

Politoksykomania – kliniczny opis przypadku

Polytoxicomania – a clinical case study

MAREK MOTYKA

Instytut Socjologii, Wydział Socjologiczno-Historyczny, Uniwersytet Rzeszowski

Artykuł przedstawia przypadek mężczyzny uzależnionego od wielu substancji: pseudoefedryny, kodeiny, alkoholu, a w dwóch miesiącach poprzedzających ostatnią hospitalizację również od marihuany i mefedronu. Środki te zażywane były przez niego jednocześnie lub naprzemiennie. Politoksykomania jest obecnie zjawiskiem często obserwowanym wśród pacjentów leczenia odwykowego.

Słowa kluczowe: leki OTC, alkohol, dopalacze, marihuana, uzależnienie, politoksykomania

The article presents the case of a man addicted to many substances: pseudoephedrine, codeine, alcohol, and in the last two months prior to the hospitalization to marijuana and mephedrone. He used these substances simultaneously or alternately. Politoxicomania is now a phenomenon often observed in patients of the addiction treatment centers.

Key words: OTC drugs, alcohol, legal highs, marijuana, addiction, polytoxicomania

© Hygeia Public Health 2015, 50(1): 226-232

www.h-ph.pl

Nadesłano: 05.03.2015

Zakwalifikowano do druku: 07.03.2015

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Mgr socjologii Marek Motyka

Specjalista terapii uzależnień w procesie certyfikacji

Sekcja Terapii Uzależnień, Wojewódzki Podkarpacki Szpital

Psychiatryczny im. prof. E. Brzezickiego w Żurawicy

ul. Różana 9, 37-710 Żurawica

tel. 606 378 533, e-mail: motmar@tlen.pl

Wprowadzenie

Od około dekady badacze zjawiska narkomanii identyfikują wśród młodzieży zainteresowanie zażywaniem leków dostępnych bez recepty o potencjale psychoaktywnym. Środkami najczęściej używanymi są medykamenty zawierające w swoim składzie efedrynę, pseudoefedrynę, kodeinę, dekskrometofan i benzydaminę. Podawane przyczyny sięgania po tego typu specyfiki to chęć poprawy wydolności intelektualnej i fizycznej, redukcja masy ciała oraz moda na odurzanie [1-5]. Od 2008 r. na polskim rynku narkotykowym dostępne są, niemal bez ograniczeń, nowe środki odurzające, tzw. dopalacze [6]. Pośród adolescentów identyfikowana jest również liberalizacja postaw wobec najbardziej popularnego w tej grupie narkotyku – marihuany [7]. Dzięki anonimowym punktom sprzedaży, w Internecie, wszelkiego rodzaju środki psychoaktywne stały się dostępne dla każdego, natomiast portale społecznościowe sprzyjają wymianie narkotykowych doświadczeń. Prowadzone badania empiryczne wskazują na wzrost zażywania narkotyków [8]. Do placówek leczenia odwykowego coraz częściej trafiają osoby młode, które są uzależnione od zażywania wielu różnych środków psychoaktywnych,

zażywających je razem lub naprzemiennie, co określa się jako politoksykomania.

W niniejszym artykule przedstawiono opis przypadku osoby uzależnionej od wielu substancji odurzających, głównie od pseudoefedryny i kodeiny.

Opis przypadku

Pacjent lat 26, został dowieziony przez karetkę Pogotowia Ratunkowego do jednego z podkarpackich szpitali w związku ze zgłoszeniem o podjętej przez niego próbie samobójczej.

W wywiadzie potwierdził zażycie 30 tabletek Thiocodin oraz przyjęcie w iniekcji 30 ml metylodkatynonu uzyskanego z leku Sudafed z intencją odebrania sobie życia. Podczas przyjęcia przytomny, zorientowany prawidłowo, świadomość jasna, nastrój wyraźnie obniżony, potwierdzał występowanie myśli rezygnacyjnych. Jak podał, od szesnastego roku życia nadużywa alkoholu, od ukończenia dziewiętnastu lat regularnie. Od 21 roku życia zażywa również inne środki odurzające. W okresie od lipca 2014 r. do lutego 2015 r. czterokrotnie zgłaszał się na detoksykację – w tym raz uczestniczył w podstawowym programie

terapii uzależnień, po ukończeniu którego dwukrotnie próbował podjąć terapię w ośrodkach dla osób uzależnionych od narkotyków. Jak podał w wywiadzie, do pierwszego ośrodka nie został przyjęty, ponieważ zgłosił się pod wpływem kodeiny, z drugiego został wypisany po kilku dniach pobytu, przy czym odmówił podania przyczyny wypisu.

W ostatnich dwóch miesiącach – pomimo wcześniejszych deklaracji o podjęciu bezwzględnej abstynencji – jego uzależnienie znacząco się pogłębiło; zaczął jednocześnie, bądź na przemian, zażywać leki OTC z kodeiną – Thiocodin, oraz z pseudoefedryną – głównie Sudafed, z którego – przy zastosowaniu prostych reakcji chemicznych – uzyskiwał metylokatynon, który przyjmował w dożylnych iniekcjach. Zaczął również palić marihuanę i „dopalacze” typu „spice” oraz przyjmować w iniekcjach inny „dopalacz” – mefedron. Odebraniem sobie życia zamierzał uwolnić siebie i bliskich od problemów wynikających z jego uzależnienia.

Podczas pobytów pacjenta w szpitalu przeprowadzonych zostało szereg wywiadów, które za jego zgodą – z pominięciem danych pozwalających na identyfikację – wykorzystane zostały do opisu niniejszego przypadku

W otoczeniu pacjenta nie było problemów z uzależnieniami. Wychowywał się w rodzinie pełnej, razem z dwójką rodzeństwa. W domu – według niego – niczego nie brakowało, stanowili zgodną, kochającą się rodzinę. W dzieciństwie i okresie dorastania nie było spektakularnych wydarzeń, które utkwiłyby w jego pamięci. Podaje, że został wychowany zgodnie z katolickimi wartościami i tradycjami patriotycznymi. Przed osiągnięciem pełnoletności były jednak w jego życiu wydarzenia, na które sam zwraca uwagę i których nie jest w stanie wytłumaczyć: zawieszenie w prawach ucznia w szkole za nieodpowiednie zachowania oraz kilka kradzieży, których dopuścił się pod wpływem namowy ze strony kolegów. Konsekwencji prawnych z tego powodu nie poniósł jednak żadnych.

Pierwszy kontakt z alkoholem miał w wieku dwunastu lat. Został namówiony przez kolegów do wyniesienia z domu butelki koniaku. Po wypiciu kilku kieliszków alkoholu wymiotował całą noc. Nie było to dla niego doświadczenie przyjemne. Od trzynastego do szesnastego roku życia spożywał alkohol wyłącznie podczas spotkań z kolegami, jednakże już wówczas, za każdym razem, upijał się do utraty przytomności. Od szesnastego do osiemnastego roku życia wszelkie pieniądze, jakie były do jego dyspozycji, wydawał na alkohol, a od ukończenia dziewiętnastu lat upijał się bardzo często. Pomimo nadużywania alkoholu jego edukacja przebiegała prawidłowo. Po ukończeniu średniej szkoły muzycznej podjął naukę na studiach.

Będąc na pierwszym roku studiów, podczas jednego ze spotkań towarzyskich został poczęstowany przez kolegów metylokatynonem uzyskanym z leku Sudafed. Środek przyjął w dożylniej iniekcji. Podaje, że było to dla niego ekstatyczne doznanie, nieporównywalne z żadnymi innymi. Zaczął sam coraz częściej sięgać po leki zawierające w składzie pseudoefedrynę, m.in. Sudafed, Acatar, krople do nosa Efrinol, z których – przy użyciu nadmanganianu potasu i octu – uzyskiwał silnie pobudzający metylokatynon.

Zrezygnował ze studiów i podjął pracę wykorzystując umiejętności nabyte podczas edukacji w szkole muzycznej. Podaje, że przez okres od 21. do 23. roku życia zażywał trudne do określenia („przerazające” – jak sam stwierdził) ilości metylokatynonu na przemian z alkoholem. Początkowo przyjmował narkotyk wyłącznie w nocy i w weekendy, jednakże w miarę rozwoju uzależnienia zaczął go wytwarzać i zażywać w miejscu pracy. Wykonywany zawód muzyka – jak twierdzi – nie kolidował z jego subiektywnymi potrzebami wynikającymi z uzależnienia, a raczej – dzięki niemałym dochodom – pozwalał na ich pełne zaspokajanie. Metylokatynon przyjmował kilka razy dziennie. Po około czterech godzinach od przyjęcia działanie specyfiku traciło na intensywności i pojawiał się silny psychiczny głód narkotyku, tłumiony w razie potrzeby alkoholem. Intensywne ciągi, podczas których przyjmował w dożylnych iniekcjach metylokatynon, trwały 3-4 dni. Po tym czasie zmuszony był podjąć kilkudniową przerwę na regenerację organizmu.

W wieku 23 lat poznał dziewczynę, która wkrótce zaszła z nim w ciążę. Kobieta nie zażywała jakichkolwiek środków psychoaktywnych. Wkrótce, po kilku zaniebaniach i nadużyciach w miejscu pracy, spowodowanych jego stanami pod wpływem narkotyków, jak również nieodpowiednim zachowaniem, został zwolniony z pracy. W związku ze zbliżającym się rodzicielstwem, jak i nagłym pogorszeniem się warunków bytowych, zgłosił się do poradni uzależnień. Przez kilka miesięcy utrzymywał abstynencję i uczestniczył w indywidualnych spotkaniach z terapeutą. Do długoterminowego ośrodka terapii nie zamierzał się zgłosić. W tym czasie jego sytuacja życiowa uległa znacznej poprawie. Ożenił się, zajął się wychowywaniem dziecka i poszukiwaniem zatrudnienia. Kiedy je znalazł, poza rodzinnym miastem, zrezygnował z dalszej terapii i wraz z żoną i dzieckiem wyjechał do nowego miejsca zamieszkania.

Ponownie zgłosił się na leczenie, tym razem do stacjonarnej placówki leczenia uzależnień, pod koniec lipca 2014 r. W wywiadzie podał, że przez okres dwóch lat od zaprzestania używania metylokatynonu (lata 2011-2013) utrzymywał pełną abstynencję, pracował, razem z żoną wychowywał syna. Od około roku, po jednym ze spotkań z kolegami, zaczął przy-
-

mować w celach odurzających Thiocodin – lek na kaszel, zawierający w składzie fosforan kodeiny. Jak podaje, w tym okresie zaczęło mu bardzo brakować ekscytujących doznań w uporządkowanym i stabilnym funkcjonowaniu. Tym razem postanowił nie używać silnie stymulującego metylokatynonu, wobec którego zdawał sobie sprawę o własnym braku kontroli używania. Kodeina była medykamentem, który pacjent postanowił spróbować, z przekonaniem, że będzie to jedynie epizodyczna sytuacja. Jak jednak podaje, stan odurzenia po kodeinie bardzo mu się spodobał. Sedytywne działanie leku, odzwierciedlone w łagodnym, niemal sennym funkcjonowaniu, przez długi czas nie budziło podejrzeń wobec deklarowanej przez niego abstynencji oraz dawało iluzję kontroli zażywania.

Początkowo przyjmował po 2-3 blistry leku, co drugi dzień (10 sztuk w jednym opakowaniu). Przy zażyciu większej ilości leku Thiocodin występowały objawy zatrucia manifestujące się nudnościami i wymiotami. Stan relaksującego odurzenia trwał do 24 godzin. Po zakończeniu narkotycznego działania nie odczuwał szczególnie dotkliwego dyskomfortu. Jeżeli jednak taki występował, wówczas redukował go alkoholem. Wraz z upływem czasu zaczął przyjmować coraz większe ilości tabletek w celu osiągnięcia oczekiwanych doznań. W ostatnich tygodniach, poprzedzających zgłoszenie się do szpitala, przyjmował po 7 opakowań leku (70 szt.) w dni robocze, a 11-12 opakowań w dni wolne od pracy. W związku z coraz częstszymi wymiotami nie był w stanie przyjmować tak znacznej ilości tabletek jednorazowo, więc zażywał je porcjami tolerowanymi przez organizm. W ostatnich tygodniach zażywania odurzające działanie leku trwało jedynie około 4-5 godzin, po których występował silny zespół abstynencyjny charakterystyczny dla odstawienia narkotyków z grupy opioidów, m.in. pojawienie się nerwobóli, bezsenności, nadmiernej potliwości, suchości w jamie ustnej, drżenia mięśniowego, niepokoju, stanów depresyjnych i apatii. Stany te – podobnie jak przy odstawianiu metylokatynonu – redukował alkoholem.

Podczas hospitalizacji uzyskano poprawę stanu fizycznego i psychicznego. Zespół abstynencyjny ze wspomnianymi objawami występował przez około 10 dni. Po tym okresie – poza utrzymującą się bezsennością – przykre objawy ustąpiły. Pacjent zgodził się na podjęcie terapii w ośrodku długoterminowym dla osób uzależnionych od narkotyków i wraz z terapeutą prowadzącym podjął w tym celu odpowiednie działania. Pozostał w placówce i rozpoczął uczestnictwo w programie terapii dla osób uzależnionych od alkoholu oraz czekał na informację o możliwości przeniesienia do ośrodka dla narkomanów. Po trzech tygodniach wypisał się jednak ze szpitala ma własne żądanie.

Po raz kolejny został przywieziony do placówki przez członków rodziny, ze skierowaniem od lekarza rodzinnego, z powodu wystąpienia zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych naprzemiennym przyjmowaniem alkoholu i różnych środków psychoaktywnych. Pacjent potwierdził przyjmowanie substancji odurzających również w dniu zgłoszenia. Podczas przyjęcia przytomny, napięty, zgłaszał silny niepokój i lęki, potwierdzał występowanie omamów wzrokowych. Po dziewięciu dniach detoksykacji wypisał się na własne żądanie do domu. Przejawiał bezkrytyczny stosunek wobec uzależnienia, nie zamierzał podejmować dalszej terapii.

Po raz kolejny trafił do szpitala cztery doby po jego opuszczeniu, w stanie upojenia alkoholowego oraz pod wpływem kanabinoidów. Podobnie jak poprzednio, po detoksykacji trwającej 7 dni wypisał się do domu.

Kolejny pobyt miał miejsce niespełna dwa tygodnie od ostatniego opuszczenia szpitala. Przyczyną dowiezienia pacjenta do placówki było, wspomniane we wstępie opisu, podjęcie przez niego próby samobójczej przez przedawkowanie środków z pseudoefedryną i kodeiną. Podczas przeprowadzanego w trakcie pobytu wywiadu, pacjent potwierdził zażywanie w ostatnich tygodniach bardzo dużych ilości zarówno leku przeciwkaszlowego Thiocodin (po kilkadziesiąt tabletek dziennie), jak i metylokatynonu uzyskiwanego z leków zawierających w składzie pseudoefedrynę. Potwierdził również palenie marihuany i „dopalaczy” typu „spice”, jak również przyjmowanie w iniekcjach – jednorazowo nawet do 0,5 grama – „dopalacza” o nazwie mefedron oraz jego analogów. Naprzemienne z wymienionymi środkami, lub łącznie z nimi, spożywał duże ilości alkoholu. Bezsilność wobec zażywania tychże środków, częste pobyty w szpitalu oraz mnożące się problemy w rodzinie związane z jego stylem życia, spowodowały u niego wystąpienie myśli rezygnacyjnych, czego konsekwencją była próba samobójcza.

Podczas hospitalizacji pacjenta zidentyfikowano u niego zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym przyjmowaniem różnych środków psychoaktywnych (zespół uzależnienia) – F19.2 – wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Zidentyfikowane zostały u niego – podane poniżej – osiowe objawy uzależnienia:

1. Silna potrzeba używania substancji (głód).

Pacjent potwierdzał trudną do opanowania chęć zażycia jakiegoś środka lub wypicia alkoholu, pojawiającą się zwłaszcza w chwilach złości, przeżywania wstydu, wyrzutów sumienia, ekscytacji, podejmowania zobowiązań. Jeżeli w tego typu sytuacjach nie miał możliwości zażycia jakiegokolwiek środka odurzającego, to odczuwał duży

dyskomfort, niepokój i rozdrażnienie. W pracy, pełniąc obowiązki służbowe, wielokrotnie doświadczał bardzo silnego napięcia, które redukował przyjmując kolejne dawki leków. Podobnie było w domu, tu jednak – zwłaszcza w ostatnim okresie – nie ukrywał swoich potrzeb, jawnie przyjmując środki odurzające. Głód narkotykowy/alkoholowy występował również u niego pod wpływem tzw. wyzwalaczy zewnętrznych: widoku tabletek, muzyki, która przypominała mu sytuacje i stany, kiedy był pod wpływem narkotyków, widoku osób pijących alkohol, zażywających środki psychoaktywne, filmów, w których aktorzy zażywali narkotyki bądź pili alkohol. Silne napięcie występowało u niego nawet podczas sesji indywidualnych z terapeutą, podczas których poruszane były tematy związane z zażywaniem leków, narkotyków czy alkoholu. W sytuacjach takich zazwyczaj był bardzo rozkojarzony, rozdrażniony, czasem wybuchowy.

2. **Upośledzona zdolność kontrolowania zażywania.** Pacjent podawał, że kiedy przyjmował pierwszą dawkę, to automatycznie zaczynał myśleć o kolejnych. Podczas ostatnich miesięcy, kiedy pojawiał się „głód”, natychmiast poszukiwał sposobów jego redukcji. Kiedy koledzy proponowali mu narkotyk, niemal nigdy nie był w stanie odmówić. Kiedy natomiast przyjął jakąś psychoaktywną substancję, rozpoczynał się u niego ciąg zażywania trwający co najmniej cały dzień, bądź kilka dni. Najdłuższe ciągi, podczas których zażywał naprzemiennie różne środki psychoaktywne trwały nawet kilka miesięcy. Podczas zażywania metylokatynonu prymitywne produkcje, w trakcie których uzyskiwał z leków OTC i przyjmował w iniekcjach narkotyk, trwały najczęściej całą noc, po której wyczerpany zasypiał, spożywając wcześniej alkohol – jak twierdzi „dla uspokojenia”. Zazwyczaj zażywał i pił więcej niż sobie zaplanował mimo wcześniejszych założeń dotyczących ilości wypijanego alkoholu, czy ilości przyjmowanych leków bądź narkotyków. Nie kontrolował swoich zachowań; pod wpływem środków psychoaktywnych robił i mówił rzeczy, o których później nie pamiętał. Nie kontrolował dawek przyjmowanych specyfików. Najczęściej zażywał tak duże ilości różnych środków odurzających, że dopiero wycieńczenie organizmu manifestujące się osłabieniem i psychozami, albo wystraszona jego stanem rodzina, wpływały na podjęcie abstynencji, zwykle w placówce leczenia odwykowego. Spożywał alkohol i zażywał środki odurzające pomimo obietnic i deklaracji o podjęciu abstynencji. Pod wpływem alkoholu i narkotyków prowadził samochód, za co został zatrzymany w areszcie.

3. **Objawy abstynencyjne.** Po odstawieniu środków psychoaktywnych występowały u niego nudności, wymioty, biegunki, wysuszenie śluzówek, wzmożona potliwość, drżenie i bóle mięśniowe, tachykardia, bezsenność, rozkojarzenie, apatia i stany depresyjne. W celu pozbycia się tych przykrych objawów bądź zapobieżenia ich występowaniu pacjent przyjmował kolejne porcje leków, narkotyków lub alkoholu.
4. **Zmiana tolerancji na przyjmowaną substancję.** Wraz z zażywaniem środków odurzających u pacjenta zmieniała się tolerancja na dany specyfik. W przypadku leków z kodeiną przyjmował coraz większe ilości tabletek w celu uzyskania tego samego efektu. Analogicznie było z alkoholem i mefedronem. Wobec przyjmowanego w iniekcjach metylokatynonu skracał się czas pomiędzy kolejnymi iniekcjami, co również świadczy o wzroście tolerancji. W przypadku marihuany występował spadek tolerancji; po kilkudniowym jej przyjmowaniu wystarczyło, że 1-2 razy inhalował dym z wypalanego narkotyku. Łączył ze sobą różne środki psychoaktywne w celu intensyfikacji osiągniętych doznań. Mógł wypić bardzo duże ilości alkoholu; jednorazowo nawet ponad litr wódki.
5. **Postępujące zaniedbywanie alternatywnych do zażywania przyjemności, zachowań i zainteresowań. Koncentracja życia na środkach psychoaktywnych.** Pacjent potwierdza, że wraz z rozwojem uzależnienia środki psychoaktywne coraz częściej były dla niego źródłem przyjemnych doznań. Kiedy pojawiała się u niego silna potrzeba redukcji napięcia, to nawet muzyka, która jest jego pasją, nie pomagała mu w tego typu okolicznościach. W ostatnich miesiącach niemal nic – poza używkami – nie dawało mu zadowolenia, satysfakcji, poczucia spełnienia. Jego towarzystwo w dużej mierze stanowiły osoby zażywające środki odurzające. Miał doskonałe rozeznanie w punktach sprzedaży leków, wiedział jakie ilości może kupić bez wzbudzania podejrzeń, wypracował sobie „system” ich nabywania. Nauczył się funkcjonować w taki sposób, aby bliscy nie mieli możliwości przeszkodzenia mu, kiedy wpadał w kolejny ciąg. Zdawał sobie sprawę, że rozpoczęcie zażywania wiąże się nierozdzielnie z potrzebą kontynuacji utrzymywania narkotycznych stanów; mając tego świadomość, gromadził duże ilości leków bądź narkotyków i wówczas dopiero zaczynał je zażywać. Kiedy rozpoczynał się ciąg, przestawał uczestniczyć w życiu rodzinnym, „wypadał” z pełnienia podstawowych ról społecznych.

6. **Zażywanie pomimo oczywistej wiedzy o szkodliwości.** Pacjent zdaje sobie sprawę ze szkód zdrowotnych wynikających z zażywania poszczególnych środków oraz ich łączenia. Dotychczas jednak, poza osłabieniem i wycieńczeniem organizmu po ciągu zażywania, nie doświadczył jeszcze trwałych szkód zdrowotnych. Jego zachowania pod wpływem środków odurzających były jednakże skrajnie nieodpowiedzialne, z czego doskonale zdawał sobie sprawę: pod wpływem alkoholu i narkotyków kierował pojazdem, narażając siebie i innych; przyjmował nieprawidłowo przefiltrowany metylokatynon, przez co kilkakrotnie – jak sam podaje – „serce mu się niemal zatrzymało”; przychodził do pracy pod wpływem środków odurzających i nieodpowiednio się zachowywał, przez co w rezultacie dwukrotnie stracił zatrudnienie. Rezygnował z podejmowanych prób terapii, mimo świadomości, że wraca do zażywania. Łamał obietnice dawane żonie o podjęciu abstynencji, pomimo, że prowadziło to do narastających konfliktów między nimi.

U pacjenta, wraz z rozwojem zespołu uzależnienia, wykreowały się trzy podstawowe i patologiczne mechanizmy odpowiedzialne za postępujące procesy destrukcyjne, obserwowane w funkcjonowaniu osób używających środki psychoaktywne. Należą do nich: mechanizm nałogowego regulowania emocji (odpowiedzialny za silne pragnienie zażywania), mechanizm iluzji i zaprzeczania (tzw. mechanizm zakłamanego postrzegania i usprawiedliwiania swoich nałogowych pragnień oraz wynikających z nich zachowań), oraz mechanizm dezintegracji „Ja” (który poprzez zniekształcone postrzeganie samego siebie uniemożliwia powstrzymanie się od zażywania i konstruktywne kierowanie własnym postępowaniem) [9].

1. **Mechanizm iluzji i zaprzeczania.** Pacjent ma świadomość strat spowodowanych zażywaniem środków odurzających; dwukrotne zwolnienie z pracy i przymusowe opuszczenie mieszkania służbowego łączy ze swoim nałogowym stylem życia. Nie minimalizuje zażywania narkotyków, leków i spożywania alkoholu, natomiast umniejsza pojawiające się konsekwencje. Nie potrafi w pełni wziąć odpowiedzialności za swoje niepowodzenia; obwinia innych o powrót do zażywania po dwóch latach abstynencji – „szef wyprowadzał mnie z równowagi”, „dostawałem tak duże napiwki w pracy, że nie wiedziałem, co robić z pieniędzmi”. Racjonalizuje zażywanie narkotyków twierdząc: „po narkotykach z dużą finezją odtwarzałem muzykę”. Podczas sesji indywidualnych, kiedy omawiane są jego problemy, odwraca uwagę wskazując kolegów, u których sytuacja życiowa jest znacznie gorsza. Uważa,

że marihuana nie uzależnia, jest środkiem relaksacyjnym; podobnie myślał na temat tabletek z kodeiną, kiedy zastąpił nimi zażywany wcześniej metylokatynon. Bagatelizuje i trywializuje swoją sytuację; pytany o aktualne relacje z członkami rodziny, odpowiedział: „stosunki między nami są lepsze niż w „Klanie””; na pytanie do kogo zwraca się po pomoc w chwilach trudnych – „do pani magister w aptecę”. Podczas opowiadania o swoim uzależnieniu koloryzuje wspomnienia dotyczące zażywania. Zmiana stylu życia występuje u niego wyłącznie w sferze marzeń; będąc poza placówką leczenia odwykowego nie podejmował prób zmiany swojej sytuacji. Na uwagi dotyczące jego odurzania, zwracane przez bliskich mu ludzi, najczęściej zaprzeczał: „nie jestem uzależniony”, „to tylko tak groźnie wygląda”, „jutro przestanę”.

2. **Mechanizm nałogowego regulowania emocji.** Pacjent reaguje nadmiarowo na wszelkie bodźce, co wywołuje u niego silne napięcie, którego z kolei nie potrafi zredukować. Używa środków psychoaktywnych, jako antidotum redukujące stres, kojące nerwy, intensyfikujące radość, zadowolenie. Wszelkiego rodzaju napięcie, doznawane jest przez niego jako cierpienie. Wszelkie przykre stany emocjonalne, m.in. rozdrażnienie, niepokój, wstyd, poczucie winy, złość, poczucie krzywdy itp. są dla niego bolesne i trudne do zniesienia. W związku z brakiem umiejętności konstruktywnego radzenia sobie z tymi stanami, jak i brakiem cierpliwości, uczucia te są demonizowane. Zażywanie środków odurzających stanowi następstwo silnej potrzeby pozbycia się dyskomfortu. Doznawane przez niego uczucia oscylują pomiędzy cierpieniem a ulgą. Pacjent posiada również obniżoną tolerancję na monotonię związaną z codziennym wykonywaniem obowiązków i pełnieniem ról społecznych. Posiadając w pamięci ekstatyczne doznania uzyskiwane po psychoaktywnych medykamentach, przywołuje je w myślach, wywołując u siebie tęsknotę za tymi przeżyciami. Jak wspomniano powyżej, chęć odurzenia się występowała nawet podczas zajęć terapeutycznych, na których podejmowane były tematy związane z jego dotychczasowym funkcjonowaniem. Po przyjęciu jakichkolwiek środków odurzających jego stany emocjonalne ulegały natychmiastowej stabilizacji.
3. **Mechanizm rozdwojonego i rozproszonego „Ja”.** Pacjent posiada niestabilny obraz siebie spowodowany zarówno destrukcją w niemal każdym obszarze jego społecznego funkcjonowania, jak i dotychczasowymi osiągnięciami (wysokimi dochodami) w pracy zawodowej. Z jednej strony postrzega siebie jako osobę postępującą wbrew przyjętym zasadom, krzywdzącą innych, nie-

odpowiedzialną i nieuczciwą. Z drugiej jednak twierdzi, że jego życie układa się poprawnie; uważa, że aktualnie razem z żoną doświadczają najlepszego okresu w ich pożyciu małżeńskim. U pacjenta występuje rozbieżność pomiędzy deklarowanymi wartościami i celami życiowymi, a ich respektowaniem i realizacją. Deklaruje, że na obecną chwilę najważniejszą sprawą jest dla niego dalsze leczenie; jednocześnie nie podejmuje działań wskazujących na jego kontynuację. Będąc świadomym postępującej utraty panowania nad swoim funkcjonowaniem, podczas pobytów w szpitalu sam podejmował decyzję o wypisie na własne żądanie, co dawało mu iluzję kierowania swoim życiem. W czasie ciągów narkotyczno-alkoholowych występuje u niego zaniżona samoocena, przeżywa silny wstyd i poczucie winy. Natomiast po odtruciu organizmu, pacjenta cechuje pewność siebie, poczucie kontroli i panowania nad swoim życiem. Pojawia się również poczucie wyższości wobec innych, bardziej pogrążonych w destrukcji pacjentów – zwłaszcza uzależnionych od alkoholu. Pacjent przejawia dumę wobec zarówno ilości przyjmowanych specyfików, jak i asortymentu zażywanych środków.

Wymienione psychologiczne mechanizmy uzależnienia są odpowiedzialne za występowanie u osoby uzależnionej: braku zdolności do autokontroli zachowań związanych z zażywaniem narkotyków, leków oraz spożywaniem alkoholu; występowania silnego wewnętrznego przymusu zażywania substancji psychoaktywnych; postępującej autodestrukcji i nasilającego się stanu cierpienia i bezradności; koncentracji życia na sprawach związanych z przyjmowaniem środków odurzających; występowania zaburzeń w relacjach społecznych osoby uzależnionej; oraz gotowości do naruszania norm społecznych i utraty wartości w przypadkach konfliktu z subiektywnymi dążeniami do przyjmowania środków odurzających [9]. Jedynie tzw. rozbrojenie tychże mechanizmów, za pomocą odpowiednio dobranych strategii terapeutycznych, może sprzyjać poprawie jakości życia i funkcjonowania osoby, u której występowały. Bez uzyskania świadomości o ich wpływie, autoidentyfikacji, oraz nabyciu umiejętności radzenia sobie podczas tzw. głodu, osoba uzależniona ma nikłe szanse na powrót do abstynencji.

Ostatni pobyt w placówce leczenia odwykowego pacjenta opisywanego w niniejszym artykule trwał pięć tygodni, podczas których – po raz kolejny – uzyskano poprawę stanu fizycznego oraz ustąpiły u niego myśli rezygnacyjne i uciążliwy psychiczny głód narkotykowy. Pacjent opuścił szpital z decyzją kontynuacji leczenia w placówce długoterminowej.

Podsumowanie

W latach 60. i 70. XX wieku politoksykomania wśród polskich narkomanów była zjawiskiem bardzo popularnym. Przyjmowanie wielu różnych środków odurzających stanowiło wówczas specyficzną modę wśród zwolenników psychoaktywnych doznań [10, 11]. Sytuacja taka wynikała m.in. z ograniczonego dostępu do znanych narkotyków [12]. Również współcześnie jednocześnie zażywanie wielu środków psychoaktywnych stanowi zjawisko coraz częściej identyfikowane, zwłaszcza wśród adolescentów [13-16]. Tym razem jednakże zachowania te – odmiennie niż przed kilkoma dekadami – mogą wynikać z niemal nieograniczonego dostępu do środków odurzających, kreowania pozytywnego wizerunku środków psychoaktywnych w masmediach i popkulturze, możliwości wymiany doświadczeń związanych z zażywaniem narkotyków poprzez internetowe portale społecznościowe, mody na zażywanie środków psychoaktywnych. Jak zauważają Nenadović i Šapić, w ostatniej dekadzie zjawisko politoksykomanii systematycznie wzrasta, i to nie tylko w Serbii, gdzie przeprowadzone zostały zaprezentowane badania, ale również w innych krajach. Według badaczy zjawisko sięgania po różne środki psychoaktywne należy do najczęstszych problemów identyfikowanych wśród adolescentów na całym świecie [17-19].

Interesujące rezultaty przyniosła analiza dokumentacji osób uzależnionych lub szkodliwie używających substancji psychoaktywnych, hospitalizowanych w Oddziale Klinicznym Psychiatrii w Tarnowskich Górach w latach 1994-2005. Z grupy 1187 chorych, u których zgodnie z klasyfikacją ICD-10 lub ICD-9 rozpoznano w historii choroby uzależnienie lub szkodliwe używanie substancji psychoaktywnych, wyodrębniono dwie grupy: osoby uzależnione bądź używające środki psychoaktywne (n=825) oraz osoby z podwójną diagnozą: uzależnienie + zaburzenia psychiczne (n=362). Ustalono, że politoksykomania występowała niemal trzykrotnie częściej w grupie osób z podwójną diagnozą niż u pozostałych [20]. Dane wskazywać mogą zarówno na częstsze występowanie zaburzeń psychicznych wśród osób zażywających wiele środków psychoaktywnych, jak również na częste występowanie politoksykomanii u osób cierpiących na zaburzenia psychiczne. Jak uważają jednakże Nenadović i Šapić zaburzenia psychiczne nie mogą zostać uznane za etiologiczny czynnik politoksykomanii, jednakże osoby takie mogą wykazywać skłonność do poszukiwania ulgi w różnych środkach odurzających [17].

Młodzi ludzie sięgając po różne środki psychoaktywne, lub łącząc ze sobą zażywanie różnych odurzających specyfików, robią to prawdopodobnie w poszukiwaniu nowych, bardziej intensywnych doznań. Zjawisko to stwarza kolejne istotne zagrożenia

w obszarze zdrowia publicznego i winno skupiać uwagę wszelkich służb, zarówno odpowiedzialnych za dostęp tychże specyfików, jak i instytucji zapobiegających eskalacji tego typu zjawisk.

Autorowi nie udało się dotrzeć do innych opisów, analogicznych do prezentowanego przypadku. W publikacjach najczęściej zwraca się uwagę na eskalację politoksykomanii w Polsce, jednakże informacje dotyczące zjawiska kończą się wyłącznie na stwierdzeniu tegoż faktu [21, 22]. Stwarza to potrzebę wnikliwej obserwacji zjawiska oraz dzielenia się zarówno doświadczeniem płynącym z podejmowanych strategii terapeutycznych wobec politoksykomanów przez specjalistów terapii uzależnień, jak również – poprzez prowadzenie wywiadów z osobami uzależnionymi od wielu środków odurzających, jak i opisy – na pełniejszą charakterystykę i lepsze poznanie takich osób. Z obserwacji politoksykomanów przez autora niniejszej publikacji oraz doświadczeń zawodowych z tego typu pacjentami wynika, że osoby te często rezygnują z kontynuacji leczenia, wypisując się przedwcześnie

z placówek leczenia odwykowego, wracając do nałogu i pogłębiając uzależnienie. Odpowiadać za to może zarówno złożony tzw. głód, który powstawać może pod wpływem znacznie większego spektrum bodźców niż w przypadku uzależnienia od jednej substancji, obserwowana niestabilność emocjonalna, jak również świadomość zdobycia substancji odurzającej w bardzo krótkim czasie, bez jakichkolwiek barier utrudniających zakup odpowiednich do odurzenia specyfików, choćby w najbliższej aptece, sklepie spożywczym lub sklepie z „dopalaczami”. Przyjęcie jednego specyfiku zazwyczaj indukuje silną potrzebę sięgania po inne, zarówno z potrzeby intensyfikacji doznań, jak i chęci redukcji działania jednego środka przez użycie innego, np. alkoholu lub benzodiazepin w zespole abstynencyjnym po narkotykach stymulujących, itp.

Pomoc osobom zażywającym wiele środków odurzających stanowi niebagatelne wyzwanie zarówno dla terapeutów uzależnień, jak i dla samych uzależnionych.

Piśmiennictwo / References

- Pisarska A. Doświadczenia i opinie młodzieży o lekach dostępnych bez recepty. *SI-Narkomania* 2008, 4: 35-40.
- Potocka-Banaś B i wsp. Nadużywanie popularnych leków dostępnych bez recepty nowym trendem wśród młodzieży. *Ann Acad Med Stetin* 2013, 1: 114-119.
- Kozber B. Narkotyki z apteki. *Mag Aptek* 2013, 6: 20-22.
- Herbet M. Niebezpieczeństwo stosowania leków dostępnych bez recepty w celach odurzających. *Czas Aptek* 2012, 4: 35-38.
- Malczewski A. Używanie leków w celu odurzania – skala problemu. *Remedium* 2014, 2: 30-31.
- Motyka M. Dopalacze w polskiej przestrzeni społecznej. [w:] *Narkotyki, dopalacze, środki psychoaktywne. Studia socjologiczne i kulturoznawcze*. Anczyk E (red). Wyd Sacrum 2014: 13-50.
- Malczewski A. zmiany postaw wobec narkotyków. *Remedium* 2014, 10(259): 26-27.
- Czapiński J. Indywidualna jakość i styl życia. [w:] *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*. Czapiński J, Panek T (red). Warszawa 2014: 181-300.
- Mellibruda J, Sobolewska-Mellibruda Z. Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka. IPZ, Warszawa 2006.
- Stec B. Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież. *Psychiatria* 2005, 2(1): 19-28.
- Owczarek M, Piskorz R. Narkomania – formy i metody działania profilaktycznego wśród młodzieży [w:] *Prevenca sociálnej patológie v prostredí stredných škôl Košického samosprávneho kraja*. Šlosár D (red). UPJŠ, Košice 2011: 212-223.
- Barczykowska A. Między drug free a terapią substytucyjną – w poszukiwaniu skutecznego modelu pomocy osobom uzależnionym i współuzależnionym [w:] *Człowiek wobec krytycznych sytuacji życiowych. Z teorii i praktyki pracy socjalnej*. Włodarczyk E, Cytlak I (red). Wyd Naukowe, Poznań 2011: 285-309.
- Zajęcka B. Rola młodzieżowych ośrodków wychowawczych w procesie resocjalizacji nieletnich. *Edukacja, Wychowanie, Resocjalizacja. Roczni Pedagog* 2011: 107-124.
- Studenski M. Resocjalizacja w środowisku otwartym. Mit czy rzeczywistość? *Paedagogia Christiana* 2013, 1(31): 231-236.
- Zieliński A. Polityka wobec narkomanii w Unii Europejskiej. *Polit Społ* 2005, 2: 20-24.
- Rezende MM. Modelos de análise do uso de drogas e de intervenção terapêutica: algumas considerações. *Rev Biociênc* 2000, 6(1): 49-55.
- Nenadović MM, Šapić R. Development of Polytoxicomania in Function of Defence from Psychoticism. *Srp Arh Celok Lek* 2011, 139(1/2): 76-80.
- Kendler KS, et al. Genetic and environmental influences on alcohol, caffeine, cannabis, and nicotine use from early adolescence to middle adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 2008, 65(6): 674-682.
- Pavlović Z, Jakovljević B. Učestalost i faktori rizika od upotrebe psihoaktivnih supstancija kod mladih. *Vojnosanit Pregl* 2008, 65(6): 441-448.
- Błachut M i wsp. Podwójna diagnoza u osób uzależnionych lub szkodliwie używających substancji psychoaktywnych. *Psychiatr Pol* 2013, 67(2): 335-352.
- Mucha E. Dopalacze – czyli nie manipuluj mózgiem. *Magazyn Informacyjno-Rozrywkowy MIR* 2011, 23: 18-19.
- Bielińska K, Mędrzycka-Dąbrowska W, Basińska K. Trendy w używaniu środków psychoaktywnych przez młodzież w województwie pomorskim. *Med Rodz* 2014, 3: 95-105.