauka radzenia sobie z emocjami i myślami wyzwalającymi głód, nauka odmawiania picia (treningi asertywności), nauka radzenia sobie z nawrotami. Bardzo istotne są w dalszym etapie: nauka radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych, poprawa relacji osobistych i kontaktów z innymi ludźmi ; poprawa sytuacji zawodowej. Pomocny a czasami niezbędny jest również udział w dobrze prowadzonych mitingach samopomocowych Anonimowych Alkoholików i stosowanie prostych metod: np. ”dzisiaj nie piję”. Jak widać, by naprawdę wytrzeźwieć i zatrzymać rozwój choroby, nie wystarczy „tylko nie pić” -trzeba się solidnie napracować i dbać o utrzymywanie trzeźwości.

Pomocą w redukcji głodu alkoholowego i zapobieganiu nawrotom picia mogą być również środki farmakologiczne. Stanowią one funkcję uzupełniającą się z psychoterapią lub służą do redukcji szkód wywołanych przez uzależnienie (harm reduction). Substancje, które mają za zadanie farmakologicznie obniżać głód alkoholowy działają m.in. na neurotransmitery w OUN. Jednak „związki te (..) same przez się nie zahamują picia” (1), co potwierdza praktyka. Do leków przeciw głodowi alkoholowemu (anti-craving) i przeciw nawrotowi (anti-relapse) zarejestrowanych w Polsce należą: naltrekson, akamprozat oraz dwie formy disulfiramu (doustna i w postaci podskórnej implantacji- tzw. „wszywki”). O ile dwie pierwsze substancje mają działanie na konkretne neuroprzekaźniki , o tyle disulfiram wywołuje objawy „choroby acetylaldehydowej”, tj. zatrucia aldehydem octowym. W praktyce może to oznaczać nawet śmierć pacjenta. Przyjmowanie disulfiramu ma powodować efekt awersyjny, tj. „odstraszenie” osoby uzależnionej od przyjmowania alkoholu. Jednak w praktyce bardzo często chorzy uzależnieni albo go nie przyjmują, albo pozbywają się go (jeśli jest wszyty) albo kontynuują picie pomimo przyjmowania go. Substancja ta może być niebezpieczna dla zdrowia i życia osoby uzależnionej. Wg niektórych badań disulfiram może mieć większe zastosowanie w leczeniu osób nadużywających alkohol (ale jeszcze nieuzależnionych - jest to bardzo ważne rozróżnienie!), które potrafią kontrolować picie (1). Wg mnie stosowanie disulfiramu u osób uzależnionych jest wątpliwe merytorycznie i etycznie, choć zdania w tym temacie są podzielone (o czym świadczy ponowne zarejestrowanie preparatu). Jako kuriozalny przypadek przytoczę sytuację z mojej praktyki, gdy żona uzależnionego pacjenta otrzymała zalecenie od kuratora sądowego, by bez wiedzy męża rozpuszczać disulfiram w herbacie lub zupie i podawać aktywnie pijącemu mężowi. Od lekarza rodzinnego „zaocznie” otrzymała receptę (sic!). W podsumowaniu warto dodać, że dla uzyskania najlepszych wyników przyjmowaniu wszystkich ww leków i substancji powinna towarzyszyć psychoterapia indywidualna i grupowa (1).

Piśmiennictwo:

1. Erickson C. (2009) Nauka o uzależnieniach- od neurobiologii do skutecznych metod leczenia, Drukarnia Wydawnictw Naukowych w Łodzi,
2. Koroś E., Bieńkowski P., Kostowski W. (2001) Od motywacji do „nagrody”. Eksperymentalne modele głodu i nawrotów picia alkoholu etylowego, Alkoholizm i Narkomania, Tom 14 nr 1
3. Kostowski W. (2009) Podstawowe mechanizmy i teorie uzależnień, Alkoholizm i Narkomania, Tom 22, numer specjalny
4. Jakubczyk A., Wojnar M. (2009) Znaczenie impulsywności w przebiegu i rozwoju uzależnienia od alkoholu, Alkoholizm i Narkomania, Tom 22 nr 4
5. Wojnar M., Ślufarska A., Jakubczyk A. (2009) Nawroty w uzależnieniu od alkoholu. Część I: Definicje i modele, Alkoholizm i Narkomania, Tom 22, numer specjalny
6. Wojnar M., Ślufarska A., Klimkiewicz A. (2009) Nawroty w uzależnieniu od alkoholu. Część III: Społeczno-demograficzne i psychologiczne czynniki ryzyka, Alkoholizm i Narkomania, Tom 22, numer specjalny
7. WHO, Leksykon terminów alkohol i narkotyki (1997), Instytut Psychiatrii i Neurologii