

Zaburzenia psychiczne występujące po długotrwałej ekspozycji na narkotyki i alkohol

Mental Disorders After Long-term Use of Illicit Drugs and Alcohol

Bartosz Łoza, Piotr Smolaga, Maja Polikowska

¹ Poradnia Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia, Kliniczne Centrum Zdrowia Psychicznego, SZPZLO Warszawa-Ochota

² Klinika Psychiatrii, Oddział Fizjoterapii, Warszawski Uniwersytet Medyczny



Bartosz Łoza

Kierownik Kliniki
Psychiatrii Oddziału
Fizjoterapii
II Wydziału Lekarskiego
Warszawskiego
Uniwersytetu
Medycznego, Kierownik
Klinicznego Centrum
Zdrowia Psychicznego
Warszawa-Ochota.

STRESZCZENIE

Opisano przypadki szczególnego typu zaburzeń psychicznych u osób uzależnionych, które po długotrwałym okresie stosowania alkoholu i środków psychoaktywnych weszły w abstynencję lub osiągnęły minimalizację ilości przyjmowanych środków psychoaktywnych. Osoby te rozwinęły dysfunkcyjny wzorzec relacji z otoczeniem, cechujący się izolacją od najbliższych osób, od rodziny, a równocześnie nadaktywnością w mediach społecznościowych, zaangażowaniem w cele misyjne, impulsywnością, usztywnieniem poglądów, ich radykalizacją, ideologizacją i obsesyjnością ocen, odwróceniem wcześniejszego systemu wartości, przewartościowaniem swojego stosunku do otoczenia z otwartego na wrogi. Powszechne były zaburzenia treści myślenia, idee nadwartościowe i sądy urojeniowopodobne. Radykalizm i ideologizacja postaw przejściowo umacniały pozycję społeczną pacjentów, jednak z czasem prowadziły do pogłębienia izolacji od otoczenia. Podstawą tych obserwacji mogą być zmiany strukturalne i funkcjonalne w ośrodkowym układzie nerwowym osób uzależnionych, ujawniane nawet po wielu latach abstynencji, a także negatywne sprzężenie pomiędzy osobami uzależnionymi a siecią ich społecznego wsparcia.

Słowa kluczowe: uzależnienie, alkohol, narkotyki, długoterminowe konsekwencje, zaburzenia subkliniczne

NAJWAŻNIEJSZE

Zmiany kliniczne, strukturalne i fizjologiczne u osób uzależnionych mogą być ujawnione nawet po wielu latach abstynencji.

HIGHLIGHTS

Clinical, structural and physiological changes of addicts can be revealed even after many years of abstinence.

Zaburzenia psychiczne występujące po długotrwałej ekspozycji na narkotyki i alkohol
B. Łoza, P. Smolaga, M. Polikowska

ABSTRACT

Some cases of a particular type of psychiatric disorders have been reported in addicts who, after prolonged periods of alcohol and psychoactive use, have become abstinent or have minimized the amount of psychoactive substances they took. These people have developed a dysfunctional pattern of relationships with people, especially isolation from their families, and at the same time – with hyperactivity in social media, engagement in missionary goals, impulsivity, stiffening of views, radicalization, ideologization and obsessiveness of evaluations, reversal of earlier mental values, with reevaluation of the open to hostile attitudes towards the related people. Typically, there were disturbances of the contents of thinking, like the *idée fixe* and semi-delusions. Radicalism and ideologization transiently strengthened the social position of patients, but over time led to deepening their isolation from the related society. The basis for these observations may be structural and functional changes in the brains of addicts, revealed even after many years of abstinence, as well as negative feedback between addicts and their social network.

Key words: dependence, alcohol, illicit drugs, long-term consequences, subthreshold disorders

WSTĘP

Według najnowszego raportu amerykańskiego [1] rozpowszechnienie uzależnień znacząco narasta w ostatnich latach. Nie możemy nawet mieć komfortu, że zjawisko to jest właściwie definiowane, szczególnie w kontekście przemian cywilizacyjnych. Przed upływem wieku od powstania nowoczesnego leczenia odwykowego zmuszeni jesteśmy więc jeszcze raz pochylić się nad trafnością diagnostyki uzależnień. Autorzy cytowanego raportu stwierdzają, że współczesne wzorce uzależnień ulegają daleko idącym zmianom [1]. Co to oznacza?

Stosunkowo dobrze zdefiniowane i rozpoznawane są zaburzenia psychiczne występujące:

- w okresach ostrej intoksykacji po spożyciu alkoholu i/lub substancji psychoaktywnych
- bezpośrednio po zaprzestaniu ich przyjmowania – w okresach ostrej abstynencji
- w związku z powstaniem odległych, klasycznych powikłań narządowych.

Natomiast trudniej jest zidentyfikować objawy psychopatologiczne występujące po długotrwałej ekspozycji na alkohol i substancje psychoaktywne, szczególnie gdy nie ma już objawów ich bezpośredniego działania (intoksykacji), a więc w okresach trzeźwości czy znacznego obniżenia spożycia. Brak dużych zaburzeń zachowania, jawnej agresji wobec otoczenia oraz bezpośrednich zagrożeń dla życia przyczynia się do „zaniechań” w diagnostyce średnio- i późnookresowych zaburzeń, które jednak – jak pokazują piśmiennictwo i doświadczenie kliniczne – mogą mieć kluczowe znaczenie dla ustalenia oceny i prognozy w stosunku do przypuszczalnie dużej (i wzrastającej) populacji pacjentów w zakresie deficytów kompetencji społecznych, zmian w jakości życia, a wreszcie – sytuacji spo-

łecznej/jakości życia osób w ścisłym otoczeniu pacjentów. Możliwości diagnostyczne i możliwości niesienia pomocy w tym względzie są w pierwszej kolejności funkcją niezadowolającej wiedzy na temat obrazu klinicznego tych zaburzeń.

ZABURZENIA ŚREDNIO- I PÓŹNOOKRESOWE W KLASYFIKACJACH UZALEŻNIEŃ

Klasyfikacja międzynarodowa ICD-10
(*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)

Możliwe jest klasyfikowanie późnych stanów związanych z intoksykacjami w rozdziale poświęconym pierwotnym zaburzeniom psychicznym (F) jako:

- psychoz rezydualnych lub psychoz o późnym początku (F1x.7)
- zaburzeń innych (F1x.8) niż występujące w postaciach ostrych, tj. F1x.0–F1x.6
- innych, nieokreślonych w klasyfikacji zaburzeń (F1x.9).

Dodatkowo, w różnych podrozdziałach ICD-10, w szczególności w części neurologicznej (G), opisywane są późne konsekwencje somatyczne, takie jak:

- degeneracja układu nerwowego spowodowana alkoholem (G31.8)
- alkoholowa polineuropatia (G62.1)
- alkoholowa miopatia (G72.1).

Wszystkim powyższym chorobom neurologicznym towarzyszą także objawy psychopatologiczne, w szczególności w postaci zaburzeń poznawczych i zaburzeń emocji.

Ponadto w rozdziale o zaburzeniach endokrynych (E) opisany został zespół metaboliczny indukowany przez alkohol (E24.4). Charakteryzuje się on narastającą otyłością i niekorzystnymi, wzajemnie sprzęgniętymi ze sobą objawami zespołu metabolicznego. Każdy somatyczny zespół metaboliczny w sposób ścisły łączy się z zaburzeniami psychicznymi [2].

DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Klasyfikacja amerykańska)

W najnowszej wersji amerykańskiego systemu diagnostycznego wyraźnie rozgraniczono rozpoznawanie wczesnych zaburzeń indukowanych przez alkohol i/lub substancje psychoaktywne (np. intoksykacja, detoksykacja, uzależnienie) oraz zaburzeń późnych związanych ze spożyciem, ale tylko pośrednio i w znacznym dystansie czasowym (głównie zaburzeń poznawczych).

Przypadek 1.

41-letni mężczyzna, sprawujący do niedawna kierownicze stanowisko w dziale zamówień instytucji publicznej, przez co najmniej 20 lat regularnie spożywał alkohol. Marihuanę palił już jako nastolatek, potem robił to rzadziej i ponownie – od ok. 3 lat – regularnie. Przez blisko 10 ostatnich lat przyjmował w coraz większych ilościach kodeinę (opiat) ekstrahowaną z ogólnodostępnych leków. BMI 41 (otyłość III stopnia). Choruje na nadciśnienie tętnicze i cukrzycę.

Pomimo przyjmowania różnych środków psychoaktywnych przez wiele lat był uważany za kompetentnego pracownika. Wielokrotnie nagradzany go premiami finansowymi. Nie pozwalał sobie na absencje chorobowe. Funkcjonował w zespole pracowniczym, który niemal nie był zmieniany kadrowo, jednak z nikim z pracy nie utrzymywał bliższych kontaktów.

Pacjent rozstał się z żoną 5 lat wcześniej z powodu upijania się w domu. Zaraz po powrocie z pracy zaczynał pić alkohol, a nawet jeszcze w drodze z pracy, i „po niecałej godzinie” zasypiał nieprzytomny w domu. Jak twierdzi, nie był agresywny wobec rodziny, a jedynie wymuszał różne sprawy, „blokując przejście” swoim ciałem. Próby naprawienia sytuacji z inicjatywy żony kończyły się „odwracaniem argumentów” przez niego. Korzystał z konsultacji psychologicznych w trakcie sprawy rozwodowej, jednak nie pamięta ich treści. Jak twierdzi, „pewnie zagał psychologa”. Długo nie zgadzał się na rozwód. Praktycznie nigdy nie angażował się w wychowanie jedyne go syna, który w momencie rozwodu miał ok. 9 lat. Natomiast po rozwodzie zaczął uporczywie dzwonić i wysyłać do niego maile, na co syn miał „gwałtownie reagować”.

Uważa, że dziecko było zawsze „źle nastawiane” do niego przez matkę. Doszło do sprawy sądowej wniesionej przez matkę o ograniczenie kontaktów ojca z dzieckiem. Pojawił się zarzut stalkingu – ofiarami mieli być syn i była żona. Problemy zawodowe zaczęły się, kiedy odkryto w systemie poczty elektronicznej pisma, które pacjent wysyłał przeciwko swoim przełożonym (trzem kolejnym). Przedstawiono mu także zarzut korzystania praktycznie non stop z pozaprofesjonalnych portali internetowych w czasie pracy, a wreszcie – faktycznego braku zaangażowania w czynności zawodowe. Podlegli pracownicy w ostatnich latach wykonywali praktycznie wszystkie czynności za niego. Umowa o pracę została rozwiązana. W trakcie ostatniej rozmowy pokazano mu szufladę z jego biurka z zepsutymi kanapkami.

Doszło do wielomiesięcznej terapii odwykowej. Faktycznie, w okresie poprzedzającym pacjent nie zażywał już jednak narkotyków, a spożycie alkoholu uległo znaczącej redukcji. Kolejne 2 hospitalizacje dotyczyły jego problemów metabolicznych. W międzyczasie pacjent wytoczył pracodawcy sprawę o mobbing, chociaż nie zaprzeczał w niej zasadności samego zwolnienia z pracy. Pacjent nie był w stanie określić realizmu swoich roszczeń wobec pracodawcy. Same zgłoszenia do lekarza i terapeutów sprawiły dwuznaczne wrażenie potrzeby procesowej. Dyrektorzy firmy, w której pracował pacjent, pomimo ich oczywistych wzajemnych konfliktów i zupełnych sprzeczności politycznych, mieli działać – jak twierdził – wspólnie i w porozumieniu przeciwko niemu. Pogląd ten praktycznie nie ulegał korekcie w trakcie terapii, a nawet się rozszerzał na kolejnych współpracowników.

Pacjent mieszka sam. Jest mało aktywny fizycznie. Głównie, codziennie, przez wiele godzin, korzysta z mediów społecznościowych. Każdy przeczytany artykuł zaopatruje w swój komentarz. Część wpisów można interpretować jako propozycję współpracy czy chęć zwrócenia na siebie uwagi. Jest aktywny w 3 typach portali: ogólnoinformacyjnych, zdrowotnych i gospodarczych. Jego specjalnością stały się rady i komentarze typu „cała prawda na temat...”, „jak uzdrowić wszystko”. Ma poczucie, że jest chętnie czytany – nie mniej ważny niż teksty, do których dopisuje komentarze. Odnosi wrażenie, iż w zasadzie stał się stałym komentatorem, z rozpoznawalnym stylem. Uważa, że pod wpływem jego komentarzy były podejmowane ważne decyzje publiczne. Jest zadowolony ze swojej pozycji, czuje się doceniany, pomimo że nikt bezpośrednio mu jeszcze nie podziękował, ale „idące zmiany świadczą o tym najlepiej”. Ma poczucie, że nie powinien interweniować „za mocno” w niektórych sprawach publicznych, bo „jeszcze nie czas”. Twierdzi, iż „jak się jest z boku, to lepiej widać, co trzeba w kraju zrobić”.

Zaburzenia psychiczne występujące po długotrwałej ekspozycji na narkotyki i alkohol
B. Łoza, P. Smolaga, M. Polikowska

JAK CZĘSTE JEST WSPÓŁWYSTĘPOWANIE UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU I NARKOTYKÓW Z INNYMI ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI?

Pytanie można byłoby odwrócić, ponieważ w większości przypadków stwierdza się tego typu współwystępowanie. Zjawisko to określa się mianem podwójnej diagnozy. Osoby, u których wystąpiło w przeszłości lub występuje obecnie jakiekolwiek zaburzenie psychiczne, konsumują 69% ilości spożywanego alkoholu w ogóle i 84% kokainy (psychostymulantów) [3].

Odnosząc to do ryzyka populacyjnego, jakiekolwiek zaburzenia psychiczne występujące w całym okresie życia zwiększają o 25% ryzyko spożywania alkoholu i o 69% ryzyko przyjmowania psychostymulantów (kokainy). Tego typu uwarunkowania tworzą mechanizm sprzężenia zwrotnego i rozwoju kolejnych, wtórnych zaburzeń, w tym uzależnień krzyżowych, kiedy różne substancje (np. alkohol i amfetamina) potęgują wzajemnie cykl przyjmowania narkotyków i alkoholu.

Należy także uwzględnić, że podobnie jak powstają uzależnienia krzyżowe pomiędzy substancjami chemicznymi, tak część zaburzeń psychicznych może krzyżowo nasilać przyjmowanie substancji i odwrotnie – substancje indukują określone zaburzenia. Przykładem jest indukcja narcyzmu, cechy ponadprzeciętnie rozpoznawanej u osób uzależnionych od środków psychoaktywnych [4]. W ramach tej teorii pacjent stopniowo uzależnia się od narcystycznego przeżywania własnej osoby i podlega to krzyżowaniu się z innymi uzależnieniami.

ZABURZENIA POZNAWCZE

Zaburzenia poznawcze zawsze towarzyszą uzależnieniom i zawsze zniekształcają spostrzeganie otaczających ludzi i relacji z nimi. Charakterystyczne jest uporczywe odnośnienie się do tych samych wydarzeń z przeszłości przy ubóstwie odnoszenia się do wydarzeń bieżących i przyszłych. Od opisanie klinicznych konfabulacji w XIX w. przez S. Korsakowa wiadomo, że deficyty poznawcze u osób z problemami alkoholowymi są w zasadzie automatycznie korygowane fantazjami na temat rzeczywistości. Danej tezie podporządkowywane są fakty, a jeśli ich brakuje (jak w klasycznym zespole Korsakowa), są one „uzupełniane”. Jednak istotą wypełniania luk pamięciowych czy tworzenia nieadekwatnych interpretacji nie jest produkcja „nowych wydarzeń” *per se*, lecz raczej tworzenie/ujawnianie „nowych relacji”, zgodnych z projekcją pacjenta. Kluczowa jest więc subiektywna strona tego mechanizmu. „Nowa rzeczywistość” będzie odzwierciedlać poglądy i emocje pacjenta.

Powyższy mechanizm był początkowo opisywany w głębokich zaburzeniach, w których przypadku poprzez absurdalność wypowiedzianych treści był łatwy do identyfikacji przez otoczenie, ale może on działać również w stanach przebiegających łagodniej czy wręcz subklinicznie.

Charakterystyczne jest, że osoby uzależnione nie dopuszczają myśli, że wersja wydarzeń mogłaby być inna. Nie jest to jednak zamierzony brak elastyczności, lecz kluczowe zniekształcenie poznawcze, co może wynikać z ograniczeń pamięci operacyjnej, tj. zmniejszenia pojemności wszystkich możliwych, alternatywnie przyjmowanych opcji. Zaakceptowany zostaje jeden schemat, gdyż inne „nie mieszczą się” w pojemności uszkodzonego systemu pamięci operacyjnej. Uszkodzenie pamięci operacyjnej oznacza równocześnie, że wydarzenia są nieco mechanicznie łączone ze sobą pseudologicznymi więzami przyczynowo-skutkowymi. Wszystko zaczyna kojarzyć się ze wszystkim, co tworzy warunki do dalszych zniekształceń toku myślenia, łącznie z urojeniową interpretacją.

Taka nadinterpretacyjność, chociaż powinna być oczywista dla obserwatorów, jest maskowana asertywnością wypowiedzi. To fenomen także opisany u osób uzależnionych już w XIX w. Uporczywe trwanie przy nawet dziwnych poglądach wprowadza w błąd otoczenie i jest interpretowane jako zjawisko niepatologiczne, np. jako godne pozytywnej oceny zaangażowanie w sprawę. Dopiero logiczna jednostronność, podporządkowanie każdej informacji jednej tezie, ilościowa nadmiarowość argumentacji czy wręcz obsesyjność tematyczna skłaniają do właściwej diagnozy.

Występują też formalne zaburzenia myślenia i mowy. Szczególnie charakterystyczne jest zalewanie otoczenia wypowiedziami i pismami reformatorskimi. Osoby w tej fazie są tylko częściowo dysfunkcjonalne, a warsztatowo z reguły nadal sprawne. Oczywiście ocena obiektywna jest w zasięgu obserwatorów, nawet bez profesjonalnego przygotowania, np. poprzez to, że dana osoba nie koryguje literalnie żadnej ze swoich tez. Brak relatywizmu świadczy o patologiczności wywodu. Sam pacjent w zasadzie nie ma możliwości wolicjonalnej korekty tego mechanizmu, ponieważ nie widzi alternatywy, a poza tym mechanizm ten ma charakter obronny – chroni przed dezorganizacją, przed poczuciem utraty kontroli w życiu wewnętrznym i zewnętrznym.

Dalsze zjawiska patologiczne mają już charakter wtórny, nawarstwiony, jak na przykład to, że w myśleniu osób uzależnionych funkcjonują obok siebie prawdziwe i nie-

prawdziwe fakty. Nadaktywne mechanizmy obronne, wywodzące się z nieświadomości, będą chronić bez różnicowania – tak samo fakty prawdziwe i nieprawdziwe. Pacjenci uzależnieni od alkoholu i narkotyków składają w okresie swojej choroby nieskończoną liczbę deklaracji o zaprzestaniu przyjmowania substancji psychoaktywnych. Trudno w momencie składania tych zapewnień uznać, że są wypowiedzane bez wiary w ich spełnienie, a jednak w większości się nie ziszczą.

Przypadek 2.

Mężczyzna, lat 48, wykonujący wolny zawód, do pewnego momentu z powodzeniem rozwijał karierę, jego pozycja ekonomiczna była stabilna. Jednak w ostatnich latach sytuacja się stopniowo pogarszała, przestał wywiązywać się z umów, nie potrafił utrzymać relacji z partnerami biznesowymi, skłócił się ze współpracownikami. Ostatecznie był bliski wniesienia sprawy o upadłość konsumencką. Stał się uczestnikiem całej serii spraw cywilnych, a nawet karnych, których – jak twierdzi – nie byłoby, gdyby nie wrogość korporacji zawodowej, do której należy. Pacjent miał być otoczony przez ludzi zazdrosnych i „dogadanych”, którzy jedyne, co chcieli zrobić, to mu zaszkodzić. Spośród ogółu „wrogów” eksponował jednego, który chociaż mieszkał w innym mieście i nigdy go nie spotkał osobiście, miałby wywierać przemożny wpływ na życie pacjenta we wszystkich jego aspektach. Pacjent irytował się każdą jego wypowiedzią medialną. Założył ich katalog i starał się wpływać na wizerunek tej osoby, np. hejtował jej wypowiedzi. Ponadto kierował do różnych instytucji pisma informujące o domniemanych nieprawidłowościach. Odpowiedzi z tych instytucji składał do specjalnej teczki, która miała stanowić dowód racjonalności podejmowanych działań. Były to jednak tylko ogólne, urzędowe pisma potwierdzające, że sprawami się w ogóle zajęto.

Pacjent przez ok. 10 lat przyjmował regularnie kokainę i opiaty (heroinę) oraz mieszanki tych narkotyków. O alkoholu mówił, że pił „ciągle”, bo „musiał z powodu pracy”. Kokaina miała być potwierdzeniem jego statusu społecznego i biznesowego. Sprawa karna o posiadanie narkotyków oraz osobisty kryzys finansowy przyczyniły się do przerwania zakupów kokainy 2 lata temu. Brał z kolei więcej leków uspokajających i przeciwbólowych. Alkohol pił nadal, chociaż w znacznie mniejszych ilościach.

2 lata temu zaczął korzystać z poradni odwykowych, jednak nigdy nie zdecydował się na systematyczne leczenie, w tym leczenie stacjonarne, co było mu proponowane. Jednorazowo przebywał w prywatnym, quasi-terapeutycznym ośrodku wypoczynkowym, ale pobyt przerwał

po tygodniu. Podkreślał jednak potem, że taką terapię odbył. Występował w kościołach z „osobistym świadectwem”, deklarując przemianę duchową i abstynencję, jednak faktycznie pił w tym czasie dalej. Chociaż deklarował się jako „osoba raczej niewierząca”, zaczął udzielać się w dyskusjach publicznych na temat wiary. Umieszczał swoje wypowiedzi na YouTube. Próbował zatrudnić się jako terapeuta, ale przepisy związane z odpowiednim wykształceniem to uniemożliwiły.

Funkcjonował w wielu nieformalnych związkach partnerskich. Ostatni związek zakończył się 2 lata temu z powodu przemocy, którą wystosował po spożyciu alkoholu i kokainy. Ponieważ nie mógł się pogodzić z rozstaniem, chciał zmusić partnerkę do pozostania i doszło wówczas do przemocy oraz sprawy karnej. W sprawie tej partnerka ostatecznie wycofała się z zarzutu „z litości”. Pacjent nie ma dzieci, bo – jak twierdzi – „jest za bardzo wymagający” oraz „nie chciałby popełniać błędów swoich rodziców” (jest jedynakiem).

Planuje ponownie wznowić działalność gospodarczą, bo „widzi, że inni się mało znają na [działalności]”. Na razie tego nie robi, ponieważ jego zdaniem nie ma na to czasu, a poza tym warto teraz „przeczekać trudności”.

MIT MAŁYCH DAWEK

W piśmiennictwie podkreśla się, że nie ma bezpiecznych, małych dawek alkoholu czy substancji psychoaktywnych [5]. W wersji najbardziej niebezpiecznej mit małych, bezpiecznych dawek wręcz podtrzymuje spożycie alkoholu, np. dla rzekomych korzyści kardiologicznych. W istocie małe dawki alkoholu mogą być nawet bardziej niebezpieczne od dużych, ponieważ łączą się z przewlekłą ekspozycją i sumowaniem przyjmowanej trucizny przez długi okres. Ryzyko wiąże się z brakiem możliwości regeneracji tkanek, a w szczególności regeneracji ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Lista konsekwencji jest długa (nowotwory, zaburzenia metaboliczne...). Mit małych dawek jest swoistą mantrą dla wszystkich pijących przewlekle, ponieważ każda osoba uzależniona deklaruje, że przyjmuje tylko małe dawki.

USZKODZENIA OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO I ICH TRWAŁOŚĆ

Jak dowodzą obserwacje prowadzone długoterminowo, w fazie już trwałej abstynencji, po okresie wieloletniej, nadmiernej konsumpcji alkoholu, szanse na regenerację uszkodzeń są ograniczone. Pewne okolice, jak hipokamp,

Zaburzenia psychiczne występujące po długotrwałej ekspozycji na narkotyki i alkohol
B. Łoza, P. Smolaga, M. Polikowska

nie podlegają naprawie [6]. To właśnie uszkodzenie powoduje zaburzenia pamięci, bramkowania i selekcji informacji, radzenia sobie z lękiem oraz oceny nowych vs starych zjawisk.

Uszkodzenia ponarkotykowe, szczególnie jeśli intoksykacje rozpoczęły się w okresie dojrzewania, prowadzą do równie głębokich i trwałych uszkodzeń mózgu oraz trwałych zmian w profilu cech osobowości [7]. Stan ten dotyczy nawet względnie łagodniej działających tetrahydrokannabinoidów.

Z wszystkich uzależniających substancji największe ryzyko szkód biologicznych wiąże się z przyjmowaniem heroiny [8]. Wszystkie pozostałe substancje (np. marihuana czy LSD) powodują mniejsze, a nawet wielokrotnie mniejsze ryzyko tego typu szkód. Nowe techniki (funkcjonalny MRI i badania dyfuzji MRI) pokazują proporcjonalność narastania zmian w mózgu wraz z długotrwałością przyjmowania heroiny [9]. W badaniach tych porównywano osoby z uzależnieniem od heroiny trwającym mniej niż 10 lat i 10–20 lat. Oprócz progresji uszkodzeń w czasie i ich trwałości badacze udowodnili związek ze szczególnym typem deficytów myślenia, tj. trudnościami w obiektywnym podejmowaniu decyzji (*decision making*). To typ trudności w rozstrzygnięciu jedno- vs wieloaspektowych uwarunkowań. Podobne zmiany wykryto u osób uzależnionych od alkoholu i psychostymulantów [10].

Badania osób uzależnionych od heroiny, które od wielu lat znajdują się już w stanie abstynencji, pokazują trwałość zmian mózgowych [11]. Po ponad 3 latach abstynencji można nadal stwierdzić istotną redukcję objętości substancji szarej (*cuneus, precuneus*), a przede wszystkim – dysfunkcjonalność w wykonywaniu zadań wymagających współdziałania całego ośrodkowego układu nerwowego. Tym tłumaczy się impulsywność decyzji i zachowań takich osób. Zmiany funkcjonalne są rozległe, ujawniane nawet w tzw. stanie spoczynkowym mózgu abstynentów (tzw. *resting state*) [11]. Rozległość tych zmian może się łączyć i wyjaśniać jeszcze inną obserwację – na temat przedwczesnego starzenia się mózgu osób uzależnionych [12]. Ujawnia się wówczas kompleks takich cech, jak: sztywność przekonań, zaburzenia poznawcze i ponownie – postawa narcystyczna.

ZABURZENIA METABOLICZNE

Długi okres ekspozycji na alkohol i/lub substancje psychoaktywne prowadzi do uszkodzeń narządów wewnętrznych, w tym wątroby i trzustki. Jednak skojarzenie alkoholizmu i narkomanii z klasycznymi powikłaniami

narządowymi, np. ze stłuszczeniem czy z marskością wątroby, staje się powoli nietrafne. Głównym ryzykiem przewlekłego alkoholizmu jest zespół metaboliczny. Charakterystyczna jest w tym przypadku stopniowa przebudowa tkanki tłuszczowej z jej centralizacją (otyłością brzuszną). Rośnie ryzyko hipercholesterolemii, cukrzycy, miażdżycy, nadciśnienia, zaburzeń rytmu serca, zawałów i udarów. To jednak proces rozciągnięty w czasie i – w dosłownym tego słowa znaczeniu – bezbolesny, więc niezauważalny. Równocześnie rozwój zespołu metabolicznego prowadzi do „katastrofy systemowej” w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Rozwijają się: zaburzenia emocji, zaburzenia poznawcze, zaburzenia pamięci, a także zaburzenia treści i formy myślenia [2]. Szczególnie w sytuacji konfliktu, stresu tego typu duży kompleks deficytów ujawnia się i zaburza homeostazę psychiczną. W warunkach przeciętnych może być natomiast latentny.

ZABURZENIA OSOBOWOŚCI

Długotrwałe przyjmowanie alkoholu i/lub substancji psychoaktywnych, kiedy przekroczy 2 lata – zgodnie z klasyfikacją ICD-10 – uruchamia mechanizm powstawania zmian/zaburzeń osobowości. W literaturze szczególnie akcentuje się rozwój cech narcystycznych [4]. Podkreśla się, że tego typu przemiana dokonuje się w pełni po 10–20 latach uzależnienia.

Osoba uzależniona formułuje niezliczone krytyczne oceny wobec otoczenia, sama przy tym jest nieproporcjonalnie chroniona w tego typu ocenach, pomimo oczywistych, kumulujących się problemów. Jest to więc do pewnego stopnia mechanizm obronny, który chroni integralność psychiki, ale z kolei uniemożliwia korektę własnej sytuacji. Mechanizm jest więc w istocie pułapką. Ofiarami narcyzmu stają się osoby z bliższego i dalszego otoczenia, kiedy ich relacje z pacjentem przyjmują formę oskarżycielskich, bierno-agresywnych postaw i zachowań, ataków, oskarżeń. Narcyzm sam z siebie nie uruchamia bezpośredniej agresji, jednak ją ułatwia poprzez projekcję negatywnych ocen na innych ludzi, a w szczególności poprzez ich poniżenie.

Przypadek 3.

Mężczyzna, lat 56, wykształcenie wyższe. Ma dorosłe dzieci – córkę i syna, z którymi niemal nie utrzymuje kontaktów. Podobnie z 2 matkami dzieci. Nigdy nie zawarł związku małżeńskiego. Ostatnio sprowadził się do swojej matki.

W przeszłości zaangażowany w działania pomocowe na rzecz osób niepełnosprawnych. Współpracował z towarzyszami i fundacjami NGO, wspierającymi na różnych polach osoby wykluczone, zwłaszcza bezdomne. Dostarczał teksty do społecznych witryn internetowych, opracowywał projekty i raporty z akcji prowadzonych przez NGO. Od lat utrzymuje się głównie z zakładania stron internetowych i ich administrowania.

W kręgu najbliższych znajomych wiadomo było, że w przeszłości „miał problemy alkoholowe” i „otał się jeszcze o Głusków” (to skojarzenie z pierwszym ośrodkiem Monaru). Przez ponad 15 lat przyjmował opiaty, początkowo sam je wytwarzał. Z czasem pozostało spożycie ograniczonych ilości alkoholu (piwa) i palenie marihuany. Marihuanę palił dość manifestacyjnie, co sprawiało na obserwatorach wrażenie akcji „wizerunkowej”. Kiedy częstowano go alkoholem, odmawiał, jednak w sytuacjach publicznych wydawał się czasem być pod jego wpływem.

Blisko 3 lata temu w sieciach społecznościowych zaczął podważać sensowność działań pomocowych. Zarzuty przeszły ewolucję, od ogólnego negacjonizmu, że „pomagających jest dużo, a efektów mało”, poprzez twierdzenia o „robieniu sobie dobrze” kosztem potrzebujących, aż do siania wątpliwości co do losów pieniędzy ze zbiórek. Z czasem doszło do personalizacji zarzutów, łącznie z dotyczącymi przejmowania mieszkań podopiecznych pod pozorem pomocy. Nie wiadomo, czy zarzuty te się potwierdziły.

Konflikt środowiskowy doprowadził do izolacji pacjenta. Z czasem otoczenie przywykło do tego, że pacjent „mówi różne rzeczy”, i nie nadawało już temu głębszego znaczenia. Niemniej przestał być zapraszany do współpracy, jako osoba „stwarzająca problemy”. Natomiast korzystający nadal z pomocy pacjenta (obsługa administracyjna witryn) twierdzili, że zmienił się, stał się surowszy w ocenach, wielowątkowy. Narzucał przypadkowym rozmówcom odległe spory polityczne, obsadzał rozmówców po którejś ze stron konfliktów. Jego poglądy uległy radykalizacji, ale nie zwiększyło to – w ocenie najbliższych – choćby teoretycznej ich spójności. Zaczął głosić przekonania, które były sprzeczne z jego linią życia („samobójcom bym zostawiał otwarte okna w wieżowcach”). Miał duże trudności z zakończeniem spotkań. Pytany o swoją sytuację, co miało związek z widocznymi problemami socjalno-bytowymi, zbywał rozmówców. W ocenie własnej sytuacji dominowały racjonalizacje typu „no i co z tego”, „to bez znaczenia”. Mówił o swoich znaczących zasługach dla ruchów pomocowych, chociaż nie przytaczał konkretów. Nie wykluczał, że się „gdzieś położy [do szpitala], żeby podreperować

zdrowie”. Miał problemy z poruszaniem się, był otyły, leczył się nieregularnie na nadciśnienie. Kilkakrotnie w ostatnich latach przyjmował leki przeciwdepresyjne, jednak miał sam decydować o przebiegu tych kuracji, dawkowaniu oraz czasie ich zakończenia.

IDÉE FIXE, IDEE NADWARTOŚCIOWE, MYŚLENIE UROJENIOWOPODOBNE

Paradoksalnym i jednym z głównych problemów uzyskanej poprawy (abstynencji) jest sam fakt jej osiągnięcia. Najwięcej terapii psychiatrycznych jest kończonych właśnie po uzyskaniu poprawy [13]. Poprawa może przerywać pamięć doświadczeń albo też przywracać wgląd w całość stresujących uwarunkowań: pierwotnych – odległych i wtórnych – obecnych. To podwyższa zagrożenie nawrotem picia i/lub odurzania.

Kilkudziesięcioletnie okresy stosowania alkoholu i/lub substancji psychoaktywnych powodują zerwanie kluczowych więzi pokoleniowych. Uzyskanie abstynencji po długim okresie doprowadza nieuchronnie do konfrontacji z dorastającymi bądź już dorosłymi dziećmi i od dawna odseparowanymi partnerami. Podobnie wyglądają możliwości prostego wznowienia kariery zawodowej. W tej sytuacji, by pozostać trzeźwą, dana osoba, pozbawiona wsparcia rodzinnego i zawodowego, jest skłonna do misyjności, nadgorliwości, tworzenia pseudourojeniowych koncepcji, idei nadwartościowych, *idée fixe*, neofityzmu religijnego, a także nadgorliwego propagowania idei trzeźwościowych. Nawet 2/3 terapeutów osobiście doświadczyło wcześniej jakichś problemów uzależnieniowych [14].

Tego typu myślenie ma u podstawy mechanizm obronny, chroniący – poprzez sztywność przekonań, arbitralność i apodyktyczność sądów – przed zagrożeniem dezintegracją świata wewnętrznego i zewnętrznego. Wiele kierunków terapii odwykowej wykorzystuje skłonność do tego typu aksjologii, jak np. ruch AA. Z drugiej strony istnieje w tej sytuacji realne ryzyko ewolucji myślenia w kierunku wzorca paranoicznego czy paranooidalnego.

IDEOLOGIZACJA MYŚLENIA A MOŻLIWOŚCI TERAPII

Ideologizacja myślenia w przypadku uzależnionych pacjentów wykształca się stopniowo. Jednocześnie przypomina ona w jakiejś mierze programy typu 12 kroków. Wszystkie one organizują się właśnie wokół jakiejś ideologii, poprzez usztywnienie postaw, ustanowienie granic i pilnujących je autorytetów, a czasem wprost – poprzez religię.

Zaburzenia psychiczne występujące po długotrwałej ekspozycji na narkotyki i alkohol
B. Łoza, P. Smolaga, M. Polikowska

Jednak w przypadku przytoczonych obserwacji klinicznych należałoby stwierdzić, że programy typu 12 kroków jedynie dostosowują się do pierwotnej potrzeby intrapsychicznej. Można byłoby tego typu zjawisko uznać wręcz za mechanizm obronny w sytuacji depersonalizacji i derealizacji, których doznaje osoba uzależniona.

Niemniej należy pamiętać, że mechanizmy obronne mogą tyleż pomóc, co zaszkodzić. Nie są one formą dojrzałej reakcji na kryzys. Ideologizacja osób uzależnionych, wykształcenie narcystycznej postawy, sztywności poglądów czy paranoicznych interpretacji zdarzeń nieuchronnie prowadzą do eskalacji konfliktu z otoczeniem. Oznaczałoby to, że osoby uzależnione łudzą się, że świat je wysłucha i się do nich dostosuje, co jest jednak niemożliwe, stanowi cechę myślenia irracjonalnego i chorobowego.

Trend ten trwa dopóty, dopóki nie nastąpi reaktywna izolacja społeczna pacjenta. Dobrym przykładem jest dążenie pacjentów uzależnionych do podporządkowania sobie partnera, bez zrozumienia chorobowej motywacji tego procesu. Działają oni uporczywie, a czasem z niebezpiecznymi konsekwencjami. Innym przykładem są skargowe czy reformatorskie żądania kierowane do instytucji publicznych.

W niektórych szczególnych przypadkach „ideologia” proponowana przez osoby uzależnione nie jest wprost identyfikowana przez otoczenie jako chorobowa, lecz paradoksalnie zostaje obdarzona – przynajmniej przez pewien czas – społecznym zaufaniem, np.:

- Odhamowanie i impulsywność osób uzależnionych mogą być spostrzegane jako zachowania asertywne, zachowania lidera, zachowania kreatywne etc.
- Zachowania seksualne osób uzależnionych, często nieakceptowalne społecznie, mogą być jednak tolerowane, a właściwie – pomijane, ze względu na to, że tematyka seksualna wzbudza lęk u dyskutantów.
- Oskarżenia formułowane przez osoby uzależnione, nawet pomimo ich oczywistej irracjonalności – jeśli dotyczą tematów tabu, tematów kontrowersyjnych czy etycznych – będą pozostawać długo bez adekwatnej riposty, o ile nie ma dojrzałych mechanizmów dialogu społecznego.
- Konflikty z autorytetami mają trudny przebieg, ponieważ osoby uzależnione kierują narcystyczne, rywalizacyjne czy paranoiczne oskarżenia wobec przełożonych, osób występujących w mediach etc., tymczasem uważa się, że osoby te niejako są skazane na taki model funkcjonowania.

PODSUMOWANIE

Wydłużenie życia zmieniło perspektywę osób uzależnionych. Kiedy w 1935 r. Bill W. i Doktor Bob tworzyli podwaliny ruchu AA, przewidywana długość życia w USA nie przekraczała średnio 40 lat. Co więcej, obecnie stosowane metody leczenia właściwie każdorazowo ratują życie osób uzależnionych w stanach, które kiedyś wiązały się z wysoką śmiertelnością. Trywializuje to poczucie bezpośrednich zagrożeń. Czego mieliby się pacjenci obawiać? Jakie zagrożenia miałyby ich powstrzymać przed kolejnymi intoksykacjami? Obserwujemy obecnie raczej długotrwałe, trwające dziesiątki lat cykle intoksykacji substancjami psychoaktywnymi i alkoholem, ulegające stopniowo i bardziej z wewnętrznej dynamiki z jednej strony wygasaniu, a z drugiej – przeobrażaniu.

Zmniejszenie ilości czy nawet zakończenie przyjmowania alkoholu i/lub substancji psychoaktywnych nie oznacza ustąpienia zaburzeń psychicznych. Przeciwnie, otwiera się nowy etap zaburzeń. Wiemy już, że rozwijają się trwałe uszkodzenia w ośrodkowym układzie nerwowym, obecne nawet po wielu latach abstynencji. Generalnie etap ten ujawnia głębokość deficytów, które uprzednio były maskowane intoksykacjami. Tworzy się nowa równowaga czynników patologicznych i pozostałych zasobów. Mechanizm patologiczny łączy wewnętrzne deficyty poznawcze i emocjonalne z zewnętrzną konfrontacją społeczną.

Współcześnie całe pokolenie ozdowieńców, po przetrwaniu klasycznej fazy krytycznej oraz fazy chronicznej alkoholizmu/narkomanii, podejmuje próby „powrotu”. Tymczasem osoby te funkcjonują już w zmienionych warunkach – zdrowotnych, osobistych i społecznych – w porównaniu z sytuacją sprzed 10 czy 20 lat, kiedy zaczynało się ich uzależnienie. Sami pacjenci, ich otoczenie, ale też instytucje terapeutyczne nie rozumieją tych zmian, specyfiki tego przeobrażenia. Nadal obowiązuje tradycja, iż największa szkodliwość uzależnień wyraża się w prostych „katastrofach”, życiorysach (piciorysach) „pijaków” i „narkomanów”, z degradacją społeczną, pobytami na izbach wytrzeźwień, marskością, otępieniami etc.

Tymczasem współcześnie wyrosło pokolenie „nowych abstynentów”, które ma już największe zagrożenia biochemiczne za sobą. To osoby w średnim wieku, po przeminięciu fazy systematycznych intoksykacji, o spójnym obrazie zaburzeń. Osoby te charakteryzują się wielkością ocen i moralizatorskim dogmatyzmem. Nadużywają mechanizmu reakcji upozorowanej, formułują surowe oceny etyczne, co kontrastuje z wieloletnią osobistą demoralizacją i zaniedbaniami, np. wobec rodziny. Osoby te podejmują kompensacyjne aktywności, zachowania

misyjne, często z wykorzystaniem mediów społecznościowych.

Pacjenci ci nie przystają do heroicznego modelu programu 12 kroków (opublikowanego w 1939 r.). W ramach tego modelu walka z uzależnieniem miała być trudna, a zwycięstwo dokonywało się w formie ideologicznej bitwy na polu duchowości. Tymczasem, jak w przytoczonych przypadkach, obsesyjny idealizm jest raczej formą „zawieszenia się” pomiędzy uzależnieniem a powrotem do zdrowia, swoją nadmiarowością wręcz oddzielając otoczenie od pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

1. Grant BF, Chou SP, Saha TD et al. Prevalence of 12-Month Alcohol Use, High-Risk Drinking, and DSM-IV Alcohol Use Disorder in the United States, 2001-2002 to 2012-2013. *JAMA Psychiatry*. Published online August 9, 2017. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.2161.
2. Łoza B. Rozdział 44. Depresja u osób z zespołem metabolicznym i cukrzycą. W: Mamcarz A. Zespół metaboliczny. Wydanie 1. Medical Education, Warszawa 2008: 529-544.
3. Bussing-Birks M. Mental Illness and Substance Abuse. National Bureau of Economic Research [online: <http://www.nber.org/digest/apr02/w8699.html>].
4. Rascanu R. The Personality Profile of the Drug Addict. *Europe's Journal of Psychology* 2005; 1(1).
5. Stokowski LA. No Amount of Alcohol Is Safe. *Medscape* 2014 [online: http://www.medscape.com/viewarticle/824237_3].
6. Andrews MAW, Ridderinkhof R. *Scientific American* 2011 [online: <https://www.scientificamerican.com/article/how-much-can-the-brain-recover/>].
7. Jacobus J, Tapert SF. Effects of Cannabis on the Adolescent Brain. *Curr Pharm Des* 2014; 20(13): 2186-2193.
8. Nutt D, King LA, Saulsbury W, Blakemore C. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet* 2007; 369(9566): 1047-1053.
9. Qiu Y, Jiang G, Su H et al. Progressive White Matter Microstructure Damage in Male Chronic Heroin Dependent Individuals: A DTI and TBSS Study. *PLoS One* 2013; 8(5): e63212. Published online 2013 May 1. DOI: 10.1371/journal.pone.0063212.
10. Bechara A, Dolan S, Denburg N et al. Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychologia* 2001; 39(4): 376-389.
11. Wang L, Zou F, Zhai T et al. Abnormal gray matter volume and resting-state functional connectivity in former heroin-dependent individuals abstinent for multiple years. *Addiction Biology* 2016; 21(3): 646-656.
12. Stevenson JS. Alcohol use, misuse, abuse, and dependence in later adulthood. *Annu Rev Nurs Res* 2005; 23: 245-280.
13. Maddox JC, Levi M, Thompson C. The compliance with antidepressants in general practice. *J Psychopharmacol* 1994; 8(1): 48-52.
14. Nielson EM. Substance Abuse Counselors' Recovery Status and Self-Schemas: Preliminary Implications for Empirically Supported Treatment Implementation *J Drug Alcohol Res* 2016; 5: 235982.

Adres do korespondencji

Bartosz Łoza
Klinika Psychiatrii, Oddział Fizjoterapii,
Warszawski Uniwersytet Medyczny
02-495 Warszawa, ul. Sosnkowskiego 18