

Po czym poznać czy nastolatek bierze marihuanę okazjonalnie, czy problemowo

Katarzyna Kocoń, Katarzyna Okulicz-Kozaryn

W czerwcowym numerze Remedium ukazał się artykuł na temat problemów definicyjnych związanych z problemowym używaniem narkotyków. W niniejszym artykule zajmujemy się analizą kryteriów, jakimi kierują się specjaliści określając stopień zagrożenia nastolatka problemami związanymi z używaniem przetworów konopi. Spróbujemy odpowiedzieć na dwa pytania: (1) które z wymiarów diagnozy klinicznej mają najsilniejszy wpływ na ostateczną diagnozę problemowego używania marihuany oraz (2) jaki wzór używania i jakie zmiany w stylu życia są uznawane przez terapeutów za wysoko lub mało ryzykowne?

Aby odpowiedzieć na postawione pytania, odwołam się do danych z wywiadów z nastolatkami przeprowadzonych przez licencjonowanych terapeutów uzależnień, pracowników lub współpracowników takich instytucji jak: Monar, Sedno, Kuźnia, Karan i poradnie uzależnień ZOZ.¹

W ramach programu badawczego przeprowadzili oni ponad tysiąc wywiadów diagnostycznych z 13-18 latkami, którzy chociaż raz w ciągu ostatnich 12 miesięcy używali przetworów konopi. Celem wywiadów było określenie czy badany nastolatek używa marihuany okazjonalnie, problemowo, czy też jest od niej uzależniony. **Używanie okazjonalne** zdefiniowane zostało jako używanie nie wywołujące zmian w życiu nastolatka, natomiast używanie problemowe jako **używanie prowadzące** do jakichś zmian w stylu życia i orientacji życiowej nastolatka² (definicja **uzależnienia** była oparta na kryteriach ICD-10).

Wymiary diagnozy

W odniesieniu do każdego nastolatka zebrano dane o:

- Aktualnym wzorze używania przetworów konopi i innych narkotyków (rodzaje narkotyków używanych w ostatnich 12 miesiącach i sposób ich używania – częstość, ilość, kombinacje);
- Historii używania (od kiedy używa, jak zmienił się sposób używania);
- Zmianach związanych z używaniem marihuany w takich obszarach, jak: relacje z rodzicami albo z rodzeństwem, krąg przyjaciół i/

lub relacje z przyjaciółmi, funkcjonowanie w szkole, kontrola zachowania, konflikty z prawem (np. aresztowanie, spisywanie przez policję, sprawy w sądzie, popełnienie wykroczenia, przeszukania), struktura dochodów i wydatków, sen i jedzenie (z pominięciem objawów intoksykacji), funkcjonowanie poznawcze.

Osoba przeprowadzająca wywiad określała na skali szacunkowej stopień, w jakim dany wzór używania jest ryzykowny, tzn. jak bardzo może być on destrukcyjny (od 0 – brak ryzyka do 5 – bardzo duży poziom ryzyka). W odniesieniu do pozostałych wymiarów, na podobnej skali oceniano stopień nasilenia zmian związanych z używaniem marihuany. W podsumowaniu wyników wywiadu, określano fazę używania przetworów konopi (okazjonalne, problemowe, uzależnienie) i przedstawiano uzasadnienie diagnozy.

Aby sprawdzić, które z wymienionych wymiarów mają najsilniejszy wpływ na ostateczną diagnozę używania marihuany, wykorzystano analizę regresji logistycznej. Umożliwiła ona porównanie osób, które zostały zdiagnozowane jako okazjonalni użytkownicy marihuany (N=511) z osobami uznanymi za użytkowników problemowych (N=328), pod względem określonych cech (tutaj różnic w zakresie wymienionych wyżej wymiarów funkcjonowania).

Uzyskane wyniki wskazywały, że czynnikami decydującymi o stwierdzeniu problemowego używania marihuany są: aktualny wzór i historia używania; zmiany w funkcjonowaniu po-

znawczym wynikające z używania konopi; problemy finansowe wynikające z używania konopi oraz zmiana przyjaciół lub relacji z nimi.

Stwierdzenie przez terapeutę „średniego ryzyka” praktycznie w każdym z powyższych zakresów zwiększa około trzykrotnie prawdopodobieństwo postawienia diagnozy używania problemowego, natomiast określenie stopnia ryzyka jako „wysokie” zwiększa szansę na taką diagnozę od 6 do 9 razy. Ponadto, dla postawienia diagnozy używania problemowego, spośród uwzględnionych w badaniach wymiarów, istotne znaczenie miało jeszcze pogorszenie kontaktu z rodzicami albo z rodzeństwem. Uzyskany model pozwalał wyjaśnić aż 86 proc. diagnoz, w tym 90 proc. przypadków, w których stwierdzano używanie okazjonalne i 80 proc. przypadków klasyfikowanych jako używanie problemowe.

Pozostałe wymiary, uznawane za ważne przy określaniu stopnia ryzyka związanego z używaniem narkotyków, okazały się mniej istotne, co można wyjaśnić następująco:

- Trudno jest na podstawie wywiadu określić, czy pewne zmiany, np. w obszarze snu i jedzenia są bezpośrednim wynikiem intoksykacji, czy też wskazują na zmianę stylu życia.
- Przy używaniu marihuany, nawet problemowym, ryzyko zaburzeń w niektórych obszarach funkcjonowania jest zdecydowanie mniejsze niż w przypadku używania innych środków (np. użytkownicy marihuany rzadziej mają problemy prawne lub lepiej kontrolują swoje zachowania, niż osoby używające np. amfetaminy).
- Zaburzenia w różnych obszarach są ze sobą powiązane, a specjaliści podczas diagnozy decydują, które z nich są ważniejsze. Na przykład pogorszenie ocen, nieodrabianie lekcji, spóźnienia, wagarowanie czy konflikty z nauczycielami są związane ze zmianami w funkcjonowaniu poznawczym, problemami z myśleniem, wydłużonym czasem reakcji, kłopotami z przyswajaniem nowych informacji, „dziwnymi myślami”, poczuciem bycia obserwowanym.

Analizy jakościowe

Aby lepiej zrozumieć wyniki analiz statystycznych i odpowiedzieć na drugie z postawionych na wstępie pytań, przeprowadzono analizę jakościową materiału zebranego w ramach wywiadów. Wybrano losowo 10 proc. wywiadów dotyczących nastolatków biorących problemowo i 10 proc. dotyczących nastolatków biorących okazjonalnie. Następnie przeanalizowano treść tych kategorii, które zostały wyróżnione w analizie ilościowej.

Wzór i historia używania. W przypadku osób używających okazjonalnie, wzór i historia używania przetworów konopi określone były najczęściej jako mało lub średnio ryzykowne. Natomiast w przypadku osób używających problemowo, stopień ryzyka określany był jako średni lub wysoki. To, co terapeuci uznawali za mało ryzykowne, oznaczało zapalenie marihuany raz aż do palenia około 2-3 razy w miesiącu (*Pali od czasu do czasu na imprezach, około 1 raz w miesiącu*), nawet przez kilka lat. Jednak na ogół inicjacja miała miejsce stosunkowo niedawno (2-3 miesiące przed badaniem). Zazwyczaj palenie odbywało się w gronie znajomych, częściej w okresie letnim (*Ogólnie nie pali w roku szkolnym. Raczej w czasie ferii, wakacji, przerw świątecznych*), rzadko w samotności. Nastolatki palące okazjonalnie łączyły marihuanę z alkoholem, część z nich próbowała innych narkotyków, a część poprzestała na marihuanie.

Ryzyko było określane jako średnie wówczas, gdy respondent palił marihuanę od kilku razy w roku do 2 razy w tygodniu po dwie, trzy łufki. Palenie odbywało się najczęściej w gronie znajomych (*Zawsze w parku z kumplami*), w czasie spotkań towarzyskich (*Jest modne przy okazji imprez*). Zdarzało się palenie w samotności.

„Wysoki” poziom ryzyka był przypisywany wypalaniu od 1 „łufki” w tygodniu do 2-3 dziennie. Osoby z tej grupy paliły marihuanę również ze znajomymi, ale poza przetworami konopi sięgały też po inne narkotyki, głównie na imprezach. Zdarzały im się też ciagi (*w czasie wakacji kilka dni non-stop*). Okres używania przekraczał z reguły 2 lata i w tym czasie młodzi ludzie zwiększali dawki i częstotliwość palenia. Jednak nie wywoływało to u nich poczucia, że są uzależnieni (*Obecnie bierze systematycznie, zwiększa dawki przyjmowanych narkotyków, miesza z alkoholem, zdarzyło jej się brać samotnie. Nie ma poczucia, że jest uzależniona*).

Zmiany w funkcjonowaniu poznawczym.

W przypadku opisu funkcjonowania poznawczego osób, które biorą marihuanę okazjonalnie, niewielka jest różnica pomiędzy stopniem ryzyka określanym jako „niskie” i „średnie”. U większości respondentów w ogóle nie występowały zmiany w funkcjonowaniu poznawczym (*Zależy jej na ocenach. Chce kiedyś podjąć studia*). Jeśli już miały miejsce to dotyczyły: kłopotów z koncentracją uwagi, zapamiętywaniem i przyswajaniem nowych informacji (*wrażenie „dziur” w mózgu*). Podobnie w przypadku osób biorących problemowo

za „średnio” ryzykowne uznawane były trudności w nauce, w przyswajaniu nowych informacji, w koncentracji uwagi, zapamiętywaniu (*Nie wchodzi mu do głowy*) oraz rozkojarzenie, brak zainteresowania otoczeniem. Inni takim objawom przypisywali wysoki stopień ryzyka. Halucynacje i lęki oraz rozdrażnienie były przeważnie związane z wysokim stopniem ryzyka, chociaż pojawiały się również przy stopniu ryzyka określanym jako niskie.

Problemy finansowe spowodowane używaniem marihuany raczej nie występowały u osób okazjonalnie palących. Młodzież była częstowana przez inne osoby palące marihuanę i sporadycznie miała problemy związane z wydawaniem pieniędzy na narkotyki (*Sprzedał swój sprzęt grający – ryzyko określone przez terapeutę jako „średnie”*). Dla niektórych specjalistów podkradanie pieniędzy rodzicom i podejmowanie różnych innych działań specjalnie po to, by zdobyć pieniądze na marihuanę (*Sprzedał swoje płyty CD; Musi kombinować, ale udaje mu się na razie pozyskiwać środki*) są zachowaniami obciążonymi średnim poziomem ryzyka. Dla innych, podobne działania (*Podbiera pieniądze ojcu, gdy ten jest pijany; Siostrze ukradł 2 złote pierścionki, których nie nosi i jeszcze tego nie odkryła; Wydaje coraz więcej. Musi zrezygnować z innych rzeczy*) są wysoce ryzykowne.

Zmiany w relacjach z przyjaciółmi i rodziną. U osób używających okazjonalnie trudno jest oszacować stopień ryzyka związany ze zmianą kręgu przyjaciół. Na tym etapie używania marihuana palona bywa w gronie przyjaciół (*Na imprezach, na których pali hasz, inni też palą*). Z analiz zapisów dotyczących relacji z przyjaciółmi (u osób używających problemowo) wynikało, że ryzykowna może być zarówno zmiana kręgu znajomych, jak i pozostawanie w tym samym otoczeniu. Poza tym, oszacowanie ryzyka związanego z tym wymiarem jest również bardzo subiektywne: *Poprzedni znajomi mówili, że za dużo bierze. Zmienił znajomych po tym, jak zaczął brać, zmienił też dziewczynę, albo: Na jego osiedlu koledzy palą. Ma głównie takich znajomych. Koledzy, którzy nie biorą, odwrócili się od niego, częściej spotyka się z tymi, którzy biorą*. Stwierdzenia tego typu bywały traktowane zarówno jako wskaźnik średniego, jak i wysokiego ryzyka.

Podobnie wyglądały oszacowania ryzyka związanego z pogorszeniem relacji z rodzicami i rodzeństwem. Podwyższone ryzyko było związane z częstszymi kłótniami, sporami, oszu-

kiwaniem rodziców (*Nie chce z nimi o niczym rozmawiać*), spóźnianiem się. Rodzice byli opisywani jako nie zainteresowani dzieckiem, zajęci swoimi problemami, poświęcający więcej uwagi, tzn. zwiększający kontrolę dopiero w momencie, gdy dowiadują się o używaniu narkotyków.

Przedstawione analizy potwierdzają generalnie to, co jest oczywiste dla wszystkich terapeutów pracujących z nastolatkami sięgającymi po środki psychoaktywne. Precyzyjna diagnoza, w przypadku osób biorących narkotyki, ale nie uzależnionych, musi uwzględniać wiele różnych wymiarów.

Nasze badania pozwalają wskazać te czynniki, które mają zasadnicze znaczenie przy diagnozowaniu zaburzeń związanych z używaniem przetworów konopi przez młodzież. Jednak żaden z nich rozpatrywany samodzielnie nie pozwala stwierdzić czy używanie ma charakter okazjonalny, czy też problemowy. Ważne jest raczej stwierdzenie współwystępowania pewnych wzorów używania z określonymi zmianami w funkcjonowaniu.

Warto też zwrócić uwagę na fakt, że oceny terapeutów dotyczące ryzyka związanego z określonym wzorem używania marihuany lub stopnia zmian w funkcjonowaniu są bardzo subiektywne – to co dla jednych jest mało ryzykowne, dla innych oznacza bardzo poważne zagrożenie.

Należy również podkreślić, że chociaż zastosowany w naszym opracowaniu model – oparty na analizie objawów – pozwala wyjaśnić znaczną część diagnoz, to pozostaje kilkanaście procent przypadków niewyjaśnionych. Prawdopodobnie, aby zrozumieć sytuację tych nastolatków należałoby w większym stopniu uwzględnić kontekst sytuacyjny i rozwojowy używania przez nich marihuany. □

Katarzyna Kocoń jest psychologiem, studentką na studiach doktoranckich w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Katarzyna Okulicz-Kozaryn jest psychologiem zatrudnionym w Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M” w Instytucie Psychiatrii i Neurologii.

¹ Badania są finansowane ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

² Definicja „używania problemowego” i szczegółowe kryteria diagnostyczne zostały omówione we wspomnianym wyżej artykule (Remedium 6(148), 2005, s.18-19).