

Piotr Bakula

## **Problemy diagnostyczne w psychoterapii uzależnienia**

Eksperymentowanie, używanie, używanie szkodliwe, uzależnienie

Pomiędzy eksperymentowaniem, używaniem, używaniem szkodliwym a uzależnieniem istnieją różnice, zarówno jeżeli chodzi o diagnozę nozologiczną i problemową, jak i daje inne implikacje do określonych oddziaływań terapeutycznych.. Różnice występują zarówno w obszarze motywacji do dalszego używania, lub zaprzestania przyjmowania środka, obrazu klinicznego, destrukcji. Inne będą potrzeby pacjenta, zdecydowanie będą się różnić formy pomocy.

Zarówno wśród praktyków jak i teoretyków istnieją niejasności dotyczące zdefiniowania zjawiska eksperymentowania lub używania substancji psychoaktywnych, jego obrazu i dynamiki. Jest to zjawisko naturalne wynikające z wielości podstaw teoretycznych, różnic w podejściu zarówno jeżeli chodzi o etiologię zjawiska jak i próby jego rozwiązania lub zahamowania.. Mniej różnic występuje przy opisie używania szkodliwego lub uzależnienia. Do pomocy mamy klasyfikacje medyczne ICD 10 lub DSM IV, które jasno doprecyzowują kryteria, określają czas w jakich one powinny wystąpić, określają w sposób precyzyjny interakcję organizmu z substancją psychoaktywną..

Poniżej przedstawiona klasyfikacja terminów była naszą próbą określenia dynamiki zjawiska, jego obrazu, nazwania przyczyn i skutków kontaktowania się młodych ludzi z substancjami psychoaktywnymi. Potrzeba taka pojawiła się w okresie gdy polska scena narkotyczna „wzbogacała się” o nowe substancje psychoaktywne, a wiek osób sięgających po nie zdecydowanie się obniżył. Zmieniła się tzw. subkultura narkotyczna, pojawiło się używanie rekreacyjne, ze zjawiska używania substancji psychoaktywnych w pewnych społecznych kręgach zniknęło odium czegoś wstydlivego, niestosownego.

### **Eksperyment, eksperymentowanie z substancją**

*Eksperyment - (Habrat 2006) – model używania sporadycznego, rzadkiego (.....) Często po uciążliwych objawach (.....) nie dochodzi do ponownego zażycia danej substancji czaem użytkownik sięga po narkotyki z innej grupy*

Eksperyment z samego założenia jest sprawdzeniem w praktyce, teoretycznych założeń. W przypadku substancji psychoaktywnych jest sprawdzeniem, zweryfikowaniem teoretycznej wiedzy o danej substancji, jej działaniu na organizm, weryfikuje oczekiwania, pozwala empirycznie sprawdzić to, co się do tej pory na temat jej działania słyszało, bądź czytało. Eksperymentem więc będzie wypicie po raz pierwszy wina na wycieczce szkolnej, wypalenie pierwszego skręta z marihuaną, użycie amfetaminy itp. W tym momencie nasuwa się bardzo ważne pytanie : czy kolejne próby z tą sama substancją będą jeszcze eksperymentowaniem, czy już będą używaniem. Odpowiedzią może być przyjrzenie się kontaktom dorosłych ludzi z alkoholem. Jeżeli nie jesteśmy abstynentami to nasz kontakt z alkoholem będzie nazywał się używaniem, a nie eksperymentowaniem, eksperyment prawdopodobnie mamy już dawno za sobą.

## **Używanie**

Po etapie eksperymentowania, kiedy już człowiek wie w jaki sposób działa na niego dana substancja i drogą prób i błędów wybrał tę, która najbardziej odpowiada jego potrzebom w zależności od typu układu nerwowego, temperamentu, cech osobowościowych następuje okres używania.

Używanie substancji psychoaktywnych przynajmniej w pierwszym okresie, nie musi wiązać się z destrukcją. Obecnie nielegalne substancje psychoaktywne są niezwykle łatwo dostępne, a ich cena jest alternatywą ekonomiczną w stosunku do alkoholu. I tak np. młody człowiek, który pragnie spędzić wieczór wypijając w pubie kilka piw, wyda na ich zakup w zależności od klasy lokalu około 15 – 50 zł. Tymczasem, jeżeli wybierze nielegalną substancję psychoaktywną wyda zdecydowanie mniej np. jedna tabletkę ecstazy czyli MDMA – syntetyczny analog amfetaminy i meskaliny, kosztuje w granicach 3 zł (cena na czarnym rynku w Warszawie we wrześniu 2006 roku). Podobnie jest w przypadkach innych substancji. Używanie substancji psychoaktywnych, przynajmniej w początkowym okresie, nie grozi również wykluczeniem z ról społecznych. Niewielkie koszty ekonomiczne nie powodują konieczności zdobywania pieniędzy na narkotyki drogą przestępstw. Potencjał uzależniającego używanych środków, a również wzór ich używania sprawiają, że straty ekonomiczne, społeczne i zdrowotne są początkowo praktycznie niezauważalne dla osoby używającej, oraz dla jej otoczenia społecznego. Można tutaj zaryzykować stwierdzenie, że osoba używająca substancji psychoaktywnych, na tym etapie doświadcza w jej mniemaniu samych korzyści związanych z używaniem substancji zmieniających świadomość. Poprawia sobie bardzo szybko nastrój, zapełnia deficyty, które posiada w funkcjonowaniu społecznym, może stać się śmielsza, weselsza, spokojniejsza. Musimy mieć świadomość tych korzyści. Przecież substancji psychoaktywnych nie bierze się po to by czuć się źle.

## **Używanie szkodliwe**

Używanie szkodliwe, używanie ryzykowne, używanie problemowe, nadużywanie to równoznaczne terminy określające to samo zjawisko. Konsument substancji psychoaktywnych ponosi straty związane ze swoim zachowaniem. W tym przypadku możemy posłużyć się skalą DSM IV, która określa że

Nadużywanie substancji jest nieprzystosowanym zachowaniem tworzącym wzorec używania substancji, prowadzącym do klinicznie znaczącego upośledzenia lub cierpienia, przejawiającego się w jednym lub większej ilości następujących warunków występujących w tym samym czasie w okresie do roku

- ponawiające się używanie substancji powoduje nie wywiązywanie się z zobowiązań w szkole, pracy lub w domu. Wagary, nieobecność w pracy, brak wywiązywania się z obowiązków zawodowych, zaniedbywanie domu, dzieci jest spowodowana używaniem substancji
- ponawiające się używanie substancji w sytuacjach, w których jest to niebezpieczne, np. jazda samochodem, obsługa maszyn, wykonywanie prac pod wpływem substancji psychoaktywnych
- ponawiające się problemy prawne spowodowane używaniem substancji, np. aresztowania, zatrzymania przez policję w związku z zachowaniem spowodowanym używaniem substancji psychoaktywnych.

- kontynuowanie używania substancji pomimo ponawiających się lub ciągłych problemów interpersonalnych spowodowanych używaniem substancji

Praktycznie jest niemożliwe by móc bez jakichkolwiek strat przez dłuższy okres czasu używać substancji psychoaktywnych. Powolnie następująca koncentracja na substancji, stopniowo pojawiający się przymus używania powodują, że osoba używająca staje się coraz mniej krytyczna wobec własnego zachowania oraz coraz mniej ostrożna jeżeli chodzi o ukrywanie tego zjawiska przed otoczeniem społecznym. W związku z tym pojawiają się pierwsze straty związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Musimy jednak pamiętać, że nie jest to duża destrukcja, a jedynie drobne problemy związane z funkcjonowaniem interpersonalnym i intrapsychoicznym. Pojawiają się pierwsze wagary związane z niemożnością uczestniczenia w zajęciach szkolnych w związku z intoksykacją substancjami psychoaktywnymi. Również rodzina do tej pory przekonana o tym, że problematyczne zachowanie jej dziecka wynika z procesu dojrzewania zaczyna coś podejrzewać. Młody człowiek zmienia swoje otoczenie rówieśnicze na takie, w którym używanie substancji psychoaktywnych jest akceptowaną normą. Zdarza się, że młody człowiek wchodzi w konflikt z prawem na skutek posiadania nielegalnych substancji psychoaktywnych.

Jest to z reguły pierwszy moment, w którym młody pacjent, bądź jego rodzina szuka pomocy u specjalistów. Do tej pory, ani on, ani jego rodzina nie miała tytułu pojawić się w miejscu, w którym zajmują się uzależnieniem.

W tym momencie pojawiają się pierwsze dylematy diagnostyczne. I tutaj pomocą okazać się może sposób w jaki w psychiatrii podchodzi się do rozpoznania choroby psychicznej. Przy pierwszym epizodzie psychiatrycznym u młodzieży choroba nie jest diagnozowana, prowadzi się jedynie obserwacje w kierunku. Podobnie można postąpić w przypadku uzależnienia. Prowadzimy obserwacje w kierunku uzależnienia, dajemy rodzicom narzędzia umożliwiające kontrolowanie intoksykacji, prowadzimy psychoedukację. Musimy również w trakcie obserwacji odpowiedzieć na jedną z fundamentalnych różnic diagnostycznych dotyczących kwestii uzależnienia: czy używanie substancji psychoaktywnych jest wynikiem zaburzeń zachowania, czy też zaburzenia zachowania wynikają z procesu uzależnienia. Wielokrotnie zdarza się tak, że przejawem zaburzeń zachowania jest kontakt z alkoholem, bądź narkotykami jako efekt zaburzonego dialogu jednostki z otoczeniem w procesie socjalizacji. Na skutek podjętych działań interwencyjnych, gdy przejawy zaburzeń zachowania mijają, młody człowiek rezygnuje z używania substancji psychoaktywnych. Jeżeli jednak pomimo kryzysu w jakim znalazł się młody pacjent, pomimo interwencji ze strony rodziny i szkoły oraz naszych działań terapeutyczno – pedagogiczno - psychologicznych pacjent nie jest w stanie utrzymać abstynencji i dojdzie do powtórzenia używania substancji psychoaktywnych możemy mówić o powstaniu uzależnienia.

## **Uzależnienie**

Diagnostyka uzależnienia w przypadku młodych osób jest niezwykle trudna. Kliniczny obraz uzależnienia nakłada się na problemy związane z okresem dojrzewania. Dynamika zmian u młodych pacjentów jest bardzo duża. Problemy występują również w związku z dużą różnorodnością substancji psychoaktywnych i ich zróżnicowanym działaniem na organizm człowieka. Obecnie dominującym wzorem używania substancji psychoaktywnych, szczególnie wśród bardzo młodych ludzi jest używanie środków, które w

obrazie klinicznym zdecydowanie różnią się od pokutującego jeszcze z lat 80 i 90 obrazu narkomanii opiatowej w iniekcjach dożylnych.

Większość z tych środków praktycznie powoduje niewielką zależność fizyczną lub nie powoduje jej wcale, a zależność psychiczna jest umiarkowana, przynajmniej na początku używania

Zdecydowanie inny jest wzór używania substancji psychoaktywnych, ze względu na ich specyfikę. Zazwyczaj przyjmowane są w kilkudniowych ciągach z dłuższymi lub krótszymi przerwami (amfetamina). W czasie tych przerw dolegliwości związane ze złym samopoczuciem łagodzone są często alkoholem. W przypadku używania marihuany charakterystyczne są dłuższe okresy abstynencji wymuszone brakiem towaru na rynku, bądź też próbami kontroli używania przez uzależnionego celem udowodnienia sobie posiadania kontroli nad substancją. Próbowo tym nie towarzyszy widoczne dla otoczenia cierpienie psychiczne lub fizyczne. Tu również możemy mieć do czynienia z zamianą marihuany na alkohol.

Dużo młodych ludzi używających substancji psychoaktywnych „miesza” ze sobą, bądź przyjmuje naprzemiennie różne substancje psychoaktywne i alkohol, stąd też duża trudność w określeniu jednej dominującej substancji oraz w zdiagnozowaniu klinicznego obrazu uzależnienia. Mogą pojawić się wątpliwości, czy to jest poszukiwanie odpowiedniego dla siebie środka, czy też już uzależnienie mieszane. Sposób używania, dostępność do substancji psychoaktywnych, ich relatywnie niska cena powodują, że używanie ich nie powoduje tak szybko degradacji psychicznej i fizycznej. Często zdarza się że nasz pacjent pełni role społeczne, nie wchodzi w konflikt z prawem, co może utrudniać nam obiektywny ogląd objawów. Młody wiek pacjenta jest również przeszkodą w diagnozie. Czasem wynika to z przekonań własnych – „jak taki młody może być uzależniony”, czasem z dynamiki zmian w funkcjonowaniu jakie są charakterystyczne dla adolescentów.

Uzależnienie ma swój obraz kliniczny, dynamikę, żyje niejako własnym życiem, bez względu na sferę wolicjonalną. Dominującym stanem przestaje być chęć doznania przyjemności, ale konieczność uniknięcia cierpienia za wszelką cenę. 15 letnia prostytutka oddająca się za pół grama narkotyku nie używa szkodliwie, tak jak nie używa szkodliwie 16 letni chłopak wynoszący z domu komputer. Dlaczego to robią? Dlatego że uzależnienie zawładnęło całością ich funkcjonowania, narkotyk zmienił ich tożsamość, przekształcił normy, aby móc funkcjonować w tej rzeczywistości. I ta rzeczywistość nie trwa chwilę. Dochodzi do zinternalizowania i utrwalenia norm narkotycznej i alkoholowej rzeczywistości i wyparcia zdrowych zasobów własnych przez mechanizmy manipulacyjne, chroniące uzależnienie.

Używanie substancji psychoaktywnych zmienia całość funkcjonowania psychologicznego pacjenta. Stopniowo mechanizmy obronne zawłaszczane są przez nałóg, zniekształcane są procesy poznawcze, dochodzi do neuroadaptacji na substancję psychoaktywną. Ten stan trwa nie tylko w okresie intoksykacji, ale długo po odstawieniu substancji. Układ nagrody praktycznie nie funkcjonuje, procesy poznawcze są zniekształcone już nie działaniem środka, ale odstawieniem go. To wszystko powoduje, że życie pacjenta w tym okresie jest totalnym chaosem. Jego utrwalony przez długi czas wzorzec zachowań, pragnienie ulgi, brak umiejętności odraczania gratyfikacji, tak charakterystyczny dla osób uzależnionych uniemożliwiają mu przerwanie przyjmowania

substancji psychoaktywnych. To na ten moment jest za trudne, o wiele łatwiejsze jest przecież coś zupełnie innego.

Prawdą jest, że diagnoza stygmatyzuje młodego człowieka, stygmatyzuje każdego pacjenta, ale należy zastanowić się czy bardziej obawia się tego terapeuta, czy pacjent. . W psychiatrii wyznacznikiem procesu zdrowienia jest krytyczny stosunek do objawów. Podobnie jest w uzależnieniu, pacjent powinien krytycznie spojrzeć na swoje objawy, które pomimo różnic osobniczych oraz różnic w działaniu substancji psychoaktywnych są takie same dla wszystkich uzależnionych. Krytyczny stosunek do objawów może powstać na skutek różnych oddziaływań i metod, może być wywołany wprost, lub też technikami bazującymi na metodzie „bocznych drzwi” Wszystko zależy od podejścia w jakim się szkoliliśmy, od naszej filozofii pomagania. Musimy jednak pamiętać że w przypadku zdiagnozowanego uzależnienia pracujemy z chorobą która może dla naszego pacjenta skończyć się śmiercią

I na zakończenie jeszcze jedna kwestia. W diagnostyce uzależnień obowiązuje nas ICD 10. Jeżeli nasz pacjent spełnia kryteria wynikające z tej klasyfikacji, to bez względu na nasze przekonania, wiek pacjenta, bądź szkołę terapeutyczną jaką reprezentujemy musimy się do niej stosować. Diagnozując objawy uzależnienia przyglądamy się zresztą nie tylko objawom z ICD 10, ale również analizujemy sytuację rodzinną i społeczną młodej osoby. Przyglądamy się jej historii życia i kreślimy portret psychologiczny pacjenta, który będzie naszym drogowskazem w doborze metod i form terapii.

