



UZALEŻNIENIE – WYBÓR CZY KONIECZNOŚĆ?

Jerzy W. Aleksandrowicz (Kraków)



Używanie substancji psychoaktywnych i uzależnianie się od nich powoduje nie tylko zaburzenia zdrowia. Jego rozpowszechnienie jest poważnym problemem społecznym, zarówno ze względu na liczbę osób wymagających leczenia, jak i częstość przestępstw powodowanych przez osoby uzależnione. Około 1% dorosłych Europejczyków codziennie używa konopi indyjskich, często są przy tym równocześnie uzależnieni także od alkoholu, heroiny i kokainy, barbituranów itp. Najczęściej używanymi substancjami są marihuana i alkohol. W Polsce, ponad 3 000 000 osób (ok. 12% populacji) choruje na zaburzenia związane z alkoholem, a prawdopodobnie ponad ok. 600 000 osób jest od niego uzależnionych. Jak wynika z badań opublikowanych w 2012 roku, doświadczenia z narkotykami – głównie marihuaną i haszyszem – miało ponad 1 000 000 osób, a tytoniu używa (nadużywa?) ponad 9 000 000 Polaków w wieku 18–64 lat. Statystyki dotyczące używania amfetaminy, halucynogenów, kokainy itp. są znacznie mniej miarodajne, ale tzw. „dopalacze”, zawierające rozmaite substancje psychoaktywne, są używane przez 10–20% naszej populacji.

Powszechność korzystania z alkoholu i palenia tytoniu świadczy o tym, że bardzo wielu ludzi doświadcza potrzeby przynajmniej chwilowego oszołomienia. Już samo to stwarza podstawy do niepokoju o kondycję psychiczną społeczeństwa, a przy tym budzi wątpliwości, czy takie substancje powinny być łatwo dostępnym sposobem unikania przykrych stanów psychicznych, czy też – przeciwnie – dostęp do nich powinien być maksymalnie utrudniany po to, by wymuszać inne, bardziej konstruktywne sposoby radzenia sobie z frustracją. Zarazem jednak doświadczenie uczy, że prohibicja i restrykcyjne przepisy prawne nie są skutecznym rozwiązaniem. Nie jest nim jednak także legalizacja, nawet związana z różnymi formami ograniczeń i kontroli.

W gruncie rzeczy każdy stan oszołomienia narkotykiem czy upojenia alkoholowego jest ostrą, na szczęście przemijającą, psychozą intoksykacyjną, w której dochodzi do zaburzeń świadomości. Najczęściej jest to sposób unikania dyskomfortu powodowanego przez zakłócenia w przeżywaniu, poprzez wywoływanie jeszcze intensywniejszych zakłóceń. Ale znacznie większym zagrożeniem, niż pojedyncze

doświadczenia wynikające z chwilowych potrzeb zagłuszenia frustracji lub z ciekawości poznawczej, jest nawyk lub nawet przymus ponawiania intoksykacji w oczekiwaniu na skutki ich działania lub w celu uniknięcia tzw. zespołów abstynencyjnych – uzależnienie od tych substancji.

Najbardziej znane jest uzależnienie od opiatów, np. morfiny, heroiny. Stają się one elementem procesów metabolicznych, w przypadku ich braku powstają zaburzenia zdrowia analogiczne do powstających w przypadku braku pożywienia, cukru, białek czy witamin. W odróżnieniu jednak od pragnienia i głodu, z czasem coraz trudniejsze staje się uzyskanie stanu nasycenia. Wymaga to przyjmowania coraz większych ilości narkotyku, a jego brak powoduje rozmaite dolegliwości („zespół abstynencyjny”). Biologicznie uwarunkowana potrzeba tych substancji staje się ważniejsza od wywoływanych przez nie szkód, a nawet od ich efektu psychotropowego – poczucia spokoju, rozluźnienia, poprawy nastroju itp. Rośnie zagrożenie wystąpieniem dodatkowych zaburzeń zdrowia, zarówno wywoływanych przez działanie opiatów, jak i zaniedbaniami higieny i infekcjami, zwłaszcza wirusowymi.

Większość z tych substancji, podobnie jak alkohol, działa hamująco na funkcję czołowych struktur mózgowych, wyzwalając manifestację aktywności struktur „starszych” – m.in. pobudzenie i agresję. Prawie wszystkie powodują zaburzenia świadomości związane z zakłóceniem funkcji poznawczych, często przeżycia o charakterze urojeniowym, halucynacje, zaburzenia nastroju – niekiedy depresję, lęk, euforię, a także bezkrytyczne wzmoczenie samopoczucia. Neurofizjologiczne aspekty uzależnienia opisuje się w kategoriach mechanizmów aktywacji ośrodków i sieci mózgowych, będącej źródłem przyjemnych doznań („układ nagrody”), związanych zwłaszcza z procesami przekazywania sygnałów w układach dopaminergicznym i opioidowym. Uważa się, że pobudzenie ciała migdałowatego i kory przedczołowej u osoby uzależnionej, jest skutkiem pobudzenia biegnącego od jądra półleżącego oraz pola brzuszego nakrywki, wymuszając poszukiwanie narkotyku, właściwie z pominięciem woli człowieka, a czasem nawet i bez jego świadomości. W powstawaniu uzależnień doszukuje się też, z większym lub mniejszym sukcesem, uwarunkowań genetycznych.

Zarówno w przypadku sporadycznych ostrych zastrużeń, jak i w sytuacji uzależnienia od substancji psychoaktywnych pojawia się pytanie, czy dochodzi do tego w wyniku świadomej (nawet jeśli nie całkiem świadomej) decyzji jednostki dysponującej wolną wolą, czy też jest konsekwencją obiektywnych uwarunkowań, np. genetycznych, na które nie mamy większego wpływu. Argumentem za nieuchronnością uzależnienia ma być m.in. powszechność jego występowania, niezależnie od warunków socjokulturowych (różnią się jedynie jego formy). Jednak podobnie, jak uwolnienie się od uzależnienia może dokonać się w wyniku aktu woli, świadomej decyzji (zwłaszcza jeśli jest ona wspierana aprobatą otoczenia), tak samo powstanie uzależnienia może być konsekwencją decyzji, wyboru dokonanej przez jednostkę (choć również na ogół pod wpływem środowiska społecznego).

A więc, czy uzależnienie jest zdeterminowane, genetycznie lub środowiskowo, czy też jest skutkiem samodzielnego wyboru, decyzji zależnej od podmiotu? Nie ma tu prostych i jednoznacznych odpowiedzi, bo jak np. potraktować uzależnienie od morfiny powstałe po zaaplikowaniu jej nieprzytomnemu choremu w celu uśmierzenia bólu? Albo jatrogennie uwarunkowane uzależnienie od leku psychotropowego, przepisywanego na receptę?

Grupa zjawisk nazywanych uzależnieniami obejmuje jednak nie tylko oszałamianie się różnymi środkami psychoaktywnymi. Tak samo określa się i kwalifikuje jako zaburzenie rozmaite zachowania, w których dochodzi do utraty kontroli nad nimi – np. pracoholizm, seksoholizm itp. Uzależnienie od mody, komputera, telewizora, zakupów, doświadczania sytuacji ekstremalnych, jedzenia (zwłaszcza słodczy) czy odchudzania, pornografii, ćwiczeń fizycznych itp. podobnie sterowane jest poczuciem przymusu, a w przypadku powstrzymywania się od nich powstaje napięcie (co czyni je podobnymi do natręctw). W przeżywaniu dominuje ciągłe myślenie o tych zachowaniach, przysłaniają one wszystkie inne obszary aktywności, stają się czymś, bez czego nie można żyć. Niekiedy, tak jak w przypadku uzależnienia od hazardu, dokonywania samookaleczeń, seksu, czy pornografii, można w tym dostrzec zaburzenia popędów, tak też niektóre z nich są klasyfikowane przez psychiatrię – jako zaburzenia nawyków i impulsów, a nie uzależnienia.

Podobnie jak w uzależnieniu biologicznym, najprawdopodobniej przyjemność związana z takimi aktywnościami wynika z uruchomienia mózgowego „układu nagrody”, co prowadzi do uzależnienia. Ale nawet wtedy, gdy nie doświadczają się przyjemności,

pojawia się przymus działań, od których jest się uzależnionym. Pozbawienie ich jest źródłem cierpienia, swoistego „zespołu abstynencyjnego”. Uzależnienie od takich zachowań niewiele się więc różni od uzależnienia od narkotyków.

Z powstawaniem uzależnień wiąże się struktura osobowości, której rozmaite zakłócenia są tak częste u osób uzależnionych (zarówno od substancji odurzających jak i od szczególnych zachowań), że aż bywają uznawane za główną ich przyczynę. Zaburzenia osobowości (stanowiące odrębną grupę zaburzeń psychicznych), z pewnym uproszczeniem można sprowadzić do dominacji takich cech i wzorców zachowania, które utrudniają prawidłowe funkcjonowanie. Zakłócone są procesy poznawcze i uczuciowość, panowanie nad impulsami i zaspokajanie potrzeb. Nieelastyczność i nieprzystosowanie – odmiennosc od powszechnych, „normalnych” wzorców przeżywania i zachowania – jest przyczyną nieskuteczności sposobów radzenia sobie w życiu i z sobą samym, powodem cierpienia takiej osoby, a chyba jeszcze bardziej jej otoczenia. Powoduje to powstawanie napięć i konfliktów, zarówno w relacjach z innymi, jak w obszarze psychiki podmiotu. Oszołomienie i poprawa samopoczucia mogą być wówczas bezpośrednim powodem sięgania po przynoszące ulgę narkotyki, a uzależnienie od nich bywa wynikiem dążenia do przedłużenia okresów zagłuszenia przykrych przeżyć.

Niektóre odmiany zaburzeń osobowości, związane zresztą z specyficznymi zakłóceniami procesów neurotransmisji, wiążą się z rodzajem uzależnienia – np. osoby lękowe, szczególnie unikające zagrożeń, poszukują oszołomienia; zaburzenie określane nazwą „osobowość zależna” skłania do uzależnienia się od osób dominujących, a ci, których zaburzenie polega na poszukiwaniu silnych przeżyć i nowych bodźców, częściej uzależniają się od substancji stymulujących. Potrzeba silnej ekscytacji w przypadku nałogowego hazardu czy przeżywania sytuacji ekstremalnych jest przeżyciem psychicznym, ale i wtedy dochodzi do rozmaitych zmian somatycznych – wyrzutu adrenaliny, a nawet do adaptacji do stale wysokiego poziomu hormonów (szczególne znaczenie przypisuje się zwłaszcza wzrostowi wydzielania jednego z neuroprzekazników – dopaminy, takiemu samemu, jaki następuje po zażyciu narkotyku pobudzającego układ dopaminergiczny).

Powstawanie takich uzależnień jest także uwarunkowane społecznie. Może, tak jak w przypadku osoby zależnej, której głównymi cechami są bierność, podporządkowanie otoczeniu, uległość, niepewność, bezradność i poczucie niekompetencji, wynikać z obawy przed osamotnieniem. Powoduje to uzależnienie

się od dominujących osób i od grupy, do której przynależą. To ostatnie jest zresztą częstym powodem przyjmowania środków psychoaktywnych i uzależnienia od nich, jeśli jest to normą w takiej grupie. Dotyczy to także innych rodzajów zaburzeń osobowości i innych rodzajów uzależnienia – np. od sytuacji ekstremalnych (np. w środowisku alpinistów), od wierzeń obowiązujących w jakiejś grupie religijnej czy sekcje, od ideologii czy poglądów partii politycznych. O powstaniu uzależnienia decyduje wówczas komplementarność potrzeb jednostki z ofertą, jakiej dostarcza taka grupa społeczna.

Niekiedy, wpływ obyczajów i norm wydaje się główną przyczyną powstawania uzależnień – w naszej np. kulturze, w której spożywanie napojów alkoholowych i palenie tytoniu jest trwałym elementem codziennego życia, może to decydować o powstawaniu uzależnienia od alkoholu i nikotyny. Nie bez znaczenia są oczywiście także korzyści psychiczne – rozluźnienie, uspokojenie albo przeciwnie – mobilizacja, ale chyba największe znaczenie mają silne więzi powstające między ludźmi i konformizm.

Uzależnienie od substancji oszałamiających i od zachowań, dominujących życie człowieka, niewiele się więc różni od uzależnienia od dominujących osób, autorytetów, czy „grup odniesienia” w których jednostka toczy swoje życie. We wszystkich tych sytuacjach najistotniejsze wydaje się poszukiwanie możliwości ucieczki od trudnych, sprawiających przykrość przeżyć, przeżyć związanych zarówno z dramatycznymi okolicznościami życiowymi, przekraczającymi możliwości radzenia sobie, jak i z konfliktami lub innymi trudnościami w przeżywaniu, wywołanymi sprzecznymi motywami, błędnymi schematami poznawczymi, niemożności „poradzenia sobie z samym sobą”, ograniczeniami zaspokojenia potrzeb i pragnień itp.

Z współczesnych badań wynika, że zakłócenia procesów psychicznych, powstające w wyniku działania bodźców środowiskowych łączą się z takimi samymi zakłóceniami procesów przewodzenia sygnałów w synapsach jak te, które wywołane są intoksykacją. Stan psychiczny wpływa na te procesy i na produkcję hormonów – adrenaliny, endorfin, sterydów. Identycznie, zażycie substancji psychotropowej czy chorobowe zmiany układów produkujących hormony wpływają na stan psychiczny. Dlatego rozumowanie, w którym okoliczności o charakterze biologicznym uznawane są za przyczyny, a przeżywanie lub jego zakłócenia za skutki tych okoliczności, ma ograniczoną wartość – bardziej adekwatne okazuje się rozumowanie w kategoriach „reakcji zwrotnych”, „przyczynowości cyrkularnej” lub „całościowej reakcji” zarówno

soma, jak i psyche na jakiś zewnętrzny bodziec. Uzależnienie nie jest więc wyłącznie (ani nawet przede wszystkim) zakłóceniem procesów fizjologicznych – jest splotem okoliczności o charakterze biologicznym, psychologicznym (w tym osobowościowym) i społecznym.

Co więc uznać za najważniejsze w tym zespole przyczyn uzależnienia? Trudności i konflikty psychiczne powodujące stan psychiczny, który się chce zagłuszyć, oddalić, czy konsekwencje uciekania od tych przykrych przeżyć? Towarzyszące tym stanom zjawiska neuropsychologiczne i hormonalne, czy uwarunkowania osobowościowe i socjokulturowe?

Może do odpowiedzi na to pytanie zbliży rozważanie jeszcze innego rodzaju zjawisk, również nazywanych „uzależnieniem”, powstających wówczas, gdy dwie osoby łączy silny związek uczuciowy lub związek, stwarzany przez sieć relacji społecznych.

Wzajemne uzależnienie wydaje się trwałym, immanentnym elementem wszystkich relacji międzyludzkich, także tych które mają charakter „partner-ski”. Milcząca, a raczej ukryta zgoda na takie (współ) uzależnienie wydaje się koniecznością utrzymania związku, a potrzeba uzależnienia od drugiej osoby jedną z fundamentalnych potrzeb, związanych z naturą ludzką. Trudności w realizowaniu owej potrzeby mogą skłaniać do uzależniania się od zastępczych obiektów – substytutów. Czasem są to przedmioty i sytuacje, symbolizujące rzeczywisty obiekt – drugą osobę, a czasem okoliczności służące przede wszystkim zagłuszeniu frustracji, wynikającej z niezaspokojenia potrzeby uzależnienia.

Uzależnienie jest nie tylko cechą związków międzyludzkich, jest wszechobecne. Wszystko co żyje, istnieje tylko dzięki otoczeniu, środowisku, od którego jest zależne. Nawet dla tych organizmów, które nie potrzebują niczego i nikogo „z zewnątrz”, by się rozmnożyć, środowisko będące źródłem substancji odżywczych jest warunkiem przeżycia. Im wyższy stopień złożoności i zróżnicowania organizmu, tym większy poziom niesamowystarczalności i zależności, od środowiska i od innych osobników tego samego gatunku.

Uzależnienie jest naturalnym zjawiskiem w pierwszym okresie życia, w którym związek z matką ma charakter symbiozy, stopniowo rozluźnianej w toku procesów separacji i indywidualizacji, odróżniania siebie od innych i budowania relacji z nimi. Na ogół, w miarę dorastania i powstawania wielu równoległych związków podmiotu z wieloma osobami (procesów socjalizacji), to pierwotne uzależnienie coraz bardziej przeszkadza, budzi bunt i protest, potrzebę uzyskania samodzielności. Ale w gruncie rzeczy

niezależność od rodziców oznacza możliwość uzależnienia się. Konsekwencją zerwania pierwotnej symbiozy jest przecież tworzenie związków z innymi osobami, będącymi obiektami, na których skupiają się emocje – na ogół głównie miłości, ale także złości i wrogości.

Podobną do dziecięcej symbiozy zależność dorosłego na ogół traktuje się jako wyraz „niedojrzałości” – chyba niesłusznie, bo jest to raczej specyficzna forma zaburzonego, ale dojrzałego funkcjonowania. Jej podobieństwo do zachowań dziecięcych bardziej myli, niż cokolwiek tłumaczy. Współcześnie np. coraz częściej trzydziesto- czy nawet czterdziestoletni ludzie nadal zamieszkują z rodzicami i korzystają z ich opieki, uzależnieni ekonomicznie i emocjonalnie – tak jak niemowlę czy „małolat”. Nie są oni jednak dziećmi, lecz dorosłymi osobami, które z różnych powodów wybierają taki sposób funkcjonowania. Często ich uzależnienie od rodziców (i rodziców od nich) ma wszelkie cechy substytutu bliskich, współuzależniających związków z niedostępnymi, rówieśniczymi partnerami.

Prawdopodobnie trafne są tezy psychoanalitka Jacques'a Lacana mówiące o tym, że „niekompletność” jednostki ludzkiej, nie mogącej samodzielnie zapewnić sobie środków do przeżycia i rozmnożenia, zaspokoić podstawowych potrzeb biologicznych, jest motorem jej działania i rozwoju, fundamentem życia psychicznego. Doświadczanie „niepełności”, istnienia jakiegoś „braku”, jest nieświadomym źródłem pożądania i bezowocnym poszukiwaniem tego, co mogłoby w pełni zaspokoić to pragnienie. Można by dodać – skazuje na uzależnienie od tych poszukiwań. Jest to działanie, w gruncie rzeczy, podejmowane z pozycji skrajnie egocentrycznej mimo, że pożądanie, to w istocie pragnienie tego, by być pożądanym, a więc uzależnieniem od tego doznania i od tego, kto pożąda. Wiąże się z tym koncept „Wielkiego Innego” (L' Autre), tego, który pragnie podmiotu – nieświadomej symbolicznej instancji ustanawiającej prawo, umożliwiającej status podmiotu i posługiwanie się językiem.

Związek z konkretnym drugim człowiekiem, jego obecność i bliskość, może częściowo i pozornie zmniejszać doświadczanie niekompletności, ale nikt ani nic nie może w pełni dostarczyć tego, czego podmiotowi brakuje. Realny związek międzyludzki jest – wg Lacana – substytutem, niezależnie od tego, jak wiele wartości wnosi, nie może zaspokoić owej potrzeby otrzymania tego, czego podmiot pragnie, Innego, „wypełnienia braku”. Realny partner tym nie dysponuje, a ponadto przecież również poszukuje uzyskania tego, czego mu brak. Relacja między ludźmi może być więc w tym zakresie bardziej lub

mniej komplementarna, ale nigdy w pełni nie może zaspokoić pragnienia jednostki, uzależnienie okazuje się więc tym bardziej nieuchronne.

W świadomym przeżywaniu obiekt tego pragnienia, „Wielki Inny”, wyraża się jedynie jako abstrakt, idea. Czasem przybiera ona postać ideologii, „wyższego celu”, systemu wartości. Bardziej lub mniej doskonale uprzedmiotawiają one tę nieświadomianą, tworzoną w wyobraźni postać idealnego, bezosobowego „Kogoś”, tego kto dysponuje tym wszystkim czego jednostce brakuje. Na ogół dochodzi do uzależnienia się od takiego abstraktu, często przybierającego formę fanatycznego posłannictwa, któremu podporządkowywane jest całe życie.

Inna sprawa, że wszystkie te substytuty skazują w ostatecznym rozrachunku na frustrację. Właściwie jedynie wyobrażenie jakiegoś odległego i potężnego, a przy tym bezgranicznie dobrotliwego Boga może sprostać takim oczekiwaniom. Być może wyjaśnia to powszechność produkowania takiego wyobrażenia (w różnych odmianach, zależnych od warunków socjokulturowych). Ale odnalezienie rzeczywistego obiektu pożądania w takiej – również substytucyjnej – idei, jest ograniczona zwłaszcza, gdy „związek z Bogiem”, podobnie jak związek z drugim człowiekiem, wymaga narzucania sobie rozmaitych ograniczeń.

Warto jednak zauważyć, że wszelkie uzależnienie – od przedmiotów, środowiska, doktryn czy od innych ludzi – jest uznawane za coś, czego należy unikać, coś negatywnego, nawet uwłaczającego. Prawidłowe funkcjonowanie jest powszechnie wyobrażane jako kierowanie się wolną wolą, niezależnymi od cudzych opinii świadomymi (a przynajmniej pozornie uświadomianymi) motywami podejmowania decyzji, kierowania się wolną wolą, bardziej czy mniej racjonalnym, ale zawsze własnym wyborem. Ale czy te powszechne przekonania o wysokiej wartości wolności, niezależności, o potrzebie dążenia do nich i sprzeciwu wobec jakiegokolwiek uzależnienia, nie są jedynie wyrazem protestu i zaprzeczania temu, co nieuniknione? Czy nie są reakcją na uzależnienie będące czymś nieuchronnym, wynikającym z natury człowieka i integralnie związanym z ludzką egzystencją? Czy „niezależność” nie jest wyłącznie obronnym mitem, mającym chronić przed ciągłym, nieświadomym doświadczaniem nieuchronności uzależnienia? Czy rozdarcie między tymi skrajnymi tendencjami – koniecznością uzależnienia i dążeniem do zaprzeczenia mu – nie jest jednym z fundamentalnych konfliktów psychicznych? Nieuchronność, a zarazem niemożność rozwiązania tych dylematów skłania do poszukiwania substytutów nieosiągalnego obiektu pożądania – „obektów cząstkowych”,

w jakiejś mierze pozwalających zaspokoić potrzeby. Ale to powoduje kolejne komplikacje.

Zachowania mające charakter uzależnienia (praco-holizm, seksoholizm itp.) są kolejnym substytutem, zastępującym związek z drugim człowiekiem, chroniącym przed niezaspokojeniem i doświadczaniem pustki w życiu osobistym. Są więc niejako „substytutem substytutu” (skoro uzależnienie w takim związku samo jest już substytutem uzależnienia od obiektu pożądania). Takim samym „wtórnym” substytutem jest uzależnienie od środka oszałamiającego czy ekscytującego, umożliwiające doznawanie stanów psychicznych, nieosiągalnych w codziennych relacjach z innymi ludźmi. Fantazje, jakie pojawiają się pod wpływem narkotyku, często są zresztą ewidentnie związane z tymi deficytami w realnym życiu, z poczuciem zagrożenia, osamotnienia itp.

Tak więc „na powierzchni” dylematu potrzeby uzależnienia i niemożności uzależnienia się od nieistniejącego obiektu pragnień, w wykorzystywaniu możliwości posługiwania się substytutami, pojawiają się rozmaite problemy i trudności. Powstają one w sytuacji braku współzależniającego związku i satysfakcji, jakich może dostarczać, także w obiektywnie trudnych okolicznościach, których jednostka nie potrafi przezwyciężyć, takich, jak bezrobocie i bieda, zagrożenie w momencie katastrofy czy żołnierza na froncie itp. Pojawiają się wówczas konflikty psychiczne, związane z niemożnością zaspokojenia np. potrzeb popędowych wobec zewnętrznych zakazów, z nierozwiązywalną sprzecznością między współistniejącymi tendencjami i postawami, z egzystencjalnym lękiem przed śmiercią itp. Często te trudności i konflikty są niejako wtórne wobec wcześniejszych zaburzeń przeżywania – np. powstania wygórowanych ambicji i aspiracji, których stopień uniemożliwia ich zaspokojenie („realizowanie siebie”), egocentrycznej potrzeby uzyskiwania nieustającej uwagi i admiracji otoczenia itp. Wszystko wskazuje na to, że nie można ich rozwiązać i pokonać pokonać samodzielnie, bez udziału drugiej osoby od której można się uzależnić, uzależniając ją zarazem od siebie; jeśli nawet nie realnie, fizycznie obecnej, to przynajmniej wyobrażonej.

Tak więc wydaje się, że zależność jest wpisana w ludzką egzystencję, a uzależnienie ba – poszukiwanie możliwości uzależnienia – nieuchronną tego konsekwencją. Wiele przy tym zależy od proporcji między nasileniem potrzeb, a stopniem ograniczeń i możliwością wyboru sposobu ich zaspokajania. W dokonywaniu tego wyboru może dojść do okoliczności, nadających uzależnieniu wymiar patologii. Chociaż większość dostępnych rozwiązań (obiekt

miłości, idea, autorytet, przywódca duchowy, doświadczenia w rodzaju oszołomienia narkotykiem czy medytacji), większość obiektów od których człowiek się może uzależnić jest podsuwana, a czasem nawet narzucana przez kulturę i jest akceptowana bez świadomej refleksji podmiotu, możliwości swobodnej, świadomej decyzji wydają się znaczne.

Ale może nie ma związku między tymi różnymi okolicznościami, nazywanymi „uzależnieniem”? Może to tylko pozór, stwarzany przez język – który nazywa tym samym słowem różne fenomeny? Nie można tego wykluczyć, chociaż wydaje się, że pojęcie „uzależnienia” odnosi się w równej mierze do wszystkich opisanych wyżej zjawisk. Poza tym, uzależnienie od alkoholu, morfiny i innych substancji ingerujących w metabolizm, tak samo jak uzależnienie od hazardu czy od dbania o szczupłą sylwetkę, od ukochanej lub dominującej osoby, doktryny czy autorytetu, mają podobny wymiar nie tylko behawioralny i psychologiczny, ale także neurofizjologiczny. Wiele wskazuje zresztą na to, że zjawiska językowe są – przynajmniej w jakiejś mierze – odbiciem związków istniejących w rzeczywistości. Być może więc, wszystkie sposoby użycia określenia „uzależnienie” w gruncie rzeczy odnoszą się do ukrytych, z trudem dostępnych uświadomianym procesom psychicznym aspektów ludzkiej egzystencji.

Najprawdopodobniej powyższe rozważania na temat istoty uzależnienia są takim samym uproszczeniem, jak wszystkie inne, jakimi obecnie dysponujemy. Wydaje się jednak, że prowadzą do rozróżnienia między tym, co jest nieuchronne i „normalne”, a tym co jest zaburzeniem zdrowia psychicznego. Wynikają z nich także rozmaite refleksje dotyczące aktualnych paradygmatów terapeutycznych.

Obecnie naczelnym zadaniem leczenia odwykowego wydaje się doprowadzanie do zaniechania spożywania substancji korzystnie modyfikujących przykry stan psychiczny – słusznie, gdyż konsekwencje bywają zabójcze. Ale pomijając ograniczoną skuteczność takich działań ważniejsze wydaje się, że nie uwzględniają one przyczyny sięgania po narkotyki i wpadania w zależność od hazardu czy od charyzmatycznego autorytetu. Oczywiście, jest ważne to, że środki oszałamiające, tak samo jak zanurzenie się w świat wirtualny, pozwalają uciec od zewnętrznej rzeczywistości i od związanych z nią przykrości, zarazem będąc źródłem uczuć przyjemności, że czekolada, podobnie jak nikotyna, pozwala podwyższyć poziom dopaminy, dostarcza tego doznania przyjemności. Walka z tymi różnymi uzależnieniami, pozwalającymi lepiej lub gorzej radzić sobie z konfliktem między nieuchronnością uzależnienia, a buntem przeciwko

niemu, sposobów, w których jednym z wariantów jest poszukiwanie optymalnego obiektu zastępczego, od którego można się uzależnić, nie redukuje przyczyn zachowań szkodliwych dla zdrowia.

Może więc warto spojrzeć na zjawisko uzależnienia z perspektywy konieczności uznania go za nieuniknione. Może warto, w miejsce odwoływania się

do idei niezależności, do silnej i wolnej woli, nawoływania do abstynencji czy zaniechania gier komputerowych, szukać sposobów zastępowania substytucyjnych zależności powodujących zaburzenia zdrowia psychicznego innymi rozwiązaniami, pozwalającymi lepiej radzić sobie z tym fundamentalnym, związanym z naturą ludzką, konfliktem?

Prof. emer. dr hab. Jerzy W. Aleksandrowicz, Katedra Psychoterapii UJ CM Kraków.



ZASTOSOWANIE LEKÓW OPIOIDOWYCH W LECZENIU BÓLU

Jerzy Wordliczek, Jan Dobrogowski (Kraków), Renata Zajączkowska (Rzeszów)



Ból przewlekły jest istotnym problemem współczesnej medycyny. Dotyczy on znacznego odsetka dorosłej populacji. Badania przeprowadzone w ostatnich latach szacują średnią częstość występowania bólu przewlekłego na kilkanaście procent: odsetek ten waha się w krajach europejskich w granicach od 12% w Hiszpanii do 30% w Norwegii. W Polsce częstość występowania bólu przewlekłego definiowanego jako ból trwający ponad 6 miesięcy, który wystąpił kilka razy w czasie ostatniego tygodnia i którego natężenie wynosiło co najmniej 5 w numerycznej skali oceny bólu (*wg której 0 oznacza brak bólu, a 10 – ból nie do wytrzymania*) wynosi 27%. Osoby dorosłe najczęściej skarżą się na bóle krzyża (18%), w następnej kolejności na bóle kolan (16%), głowy (15%) i nóg (14%). W Polsce, podobnie jak w innych krajach Europy zachodniej, u podłoża przewlekłych dolegliwości bólowych leży najczęściej choroba zwyrodnieniowa stawów (34%), jednak na drugim miejscu z podobną częstością występują urazy i wypadanie dysku międzykręgowego (16%).

Podstawową grupą analgetyków stosowanych w terapii zarówno ostrych, jak i przewlekłych zespołów bólowych są w dalszym ciągu opioidy. Mogą one być bardzo skutecznym narzędziem w leczeniu bólu o umiarkowanym i silnym natężeniu o różnej etiologii, pod warunkiem ich mądrego, bezpiecznego stosowania popartego zarówno dobrą znajomością mechanizmów ich działania, farmakologii, potencjalnych działań niepożądanych, które mogą wywoływać oraz interakcji z innymi równolegle stosowanymi lekami, jak i prawidłową interpretacją takich określeń jak tolerancja i uzależnienie od opioidów. Brak dostatecznego zrozumienia znaczenia tych określeń jest przyczyną istnienia wielu barier ograniczających stosowanie leków opioidowych w praktyce klinicznej.

W 1986 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opublikowała schemat leczenia bólu towarzyszącego chorobie nowotworowej zwany „drabiną analgetyczną”. Schemat ten zakłada stosowanie, w zależności od nasilenia dolegliwości bólowych, leków przeciwbólowych o różnym potencjale analgetycznym: w przypadku bólu o niewielkim lub umiarkowanym natężeniu – nieopiodowych leków przeciwbólowych (1 stopień drabiny analgetycznej), w przypadku silniejszych dolegliwości bólowych tzw. słabych opioidów – tramadol, kodeina (2 stopień), a w razie ich nieskuteczności – silnych opioidów – morfina, fentanyl, metadon, oksykodon, buprenorfina (3 stopień drabiny analgetycznej). Na każdym stopniu w razie potrzeby terapię należy uzupełnić o tzw. koanalgetyki (np. leki przeciwdepresyjne, przeciwdrgawkowe, przeciwłękowe) i/lub techniki interwencyjne (chemiczna neuroliza, termolezja).

Schemat ten, niezwykle prosty i przejrzysty, pozwala u większości pacjentów w skuteczny sposób uśmierzać ból towarzyszący na przykład chorobie nowotworowej: postępowanie prowadzone zgodnie z drabiną analgetyczną przynosi bowiem ulgę w bólu u 75–90% chorych na nowotwór.

O ile stosowanie leków opioidowych, zwłaszcza silnych opioidów, w przypadku bólu towarzyszącego chorobie nowotworowej nie budzi kontrowersji, to stosowanie opioidów w leczeniu bólu przewlekłego pochodzenia nienowotworowego jest nadal przedmiotem dyskusji. Przyjmowanie opioidów może być bowiem związane z występowaniem szeregu działań niepożądanych, m. in. nudności, wymiotów, zaparcie, sedacji, splątania, świądu, depresji oddechowej.

Zaparcia są jednym z najczęściej występujących objawów niepożądanych towarzyszących terapii opioidami. Na objaw ten nie rozwija się tolerancja. Są