

Terapia uzależnień – poradnik dla rodziców

Pracownia Psychoprofilaktyki Krzysztof Lesz

Katowice 2003

Zamiast wstępu – kim jestem

Witam Państwa w Gabinetzie Terapii Uzależnień. Nazywam się Krzysztof Lesz. Od 16 lat jestem terapeutą w Wojewódzkim Ośrodku Zapobiegania i Leczenia Uzależnień w Katowicach, wcześniej (od 1981 r.) zajmowałem się terapią i profilaktyką uzależnień jako działacz Wojewódzkiego Oddziału Stowarzyszenia MONAR. W 1990 roku ukończyłem studia na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego i uzyskałem tytuł magistra pedagogiki specjalnej o specjalności resocjalizacja. Moje zawodowe doświadczenia zaowocowały utworzeniem w 1998 roku Pracowni Psychoprofilaktyki, początkowo realizującej mój autorski program profilaktyki uzależnień „Krok po kroku”, a teraz zajmującej się głównie terapią osób uzależnionych od narkotyków, gier hazardowych oraz tytoniu.

Swego rodzaju „ukoronowaniem” drogi rozwoju zawodowego było dla mnie uzyskanie w 2002 r. certyfikatu ukończenia specjalistycznego szkolenia zatwierdzonego i certyfikowanego przez Ministra Zdrowia, uprawniającego do prowadzenia terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków w zakresie **specjalisty terapii uzależnień** (nr S/0068/2002).

Pierwsza część tego krótkiego poradnika opisuje podstawowe założenia stosowanego przeze mnie podejścia terapeutycznego i jest próbą odpowiedzi na często zadawane mi pytania. Bardzo proszę o dokładne zaznajomienie się z opisanymi tu zasadami, jeśli będą Państwo chcieli coś przedyskutować, zapytać – proszę się nie wahać! Zrozumienie i współpraca pomiędzy nami zwiększają szanse powodzenia terapii.

Część druga poświęcona jest odpowiedzi na pytanie „jak poznać?”. Zajmuje ją opis działania najczęściej używanych środków uzależniających. Część ta bazuje na opracowaniu Iwony Malinowskiej, wykorzystanym w materiałach szkoleniowych naszego autorstwa.

Wszystkie wyrażone tu opinie są wynikiem mojego doświadczenia terapeutycznego oraz aktualnej wiedzy na temat uzależnień. Nie można ich jednak traktować jako „prawd objawionych” chociażby z tej przyczyny, że nie istnieje jedynie słuszna teoria czy sposób działania, z którą zgadzają się wszyscy (czy nawet większość) terapeuci i teoretycy zajmujący się problemem uzależnień. Z niektórymi moimi poglądami na temat terapii nie zgodzi się zapewne większość terapeutów! „Jedynie słuszna” droga wychodzenia z uzależnienia nie może istnieć ponieważ w terapii osób uzależnionych mamy do czynienia z całą złożonością ludzkich problemów. Innymi słowy – każdy człowiek jest inny: ma inne problemy emocjonalne, osobowościowe, potrzeby, motywacje, trudności wynikające z używania środków o różnym mechanizmie działania. Terapia jest dla mnie budowaniem przez pacjenta drogi do osiągnięcia założonego celu.

Rozdział 1

Terapia

Do połowy lat 70 dwudziestego wieku terapia osób uzależnionych od narkotyków opierała się w naszym kraju o leczenie psychiatryczne. Ograniczała się ona do odtrucia organizmu, i najczęściej nie przynosiła sukcesu rozumianego jako długotrwałego utrzymania abstynencji przez osobę uzależnioną. Pragnę zwrócić uwagę na przyjęcie pewnych kryteriów wyznaczających osiągnięcie sukcesu w terapii. To bardzo ważne zagadnienie, do którego wrócę w punkcie „Cele terapii”. Dlaczego leczenie psychiatryczne osób uzależnionych od narkotyków nie było skuteczne? Żeby odpowiedzieć na to pytanie musimy zrozumieć czym jest uzależnienie.

1.1 Uzależnienie – ważne definicje

Zgodnie z definicją Komitetu Ekspertów WHO z 1969 roku: „uzależnienie (drug dependence) jest to stan psychiczny, a niekiedy także fizyczny, wynikający z interakcji pomiędzy organizmem a środkiem uzależniającym, charakteryzujący się zmianą zachowania oraz innymi reakcjami, do których należy konieczność zażywania tego środka, w sposób ciągły lub okresowy, w celu doznania jego wpływu na psychikę, a niekiedy także po to, aby uniknąć przykrych objawów wynikających z jego braku. Tolerancja może wystąpić równocześnie. Osobnik może być uzależniony od więcej niż jednego środka”¹. Najnowsza wersja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) zdefiniowała zespół uzależnienia jako stan psychiczny i fizyczny spowodowany używaniem substancji psychoaktywnych, na który składają się zespoły zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych².

Z przytoczonej definicji uzależnienia wynika, że stan ten można rozpatrywać w dwóch płaszczyznach:

¹Staniaszek M. Substancje uzależniające i typy uzależnień. W: Farmakoterapia w stanach uzależnień. PTP. Warszawa 1987. s.26

²Baran-Furga H. Substancje psychoaktywne. TZN. Koszalin 1998. s. 6.

1. Psychicznej i behawioralnej – (wg ICD-10)³ może obejmować następujące objawy:

- silne pragnienie lub poczucie przymusu przyjmowania substancji
- upośledzona zdolność kontroli nad zachowaniem związanym z przyjmowaniem substancji, tj. nad jego rozpoczynaniem, kończeniem oraz poziomem użycia, potwierdzona przyjmowaniem substancji w dużych ilościach lub przez czas dłuższy niż zamierzany, albo uporczywym pragnieniem przyjmowania substancji, albo nieskutecznością wysiłków zmniejszania lub kontrolowania jej używania
- silne pochłonięcie sprawą przyjmowania substancji przejawiające się istotną zmianą dotychczasowych zamiłowań i zainteresowań porzucanych lub ograniczanych z powodu przyjmowania substancji, albo przeznaczeniem większości czasu na działania konieczne do uzyskania lub przyjęcia substancji, bądź uwolnienia się od następstw jej działania
- uporczywe przyjmowanie substancji, pomimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw, potwierdzone ciągłym dalszym jej używaniem, choć charakter i rozmiar szkód są już danej osobie znane lub można oczekiwać, że są znane

2. Fizycznej (fizjologicznej):

- fizjologiczne (w rozumieniu: somatyczne, tj. przejawiające się zaburzeniem mechanizmów fizjologicznych) objawy stanu abstynencyjnego pojawiające się, gdy użycie substancji jest ograniczane lub przerywane, potwierdzone wystąpieniem charakterystycznego dla danej substancji zespołu abstynencyjnego albo używaniem tej samej (lub blisko spokrewnionej) substancji w celu uwolnienia się od objawów odstawienia lub ich uniknięcia
- potwierdzenie tolerancji wobec działania substancji, tj. konieczności przyjmowania istotnie wzrastających jej ilości, w celu osiągnięcia działania lub pożądanego efektu, albo znacznie zmniejszonego efektu w przypadku dalszego przyjmowania dotychczasowych ilości substancji

Uzależnienie fizyczne (fizjologiczne) wynika z wpływu środka na procesy metaboliczne organizmu. Manifestacją uzależnienia fizycznego jest wystąpienie objawów abstynencyjnych, występujących po przerwaniu sta-

uzależnienie fizyczne
objawy abstynencyjne

³Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”. Kraków-Warszawa 1998

nu intoksykacji. Kliniczny obraz tych objawów jest zależny od rodzaju środka, okresu jego używania, dawki oraz zmiennych psychologicznych takich jak oczekiwania jednostki. Nie wszystkie środki wywołują uzależnienie fizyczne, natomiast środki je wywołujące mają różną zdolność do (fizycznego) uzależniania organizmu. Zdolność środka do wywołania uzależnienia fizycznego jest wyłącznie cechą jego farmakologii i nie stanowi wskaźnika „głębokości” uzależnienia – tj. heroina (uzależnienie fizyczne) nie uzależnia „głębiej” niż marihuana (brak doniesień o uzależnieniu fizycznym).

tolerancja

Z fizjologicznymi efektami działania środka związane jest zjawisko tolerancji – spadku wrażliwości osobniczej na lek. Tolerancja jest zjawiskiem złożonym. Notuje się wzrost tolerancji tylko na niektóre efekty działania środka, z drugiej jednak strony tolerancji nie da się wytłumaczyć jedynie procesami fizjologicznymi – dużą rolę odgrywają w niej także procesy uczenia się⁴. Występowanie tolerancji powoduje konieczność zwiększenia dawki w celu uniknięcia objawów abstynencyjnych, i/lub doznania wpływu środka na psychikę.

uzależnienie społeczne

Uzależnienie społeczne jest przejawem uzależnienia psychicznego. Manifestacją uzależnienia społecznego jest tworzenie tzw. subkultur środków. Subkultura jest „azylem” dla osób uzależnionych, spełnia potrzeby akceptacji, a także poprzez przynależność do grupy narkomanów łatwiejsze jest zdobywanie środka.

Podsumowując te, przyznając, dość trudne (i pewnie nudne – kto lubi definicje!) rozważania możemy stwierdzić, że:

1. Uzależnienie jest procesem psychicznym.
2. Fizjologiczne oddziaływanie środka (oraz jego braku) ma drugoplanowe znaczenie.
3. W leczeniu uzależnień istotną rolę powinna odgrywać terapia psychologiczna.
4. Istotnym czynnikiem terapii jest zmiana otoczenia społecznego – wyjście z kręgu osób używających narkotyki.

Po co męczę Państwa tymi rozważaniami? Jeśli zdecydujecie się Państwo na współpracę ze mną, bardzo szybko dojdziemy do wspólnego wniosku, że poważną przeszkodą w tej współpracy są różnego rodzaju przekonania na temat narkomanii. Ja nazywam je „mitami”. Często są one mało uświadomione, stanowią „oczywistości” o których nikt nie dyskutuje. Proszę się nie obrażać! Takim mitom ulegają także profesjonalści...Niemożliwe? Przykład pierwszy z brzegu: a kto nam od dwudziestu

⁴Maisto M.A., Galizio M., Connors G.J. Uzależnienia...op.cit. s.97-101

lat powtarza: „biorą coraz młodszy – to zastraszające zjawisko”⁵. Gdyby tak naprawdę było należałoby ogłosić alarm „przeciwnarkotyczny” w przedszkolach! Wielu rodziców trafiających do mnie wyznaje następujący mit: „narkotyki zrobiły krzywdę mojemu dziecku. Powinniśmy zabrać mu narkotyki (odseparować go od działania środka, który go uzależnił) wtedy narkotyki przestanie działać i wszystko będzie jak dawniej”. Przykro mi. To nie jest prawda. Po pierwsze: to nie środek uzależnia człowieka, ale człowiek uzależnia się od środka⁶. Po drugie: źródłem zaburzeń zachowania nie zawsze są efekty działania narkotyku. Wielką rolę odgrywa także narastający konflikt pomiędzy rzeczywistością a światem „ułudy” po narkotyku. Po trzecie: niestety – to, że człowiek przestaje brać nie powoduje automatycznego powrotu do dobrego funkcjonowania. Czasem wręcz przeciwnie. Dlaczego? Bo człowiek musi się „od nowa” nauczyć żyć bez brania. To jest właśnie zadanie terapii.

UWAGA!!! MITY!!!

Zrozumienie istoty uzależnienia pozwala nam odpowiedzieć na pytanie o nieskuteczność wczesnych prób terapii osób uzależnionych. Leczenie ograniczające się do farmakologii nie mogło być skuteczne (jeśli skutek mierzymy jako zaprzestanie używania narkotyków – znów te cele terapii!) ponieważ dotyczyło prawie wyłącznie sfery uzależnienia fizycznego, a pozostawiało poza sferą zainteresowania psychologiczne mechanizmy uzależnienia. Powstała potrzeba wypracowania formuły terapii wykraczającej poza szpitalne psychiatryczne. Odpowiedzią na tę potrzebę było utworzenie systemu stacjonarnej terapii grupowej w oparciu o metodę społeczności terapeutycznej. Nastała era Marka Kotańskiego i jego MONAR-u.

1.2 Terapia narkomanów do połowy/końca lat 90

W okresie od końca lat 70 do końca lat 90 polska „scena narkotyczna” kształtowała się zupełnie odmiennie od reszty świata. To czas specyfiki polskiej narkomanii. Na czym polegała ta specyfika? Otóż rynek środków był, w zasadzie, jednolity. Dominowały osoby uzależnione od środków typu opium. Pod koniec lat 70 były to najczęściej osoby używające opium zebrane z maku. Na początku lat 80 upowszechniła się technologia produkcji „kompotu” ze słomy makowej. „Kompot” to domowej produkcji środek zawierający morfinę i heroinę. Około 85-90% pacjentów leczonych w latach 1982-1998 stanowiły osoby uzależnione od „polskiej heroiny” –

⁵Omaawiana opinia może mieć potwierdzenie w ostatnich kilku latach, kiedy, jak mi się wydaje (nie ma jeszcze aktualnych badań epidemiologicznych) mogła nastąpić skokowa zmiana średniego wieku inicjacji narkotycznej – z wieku „licealnego” na „gimnazjalny”.

⁶Dlatego ja nie dzielę środków na „lekkie” i „ciężkie”, albo „miękkie” i „twarde”. To nie środek wywołuje uzależnienie – najważniejszy jest proces uzależniania się czyli uczenia życia ze środkiem/zachowaniem – osobom, które mi nie wierzą zadają pytanie: a co z osobami uzależnionymi od hazardu? Nie ma środka – jest uzależnienie! To dowód, że nie środek jest przyczyną uzależnienia. W takim razie co? Odpowiadam: emocje.

„kompotu”. Lata te to także lata rozwoju idei ośrodków MONAR. Założyciel ruchu – Marek Kotański⁷ – człowiek legenda, „guru”, a przynajmniej autorytet dla dwóch pokoleń terapeutów, dokonał wielkiego dzieła. W ciągu 20 lat powstało ok. 30 ośrodków stacjonarnych wzorowanych na Głoskowie – pierwszym ośrodku założonym przez Kotańskiego. Złośliwie można dodać, że większość z pozostałej liczby 20 ośrodków działających obecnie na zasadach innych niż MONAR rozpoczęło działalność „w opozycji” do Kotańskiego, więc trzeba Pana Marka tak czy tak uznać za punkt odniesienia⁸...

Szybko okazało się, że ze względu na typ uzależnienia (dominacja osób bardzo głęboko uzależnionych psychicznie i fizycznie od „kompotu” – ograniczających swoje społeczne funkcjonowanie do tzw. subkultury środków) konieczne jest powstanie oddziałów detoksykacji. Od początku lat 80 – zaczęły powstawać punkty konsultacyjne⁹ – zwykle placówki stowarzyszenia MONAR – pierwsze placówki terapii ambulatoryjnej. Na początku swej działalności były miejscami, gdzie można było uzyskać skierowanie do szpitala na odtrucie i dalej do ośrodka na długoterminową terapię stacjonarną. Bo coś innego można było zaproponować tragicznemu outsiderowi, który całe świadome życie spędził w heroinowym ciągu. Bardzo szybko okazało się, że głównym zadaniem osób pracujących w punkcie konsultacyjnym jest praca nad motywowaniem pacjenta do podjęcia decyzji o rozpoczęciu leczenia w ośrodku stacjonarnym. W ten sposób ukształtował się trójstopniowy model terapii poradnia-szpital-ośrodek. Model ten tak głęboko zakorzenił się w świadomości społecznej, że wielu rodziców, trafiających do poradni jest przekonanych, że ich dziecko trzeba odtruć i wysłać do ośrodka, żeby je tam „porządnie wyleczyli”. Ba! Czują się zawiedzeni i domagają się lepszego leczenia w formie skierowania do oddziału detoksykacji. Dlaczego to jest aktualnie mit? W ciągu ostatnich kilku lat zupełnie zmieniły się typy środków używanych przez naszych pacjentów, motywacje ich używania, stopień społecznej degeneracji osób uzależnionych. Przytłaczająca większość pacjentów używa już nie „kompotu” ale przede wszystkim marihuany i amfetaminy. Marihuana nie powoduje uzależnienia fizycznego, uzależnienie fizyczne od amfetaminy jest słabo zaznaczone, więc nie istnieją medyczne wskazania do skierowania do oddziału detoksykacji. Muszę dodać, że terminu „wskazania medyczne” użyłem w wąskim rozumieniu tego słowa, biorąc pod uwagę jedynie wystąpienie objawów abstynencyjnych. Sam kieruję niektórych pacjentów na detoksykację, kiedy uznaję to za konieczne np. wtedy gdy przerwa-

UWAGA!!! MITY!!!

⁷ zginął tragicznie w wypadku samochodowym w 2002 r.

⁸ działalność M. Kotańskiego nie ograniczyła się do terapii narkomanów. Działa ok. 130 domów dla bezdomnych MARKOT, znane i głośne były akcje profilaktyczne i społeczne MONAR-u.

⁹ jednym z pierwszych był Punkt Konsultacyjny ds. Narkomanii w Katowicach utworzony przez ZOZ w Katowicach w 1981 r.

nie ciągłego używania środków jest dla pacjenta zbyt trudne, lub gdy uważam, że niezbędna jest obserwacja psychiatryczna w warunkach szpitalnych. Jeśli weźmiemy pod uwagę mit 1, przedstawiony na poprzednich stronicach, domaganie się detoksykacji i leczenia stacjonarnego stanie się jasne – to efekt myślenia: „trzeba wyczyścić organizm z narkotyku (tzn. źródła zła) i wszystko będzie już w porządku. Kilkukrotnie spotkałem się już z pretensjami pod adresem oddziału detoksykacji: „no bo widzisz pan, on poszedł na ten detoks, ale potem wrócił i znów zaczął brać – w Polsce to nawet odtruć porządnie nie potrafią!” Albo pod adresem ośrodków: „panie co to za leczenie? Syn zaraz wyjechał – tam leków na narkomanię żadnych nie dają!” I proszę się nie obrażać! To autentyki. W ten sposób rodzic wygrał bitwę (zawiózł na detoks i do ośrodka) ale wojna (podjęcie prawdziwej terapii) została przegrana. Jeszcze dziesięć lat temu propozycja terapii ambulatoryjnej skierowana do osoby uzależnionej od narkotyków byłaby, po prostu, nieuczciwa. Ale od tego czasu wiele się zmieniło.

1.3 Narkomania XXI wieku

W drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych środki używane przez naszych pacjentów zaczęły dość szybko się zmieniać. W ciągu kilku lat przytłaczającą większość pacjentów placówek leczniczych (szczególnie ambulatoryjnych) stanowiły zaczęły osoby uzależnione od amfetaminy, marihuany lub obu tych środków łącznie. Obniżył się stopień degeneracji społecznej pacjentów – coraz rzadziej były to osoby „z dworca”. Coraz więcej osób utrzymywało się w rolach społecznych – dalej uczyło się, studiowało, pracowało. Znacznie częściej osoby te przejawiały zaburzenia psychiczne. Z pewną przesadą można stwierdzić, że historia terapii uzależnień od narkotyków w Polsce zatoczyła koło: wyszła od psychiatrii i powróciła do ścisłych z nią związków. Równocześnie coraz silniej zaznaczała się potrzeba indywidualizacji procesu terapii. Od kilku lat znacznie powiększyła się oferta terapeutyczna skierowana do osób uzależnionych od narkotyków. Oprócz jedyne go wyjścia: poradnia-detoks-ośrodek pojawiły się nowe propozycje terapii ambulatoryjnej indywidualnej i grupowej, programy redukcji szkód z programami substytucyjnymi oraz alternatywny do zinstytucjonalizowanej terapii nurt NA (Anonimowi Narkomani – grupy samopomocowe wzorowane na AA – Anonimowych Alkoholikach). W ostatnich dwóch latach do istniejącej oferty coraz śmielej dołączają placówki zajmujące się dotychczas wyłącznie terapią uzależnienia od alkoholu. Następuje większe niż dotychczas zróżnicowanie programów terapeutycznych w ośrodkach stacjonarnych; zarówno pod względem czasu trwania programu, adresata. Pojawia się coraz więcej ofert poradni i ośrodków stacjonarnych prywatnych, publicznych i niepublicznych, o bardzo

zróznicowanym poziomie merytorycznym. Szczególnie na terapii ambulatoryjnej nagle wszyscy (nawet ci, którzy jeszcze niedawno przyznawali się do swojej niekompetencji) się znają! Oczywiście wszyscy przedstawiają swoje programy jako „najskuteczniejsze, najlepsze w Europie” i cały czas odmieniają słowo „profesjonalizm”. Przepraszam za tę dygresję. Ale pojawiają się przykłady zwykłych hochsztaplerów!

Żeby wybrać odpowiedni dla konkretnego człowieka model terapii konieczne jest dokonanie diagnostyki – nie tylko uzależnienia, ale i diagnostyki psychiatrycznej. Cały proces terapii musi być maksymalnie zindywidualizowany, tak by mógł dopasować się do potrzeb konkretnego pacjenta, jego oczekiwań oraz założonych celów terapii. To, bardzo złożone, zagadnienie postaram się przedstawić w następnym punkcie.

1.4 Cele terapii

Wszystko wydaje się proste. Źródłem całego zła są narkotyki (mit 1), jeśli je więc usunąć z życia naszego pacjenta – wszystko będzie dobrze. I tak wielu ludzi precyzuje cel terapii: „no niech pan robi tak, żeby było dobrze” albo: „interesuje mnie skuteczny sposób, żeby sobie z tym poradzić”. Tylko co to właściwie znaczy? Co to znaczy, że „ma być dobrze” albo „sobie z tym poradzić”? Dla jednych rodziców będzie to oznaczało, że ich dorosły syn przestanie brać narkotyki, podejmie pracę i usamodzielnia się, dla innych, że przestanie brać narkotyki i porzuci myśl o usamodzielnieniu się. Dla jeszcze innych mogłoby to na przykład oznaczać, żeby ich dorosły syn przynosił im codziennie śniadanie do łóżka...

„Wyberzmy wspólną część – chodzi o to, żeby przestał brać narkotyki” – zakrzyknie większość rodziców. Otóż okazuje się, że utrzymywanie abstynencji od narkotyków jako cel sam w sobie nie wystarcza do utrzymania abstynencji! Wygląda na to, że zachowywanie abstynencji jest warunkiem koniecznym ale nie jest warunkiem wystarczającym do powrotu do „normalnego” życia. A co to znaczy: „normalne życie”? Czy to znaczy ukończenie studiów czy zdanie matury, a może wystarczy zawodówka? Czy normalny człowiek pracuje czy jest bezrobotny – a może jest rencistą? Można mnożyć pytania. A jeśli rodzice mają nierealistyczne oczekiwania względem swojego dziecka? Na przykład, uważają, że koniecznie powinien zdać maturę i ukończyć studia ktoś, kto ma trudności z uczeniem się – powiedzmy szczerze – orłem nigdy nie był...

Cele terapii nie zawsze są tożsame z utrzymaniem abstynencji. Programy substytucyjne zakładają podawanie pacjentom narkotyków¹⁰ wy-

¹⁰W naszym kraju programy metadonowe dla osób uzależnionych od heroiny. Podaje się syntetyczny narkotyk – metadon – z tej samej grupy co heroina, blokując tym samym wystąpienie objawów abstynencyjnych. Dostna droga podania eliminuje ryzyko zakażenia się chorobami przenoszonymi przez niesterylny sprzęt do iniekcji – program

magając (tzw. programy wysokiego progu) lub nie wymagając (programy niskiego progu) niebrania innych narkotyków. Wielu ludzi uważa, że takie programy to wyrzucanie społecznych pieniędzy. Zwolennicy tych programów wskazują na ograniczenie rozprzestrzeniania się wirusa HIV w populacji. Nie jestem bezkrytycznym zwolennikiem programów substytucyjnych, jednak stwierdzam, że w niektórych sytuacjach program jest jedyną drogą w miarę „normalnego” życia. Przekonała mnie do tego następująca sytuacja: po spotkaniu z młodzieżą jednej ze szkół (w ramach programu profilaktyki uzależnień „Krok po kroku” w dyskusji padło pytanie o metadon) podeszła do mnie dziewczyna i spytała czy znam Iksińskich. Wymieniła znane mi nazwisko pary wieloletnich narkomanów. Ja oczywiście odpowiedziałem, że nie udzielam informacji o pacjentach – więc nie potwierdzę, ani nie zaprzeczę. Dziewczyna roześmiała się i przedstawiła: nazywam się Iksińska – jestem ich córką. Od trzech lat oni są w programie metadonowym, a ja wreszcie mogę trochę normalniej żyć – wcześniej przechodziłam piekło...

Zatem od sformułowania celów terapii będzie też zależał dobór odpowiednich metod terapii.

1.5 Pracownia Psychoprofilaktyki

W tym punkcie chcę przedstawić założenia i zasady stosowanej przeze mnie terapii osób uzależnionych od narkotyków i hazardu, stosowanej przeze mnie w Gabinetce Terapii Uzależnień oraz z pewnymi ograniczeniami w Wojewódzkim Ośrodku Zapobiegania i Leczenia Uzależnień.

Terapia prowadzona przeze mnie jest ambulatoryjna. To znaczy, że pacjent mieszka w swoim domu, a nasze spotkania mają miejsce w określonych przez nas terminach. Dlaczego ambulatoryjna a nie stacjonarna (zakładająca pobyt pacjenta w jakimś ośrodku)? Ponieważ tylko taka forma terapii nie powoduje „wypadnięcia” pacjenta z pracy, szkoły czy uczelni i nie pogłębia procesu etykietyzacji. Widać, że taka oferta terapii będzie skierowana przede wszystkim do osób utrzymujących dotychczasowe zajęcia. Nie pragnę tutaj propagować „wyższości” terapii ambulatoryjnej nad stacjonarną. W wielu sytuacjach „zawalenie” roku w szkole, na uczelni czy nawet utrata pracy wydaje się być niewielką ceną w porównaniu z „inwestycją w dalsze życie” jaką często jest podjęcie terapii w ośrodku stacjonarnym. Podstawowym warunkiem podjęcia terapii ambulatoryjnej jest utrzymanie abstynencji od narkotyków, gry hazardowej czy alkoholu. Tak więc propozycję podjęcia terapii ambulatoryjnej kieruję do osób, które deklarują możliwość utrzymania abstynencji. Podjęcie terapii ambulatoryjnej, jak i stacjonarnej może być poprzedzone skierowaniem do oddziału detoksykacji.

substytucyjny jest ważnym elementem redukcji szkód powodowanych przez narkotyki.

Celem terapii jest uzyskanie przez pacjenta wiedzy i umiejętności umożliwiających mu zachowanie abstynencji od środków. Raczej nie podejmuję się terapii w przypadkach, w których pacjent nie deklaruje woli zachowania abstynencji a jedynie chęć ograniczenia używania. Terapia ambulatoryjna ma jeszcze drugi – ukryty cel, polegający na budowaniu motywacji do podjęcia terapii w ośrodku stacjonarnym w razie niepowodzenia (braku postępu w terapii, dalszym używaniu narkotyków). Pacjent, któremu nie udało się utrzymać abstynencji w programie ambulatoryjnym wyjeżdża do ośrodka w przekonaniu, że jest to jedyna możliwość, bo przecież już spróbował (a próba była uczciwa) leczyć się na miejscu i nie poradził sobie.

Terapia jest indywidualna. Nie prowadzę grupy terapeutycznej. Spowodowane to jest moimi istotnymi zastrzeżeniami co do możliwości powodzenia terapii grupowej w ambulatoryjnym modelu terapii młodych osób uzależnionych od narkotyków. Muszę tu dodać, że nie jest to podejście popularne wśród terapeutów, jednak dotychczas nikt nie przekonał mnie, że zyski terapii grupowej przewyższają niebezpieczeństwa związane ze stworzeniem grupy czynnych (lub osób o bardzo krótkim stażu abstynencji) narkomanów. Jeszcze raz podkreślam, że mówię tu o terapii ambulatoryjnej młodych osób uzależnionych od narkotyków. Podkreślam to także dlatego, że w ambulatoryjnej terapii alkoholików terapia grupowa ma od dawna swoje uznane miejsce. W modelu stacjonarnym terapia grupowa jest podstawowym narzędziem pracy, którego nikt nie kwestionuje. Terapia indywidualna daje możliwość indywidualizacji programu terapii, która wydaje mi się szczególnie istotna na początku terapii.

Terapia jest procesem o określonym czasie trwania, dynamice, fazach. Nie przynosi natychmiastowych efektów. Każda poważna zmiana wymaga czasu. Jest to sprzeczne z oczekiwaniem wielu rodziców pragnących, żeby ich dziecko natychmiast prawidłowo funkcjonowało (to znów mit 1!). Proszę się nie obrażać, ale czasem nie mogę się powstrzymać przed porównaniem wizyty niektórych rodziców u mnie z wizytą u mechanika samochodowego: „proszę mi to szybko, solidnie i tanio naprawić!”

Terapia jest procesem ukierunkowanym na zmianę dysfunkcyjnych zachowań leżących u przyczyn uzależnienia jak i będących jego skutkiem. Przyjętą przeze mnie metodą pracy terapeutycznej jest metoda treningu konstruktywnych zachowań abstynenckich.

Terapia odbywa się w oparciu o kontrakt terapeutyczny precyzujący wzajemne oczekiwania pacjenta (jego rodziców) i terapeuty. Kontrakt precyzuje cele terapii. Pragnę zwrócić Państwa uwagę na szczególnie charakter tej umowy. Otóż terapeuta gwarantuje ze swej strony zaangażowanie swoich profesjonalnych umiejętności w proces terapii, nie może jednak gwarantować sukcesu terapii, ponieważ osiągnięcie sukcesu (rozumiane jako osiągnięcie celu terapeutycznego) zależy od pacjenta a nie od terapeuty. Ujmując rzecz językiem prawniczym: kontrakt terapeutyczny jest

umową rzetelnego działania ze strony terapeuty, nie jest umową celu.

Terapia odbywa się w warunkach umożliwiających nawiązanie kontaktu i zajęcie się terapeutą wyłącznie sprawami pacjenta. Stworzenie przez terapeutę warunków sprzyjających zaufaniu pacjenta obejmuje przede wszystkim zachowanie tajemnicy lekarskiej. Muszę tu dodać, że zachowanie tajemnicy obejmuje także rodziców pacjenta. Jeśli zaczniemy budowanie zaufania od tego, że terapeuta będzie przekazywał rodzicom sprawy powierzone mu przez pacjenta to o zaufaniu nie może być mowy. Z drugiej strony – podstawą terapii jest szczerłość i zaprzestanie okłamywania siebie i innych – terapeuta stara się doprowadzić do sytuacji w której pacjent sam poinformuje rodziców o różnych trudnych sprawach. Przez czas sesji terapeuta nie przyjmuje telefonów, nie załatwia spraw innych pacjentów.

Fazy terapii obejmują: okres diagnostyki i fazę wstępną terapii obejmującą zwykle pierwsze cztery sesje. Najczęściej w tym czasie odbywają się także niezbędne konsultacje lekarskie. Po fazie wstępnej pacjent podejmuje ostateczną decyzję co do dalszego udziału w programie i podpisuje kontrakt terapeutyczny. Faza realizacji kontraktu trwa zwykle 2-5 miesięcy (przy częstotliwości spotkań 1x w tygodniu). Celem tej fazy jest uzyskanie przez pacjenta wglądu w mechanizmy uzależnienia, umiejętność radzenia sobie z utrzymaniem abstynencji i problemami natury emocjonalnej. Istotą tej fazy jest poprawa relacji z osobami ważnymi w życiu pacjenta. Faza ta zakończona jest pełną diagnostyką psychologiczną. Często jestem pytany, dlaczego testów psychologicznych nie wprowadzam na początku terapii. Uważam to za błąd, ponieważ testy pokazują nam wtedy zaburzenia spowodowane działaniem środków bądź odległymi skutkami ich działania a także efekty zespołu abstynencyjnego. Diagnostyka psychologiczna kończąca fazę realizacji kontraktu terapeutycznego ma na celu podsumowanie postępów uzyskanych w trakcie terapii oraz ewentualne wskazanie pacjentowi obszarów jego psychiki wymagających podjęcia psychoterapii.

Rodzice często na początku terapii zgłaszają obawy co do utrzymania przez dziecko abstynencji od narkotyków i brakiem zaufania do dziecka. Brak zaufania jest normalną reakcją, to do pacjenta należy podjąć starania, by odbudować zaufanie. Jedną z pierwszych stosowanych metod jest złożenie przez pacjenta rodzicom propozycji kontroli abstynencji na ich żądanie – wtedy gdy są zaniepokojeni zachowaniem czy wyglądem pacjenta. Jednak bardzo ważne jest, żeby to pacjent złożył rodzicom taką propozycję – jest to swego rodzaju miara dobrej woli i rzeczywistego podjęcia terapii.

Istotą terapii jest ścisła współpraca rodziców z terapeutą – informowanie o występujących trudnościach czy zmianach zachowania. Bez tej współpracy niemożliwe jest przezwyciężenie problemów nieuchronnie występujących w terapii. Dlaczego wypowiedziałem tak pesymistyczne zdanie? Musimy sobie zdać sprawę z tego, że terapia uzależnień jest zadaniem bardzo trudnym, mamy do czynienia z głęboką dysfunkcjonalnością

zachowania, więc naiwnym byłoby oczekiwanie, że z chwilą rozpoczęcia terapii wszystkie zaburzenia znikną jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki!

1.5.1 Problemy w terapii

Niewątpliwie najważniejszym z nich jest złamanie abstynencji. Jeśli za cel terapii przyjąć zachowanie abstynencji, to wydaje się, że ten cel nie został osiągnięty. Wypływa z tego logiczny wniosek, że trzeba zmienić terapeutę bo: „to nic nie dało”! Złamanie abstynencji to sytuacja bardzo trudna, ale w moim przekonaniu jej rozwiązanie ma kluczowe znaczenie dla powodzenia terapii. Co się stało: pacjent ucząc się nowych zachowań popełnił błąd, który zemścił się złamaniem abstynencji (czyli powrotem do starych zachowań). Jeśli uczciwie przeanalizuje błąd i nauczy się go unikać – zyskuje szansę na poradzenie sobie z tymi sytuacjami w przyszłości. Pacjent przekonuje się na własnej skórze, że dotyczy go problem braku kontroli nad używaniem środka, co zyskuje olbrzymie znaczenie dla uzyskania wglądu w mechanizmy uzależnienia. Wbrew temu co możnaby wywnioskować z poprzednich zdań złamanie abstynencji jest sytuacją dramatyczną, niepożądaną z punktu widzenia terapii i stanowi złamanie jej zasad. Jednak jeśli się już wydarzyła można i trzeba ją wykorzystać dla celów terapii. Jeśli pacjent nie utrzymuje abstynencji i to wykracza poza złamanie abstynencji jest wskazaniem do wykorzystania tego faktu w motywowaniu do podjęcia terapii w stacjonarnym programie rehabilitacyjnym. W tej sytuacji najgorszym wyjściem jest szukanie nowego terapeuty i nowego programu. W tym następnym programie też pewnie dojdzie do złamania abstynencji...Znam ludzi, którzy wciąż szukają nowego terapeuty. Muszę tu dodać, że jestem skłonny nieco „łagodniej” traktować złamanie abstynencji w programie ambulatoryjnym niż stacjonarnym. Po prostu w programie ambulatoryjnym znacznie trudniej utrzymać abstynencję!

Rezygnacja z programu terapeutycznego – zmiana terapeuty jest możliwa w każdym momencie pod jednym warunkiem: koniecznym i niezbędnym warunkiem jest omówienie tego z terapeutą! Pod tym względem kontrakt terapeutyczny przypomina kontrakt małżeński: jeśli nie będziemy wyjaśniać wątpliwości i pretensji, to nic z tego nie będzie i nasze drogi „rozejdą się”. Zwracam na to Państwa uwagę, ponieważ możemy liczyć się z mniej lub bardziej świadomymi próbami manipulacji także ze strony pacjenta i tu niezbędna jest ścisła współpraca szczególnie w sytuacjach, które budzą niepokój czy żal do terapeuty. Pretensje bywają też efektem niespełnienia (często nieświadomych) oczekiwań względem efektów bądź przebiegu procesu terapii. Na przykład na pewno odejdzie niezadowolony rodzic, który oczekuje od terapeuty, że ten będzie spełniał jego żądania

i sugestie dotyczące przebiegu terapii¹¹. Osobnym problemem jest podjęcie równolegle innej formy terapii. Proponuję to także uzgadniać z terapeutą prowadzącym. Takie sytuacje często prowadzą do nieszczerości czy wręcz kłamstw w kontaktach z terapeutą: tylko jak chcecie Państwo wymagać szczerości od swojego dziecka? Człowiek uczy się życia w sytuacjach trudnych. Pokażmy więc dziecku jak rozwiązujemy takie sytuacje na linii terapeuta-rodzice. Taka nauka będzie wiele więcej warta niż 100 godzin najbardziej terapeutycznych rozmów!

Rezygnacja z powodu kłopotów finansowych. No cóż, przecież zdarzają się różne sytuacje. Zalecenie jest jedno: kontakt i uzgodnienie z terapeutą. Przecież mogę kontynuować pracę z pacjentem np. w Ośrodku Leczenia Uzależnień gdzie pracuję (kontrakt z Kasą Chorych). Może będzie to praca w gorszych warunkach – nie zawsze mogę zapewnić pacjentowi idealne warunki: telefony odbierać muszę, mniej wygodna – terminy trzeba dostosować do moich godzin pracy, ale przecież możliwa.

Tylko współdziałając na zasadach zaufania możemy zwiększyć szansę powodzenia w terapii. Jednak sukces zależy od pacjenta i jest w całości jego sukcesem¹²!

Ważnym elementem odbudowy zaufania jest umiejętność rozpoznawania działania narkotyków.

¹¹Wielu ludzi prawdopodobnie chętnie uznałoby za dobrego terapeutę człowieka, który mówi rzeczy, które chcieliby usłyszeć. Tylko czy to będzie terapia?

¹²Na pytanie „ilu ludzi pan wyleczył” ku konsternacji słuchaczy odpowiadam: „Nikogo”! Każda terapia jest jedynie stworzeniem warunków do tego by pacjent przejął odpowiedzialność za swoje życie i dokonał w nim koniecznych zmian. Innymi słowy: terapia jest metodą uczenia się życia „z czymś” lub „bez czegoś”, jednak całą pracę związaną z uczeniem się musi wykonać pacjent osobiście. Nikt nie może tego zrobić za niego

Rozdział 2

Narkotyki

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób (ICD-10) wyróżnia zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania wywołane używaniem następujących substancji psychoaktywnych:

- alkoholu,
- opiatów,
- przetworów konopi indyjskich,
- leków i substancji o działaniu uspokajającym i nasennym,
- kokainy,
- innych niż kokaina substancji pobudzających,
- substancji halucynogennych,
- tytoniu,
- lotnych rozpuszczalników,
- kilku substancji psychoaktywnych lub substancji innych niż wyżej wymienione.

Używana klasyfikacja jest rozwinięciem stosowanej poprzednio propozycji Komitetu Ekspertów WHO z 1974 roku, który podzielił substancje zażywane w celu odurzania się na 8 grup. Substancje te wywołują odpowiedni typ uzależnienia:

1. Typ morfiny. Zaliczono tu opium, opiaty (alkaloidy fenantrenowe wyodrębnione z opium i ich przetwory: morfinę, kodeinę, heroinę), a także opioidy (syntetyczne leki o działaniu podobnym do morfiny).

2. Typ alkoholu i barbituranów. Należą tutaj: alkohol etylowy oraz barbiturany, pochodne benzodiazepiny i inne leki o podobnym działaniu nasennym i uspokajającym.
3. Typ amfetaminy. Obejmuje amfetaminę i inne substancje o działaniu pobudzającym OUN (tzw. psychostymulanty), a także leki z grupy anorectica (hamujące łaknienie).
4. Typ kokainy. Zaliczono tu liście krzewu *Erythroxylon coca* zawierające kokainę.
5. Typ konopi indyjskich. Obejmuje różne przetwory konopi (głównie *cannabis indica*): haszysz, marihuanę zawierające tetrahydrokannabinole będące psychoaktywnymi substancjami.
6. Typ halucynogenów. Należą tutaj: LSD, meskalina, psylocybina i inne substancje (zarówno naturalne jak i syntetyczne) o podobnym działaniu.
7. Typ khat. Obejmuje przetwory z rośliny *Catha edulis* Forssk zawierające katynę i inne psychoaktywne substancje.
8. Typ lotnych rozpuszczalników i podobnych substancji chemicznych (tzw. zamienników). Zaliczono tutaj: toluen, Tri, butapren, benzynę oraz inne substancje stosowane jako kleje, rozpuszczalniki itp.

Z porównania obu klasyfikacji wynikają następujące wnioski: klasyfikacja ICD znacznie rozszerza zakres pojęcia typów środków uzależniających – dodaje dotychczas traktowane jako „używki” tytoń i kawę. W klasyfikacji tej uwzględniono fakt występowania politoksykomanii czyli występowania uzależnienia od wielu typów środków. Zwraca także uwagę wydzielenie jako osobnych typów uzależnienia alkoholu i leków uspokajających i nasennych. Typy uzależnień (w naszym kraju) przedstawione zostaną w oparciu o klasyfikację ICD.

politoksykomania

2.0.2 Typy uzależnień z uwzględnieniem specyfiki polskiej narkomanii

W rozwoju narkomanii w naszym kraju można wskazać kilka trendów epidemiologicznych, których odzwierciedleniem była zmiana typów uzależnień pacjentów leczonych w placówkach leczniczych w okresie od połowy lat 70-tych do dziś.

Około 80-90% pacjentów z rozpoznaniem uzależnienia lekowego (z wyłączeniem alkoholu) leczonych w jednostkach służby zdrowia w latach 1980-1995 to uzależnieni od środków typu morfiny. W Polsce zależność od tego typu środków rozpowszechniła się od ok. 1976 r., kiedy opracowano

technologię produkcji „kompotu”. Rysem charakterystycznym młodzieżowej narkomanii w naszym kraju była duża ilość uzależnionych od środków własnej produkcji na początku tego okresu dominującymi środkami było opium zbierane na polach makowych, wywar ze słomy makowej (szerzej omówione w odpowiednim typie środków), a później – od początku lat 90-tych – prawie wyłącznie „polska heroina” czyli „kompot”. Okres ten można nazwać „etapem opiatowym” rozwoju narkomanii w Polsce. Od połowy lat 90-tych wystąpiła zmiana środków używanych – uzależnieni od „kompotu” stanowili stale zmniejszającą się grupę leczonych¹, natomiast z roku na rok zwiększała się liczba uzależnionych od przetworów konopi i amfetaminy. Obecnie te dwie grupy (i uzależnienia mieszane od obu) stały się dominującymi typami uzależnień w placówkach leczniczych. W ostatnich latach (2001-2) Wojewódzki Ośrodek Zapobiegania i Leczenia Uzależnień w Katowicach odnotował zmniejszenie się liczby pacjentów uzależnionych od lotnych rozpuszczalników. Na razie brak na ten temat danych ogólnopolskich. Dane pochodzące z naszej poradni były w tym okresie bardzo podobne do danych ogólnokrajowych. Od ubiegłego roku niektóre ośrodki w Polsce (Warszawa, Kraków, Poznań) odnotowują ponowny wzrost ilości użytkowników heroiny – nie jest to jednak już używany dożylnie „kompot” ale „brown sugar” – odmiana heroiny przeznaczona do palenia. Czy jest to zapowiedź następnych zmian obrazu rynku narkotykowego w Polsce – przekonamy się w okresie kilku najbliższych lat. Jak pokazano, w ciągu kilku ostatnich lat, dominujący model używania środków – specyficzny dla naszego kraju – zbliżył się bardzo do notowanego w innych krajach naszego kręgu cywilizacyjnego.

Alkohol

Alkohol jest, bez wątpienia, najczęściej używanym w Polsce, i zapewne w kulturze zachodniej, środkiem uzależniającym. Ze względu na rozpowszechnienie używania, istniejące społeczne normy i wzorce używania tego środka, rozległą akceptację – czynniki modelujące zachowania młodzieży wobec alkoholu - problematyka alkoholowa, mimo wszelkich cech wspólnych z innymi uzależnieniami, wykracza poza zakres tego opracowania.

Efekty użycia i zmiany zachowania: charakterystyczny zapach utrzymujący się w oddechu, bełkotliwa mowa, oczy szkliste, zmiany nastroju, nieadekwatne reakcje.

Używanie przewlekłe: depresja, lęki, nieadekwatne zachowania, „zerwany film”, marskość wątroby, organiczne uszkodzenia mózgu. Przedawkowanie: stupor, zimna i wilgotna skóra, śpiączka, przyspieszona akcja serca, śmierć².

¹Malinowska I. Zmiany typów uzależnień i środków inicjacji narkotycznej wśród pacjentów Wojewódzkiego Ośrodka Zapobiegania i Leczenia Uzależnień w Katowicach na podstawie rejestru w latach 1982-1999. Mysłowice 2000. Niepublikowana praca licencjacka.

²Carper S. Dimoff T. Jak rozpoznać czy dziecko sięga po narkotyki. Elma Books. War-

Opiaty

W skład tej grupy środków wchodzi: opium, jego naturalne (morfina, papaweryna i in.) i syntetyczne alkaloidy (heroína, metadon), leki o działaniu podobnym do morfiny (np. Dolargan, Palfium). Najczęściej używanym w Polsce środkiem typu morfiny był w ostatnich latach środek domowej produkcji: „kompot”. „Makiwara” i mleczko makowe, używane przez narkomanów w latach 80-tych, mają już jedynie znaczenie historyczne. Spotyka się nielegalnie zdobywaną morfinę apteczną oraz syntetyczne leki o działaniu podobnym do morfiny oraz metadon. W ciągu kilku ostatnich lat coraz częściej pojawia się na polskim narkotycznym rynku heroína o różnym stopniu czystości. Polski rynek narkotyczny stał się także odbiorcą heroíny (dotychczas Polska była krajem tranzytowym).

- „Kompot” jest brunatnym płynem zawierającym morfinę, heroinę, inne alkaloidy opium oraz resztki odczynników używanych przy produkcji. Zawartość poszczególnych składników zależy od używanych odczynników i wprawy producenta. „Kompot” jest używany w iniekcjach dożylnych. **„kompot”**
- Morfina w ampułkach – dostaje się na rynek w wyniku kradzieży z aptek szpitalnych, włamań do aptek, a także wyłudzeń. Używana w iniekcjach dożylnych.
- „Syntetyki”. Są to leki o działaniu podobnym do morfiny (np. Dolargan, Palfium). Drogi pozyskiwania tych środków są analogiczne do morfiny. Używane w iniekcjach dożylnych.
- Heroína o różnym stopniu czystości. Ma postać proszku o barwie od białej do brunatnej. Używana w iniekcjach dożylnych. Jedyną odmianą heroíny o odmiennej drodze podania jest „brown sugar” – postać heroíny używanej do palenia. Istnieją przesłanki do przypuszczeń, że „brown sugar” zyskuje na popularności w naszym kraju. **heroína**
„brown sugar”
- Metadon – środek blokujący wystąpienie objawów abstynencyjnych, nie wywołujący euforii. Stosowany w ramach programów substytucyjnych – spotykany na „czarnym rynku” – zwykle używany przez osoby uzależnione od heroíny do przeprowadzenia samodzielnych prób detoksykacji. **metadon**
- „Zupa” „makiwara” jest wywarem ze słomy makowej zawierającym morfinę. „Makiwara” jest używana jako środek zamienny w przypadku braku „kompotu”. Spożywana jest doustnie.
- Mleczko makowe. W sezonie dojrzewania maku z naciętej makówki wydzielą się mleczny sok (opium). Po odpowiednim spreparowaniu

uzyskuje się z niego morfinę. Jak wcześniej wspomniano, dwa ostatnie środki nie są już przedmiotem obrotu na "czarnym rynku", a zamieszczono je w tym wykazie ze względu na to, że były głównymi środkami inicjacji narkotycznej i używanymi na początku fali narkomanii opiatowej w Polsce – w latach 70-tych i na początku lat 80-tych.

Pochodne opium są bardzo silnymi środkami przeciwbólowymi i euforyzującymi. Euforia polega na uzyskaniu stanu obojętności. Środki typu pochodnych morfiny wywołują silne uzależnienie psychiczne oraz fizyczne. Już po kilku tygodniach intensywnego używania środków tej grupy wytwarza się szybko rosnąca tolerancja i pojawiają pierwsze objawy uzależnienia fizycznego. Objawy zespołu abstynencyjnego przejawiają się 8-12 godz. po ostatniej dawce narkotyku. Są to: bóle mięśniowo-stawowe, poszerzenie źrenic, naprzemienne uczucie zimna i gorąca, wyciek z nosa, gęsia skórka, wymioty, biegunka, niepokój, rozdrażnienie i bezsenność. Jest to bardzo nieprzyjemny stan, narkomani bardzo się go boją. Przy właściwej opiece lekarskiej można znacznie zmniejszyć dolegliwości związane z objawami abstynencyjnymi, a także zapobiec możliwym, groźnym dla życia powikłaniom.

Tolerancja na środki typu morfiny rośnie bardzo szybko, uzależnieni często przekraczają dawki, które dla człowieka nie mającego kontaktów z narkotykiem są śmiertelne.

Grupowe używanie strzykawek i igieł stwarza możliwość zakażenia kiłą, wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C oraz wirusem HIV wywołującym AIDS.

Efekty użycia i zmiany zachowania: źrenice zwężone (czasem do wielkości główki szpilki – szczególnie przy przedawkowaniu), o leniwej, a czasem bez reakcji na światło. Spowolnienie, opadające bądź półprzymknięte powieki, swędzenie skóry, ślady po iniekcjach: najczęściej w dołach łokciowych, na dłoniach, stopach. Używanie przewlekłe: długotrwałe ciągi ze wzrastającymi dawkami środka, zakażenia spowodowane niesterylnymi warunkami iniekcji (zakażenia wirusami HIV, HBV, HCV) uszkodzenia wątroby (wirusowe zapalenia wątroby typu B i C). Przedawkowanie: szpileczkowate źrenice, obniżona temperatura ciała, śpiączka, śmierć w wyniku porażenia ośrodka oddechowego.

Kanabinole

Używanie przetworów konopi indyjskich jest szeroko rozpowszechnione na całym świecie. W Polsce mamy do czynienia ze znacznym zainteresowaniem ich działaniem, szczególnie wśród uczniów liceów i studentów. Od kilku lat marihuana jest najczęściej (po alkoholu i tytoniu) używanym środkiem uzależniającym.

Konopie indyjskie zawierają dużą ilość substancji biologicznie czynnych – najważniejszą z nich jest 9- Δ -tatrahydrokanabinol (THC).

Marihuana („gandzia”, „trawa”, „joint”, „marycha”, „marian”) zawiera 1–8% tetrahydrokanabinolu, jednak wyselekcjonowane odmiany marihuany mogą zawierać znacznie więcej tej substancji. Spotyka się skrety marihuany skropione olejem haszyszowym (np. „skun” – nazwy slangowe są bardzo zróżnicowane). Marihuana to pokruszone liście i żeńskie kwiatostany konopi. Środek ten jest używany do produkcji „skrętów” lub miesza się go z tytoniem.

marihuana

Wielu autorów zalicza marihuanę i inne przetwory konopi do tzw. małych halucynogenów. L.Zgirski uznaje to za niewłaściwe, wskazując na to, że działanie halucynogenne marihuany ujawnia się dopiero przy dużych dawkach, a większości przypadków występuje działanie euforyzujące.

Haszysz („hasz”) jest sprasowaną żywicą zebraną z kwiatostanu konopi indyjskich. Zawiera 35–50% tetrahydrokanabinolu.

haszysz

Olej haszyszowy jest najsilniejszym środkiem tej grupy. Zawiera 80–90% tetrahydrokanabinolu.

olej haszyszowy

Po użyciu środków typu przetworów konopi oprócz objawów somatycznych pojawiają się: trudności w całościowym dostrzeganiu przedmiotów (widzenie szczegółów jest jaśniejsze), euforia z rozbawieniem (marihuana jest czasem nazywana „śmieszka”).

Marihuana i haszysz nie powodują uzależnienia fizycznego. Istnieje związek pomiędzy przewlekłym używaniem przetworów konopi a wystąpieniem epizodów psychotycznych. Marihuana przypomina wysuszoną natkę pietruszki o słodkawym zapachu siana, cząstki kwiatostanów są jasne. Haszysz ma postać brunatnych (do czarnych) kostek o konsystencji od miękkiej do przypominającej smołę.

Efekty użycia i zmiany zachowania: czasem euforia z rozbawieniem, do niedającego się powstrzymać chichotu, oczy szkliste, czasem przekrwione, wzrost łaknienia, słodkawa woń oddechu. Zachowania przypominające stan po użyciu alkoholu, bez charakterystycznego zapachu alkoholu. Używanie przewlekłe: przewlekłe zapalenia oskrzeli, chwiejność emocjonalna, obniżenie zdolności zapamiętywania i koncentracji, uczucie stałego zmęczenia, apatia („syndrom amotywacyjny”), lęki. Przypadków przedawkowania marihuany nie stwierdzono.

W wielu krajach podnosi się sprawę legalizacji używania i posiadania marihuany, argumentując to niewielką społeczną szkodliwością używania tego środka. Zwolennicy legalizacji używania marihuany przytaczają jeden bardzo poważny argument: użytkownicy, aby zaopatrzyć się w środek muszą stykać się z subkulturą środków, co grozi zachęceniem ich do używania innych „groźniejszych”, środków uzależniających, a także skazuje na niepotrzebną kryminalizację. W tym przypadku można rozpatrywać argumenty zwolenników legalizacji jako jeden z elementów strategii redukcji ryzyka. Przeciwnicy legalizacji argumentują, że nie ma sensu zezwalać na używanie jeszcze jednej, rujnującej zdrowie używki (obok alkoholu i tytoniu).

Leki i substancje o działaniu uspokajającym i nasennym

Zalicza się tu:

1. Leki nasenne:

- Pochodne kwasu barbiturowego np. Veronal, Evipan, Narkosan, Luminal, Gardenal, Cyklobarbitol i in.,
- Glutymid (Glimid),
- Metakwalon (Dormutil, Motolon).

2. Leki uspokajające:

- Meprobumat (Miltown, Meprobumat),
- Chlorodiazepoksyd (Librium, Elanium),
- Diazepam (Valium, Relanium).

3. Fenacetynę (wchodzi w skład wielu tabletek przeciwbólowych).

Środki te wywołują uzależnienie psychiczne i fizyczne. Występuje zjawisko tolerancji na lek, natomiast dawka śmiertelna zmienia się nieznacznie. Grozi to przypadkowym przedawkowaniem, które może być groźne dla życia.

Objawy abstynencyjne to : niepokój, rozdrażnienie, złe samopoczucie, zaburzenia snu, dreszcze, bóle głowy, i in. W przebiegu zespołu abstynencyjnego mogą pojawić się napady padaczkowate (tzw. padaczka abstynencyjna lub polekowa). Możliwe jest wystąpienie zespołu majaczeniowego. Skrajnie ciężko przebiegający zespół abstynencyjny może zakończyć się śmiercią.

barbiturany i benzodwuzepiny

Barbiturany i benzodwuzepiny są często używane razem z innymi środkami np. opiatami czy alkoholem, co prowadzi do politoksykomanii. W klasyfikacji typów uzależnień Komitetu Ekspertów WHO ta grupa leków była umieszczona łącznie z alkoholem. Takie usytuowanie tego typu środków podkreślało podobieństwo tych typów uzależnień, potwierdzonych tolerancją krzyżową alkoholu i barbituranów, podobieństwami w przebiegu zespołu abstynencyjnego. Używanie ich łącznie z opiatami jest spowodowane ich potencjalizującym, w stosunku do opiatów, działaniem. Uzależnieni od opiatów używają tego typu środków także zamiennie z opiatami – w sytuacji braku środków.

Działanie środków tej grupy jest zależne od dawki i okresu ich nadużywania. W małych dawkach działają uspokajająco, w dużych mogą powodować pobudzenie. Główną grupą użytkowników tych środków jest, jak się wydaje, grupa „dorosłych konsumentów” – w znacznej części wchodzącej w uzależnienie w wyniku autoterapii dolegliwości nerwicowych.

Efekty użycia i zmiany zachowania: spowolnienie, senność, czasem rozszerzone źrenice, mowa zamazana-bełkotliwa, zaburzenia koordynacji ruchowej, suchość w ustach. Używanie przewlekłe: chwiejność emocjonalna, trudności w zapamiętywaniu, niepokój, depresja, lęki, poczucie zmęczenia. Przedawkowanie: płytki i nieregularny oddech, źrenice zwężone na przemian z rozszerzonymi, nieruchomymi, niskie ciśnienie krwi, śpiączka, śmierć³.

Kokaina

Kokaina jest środkiem pobudzającym ośrodkowy układ nerwowy. Rozprowadzana jest w formie białego proszku używanego do wciągania do nosa lub w iniekcji, inna jej odmiana („crack”) jest palona w fajkach lub wdycha się jej opary, po podgrzaniu (np. na łyżce).

Ze względu na krótkie działanie środka uzależnieni dokonują dziennie do kilkudziesięciu wstrzyknięć lub inhalacji. Kokaina znosi uczucie zmęczenia i głodu, wywołuje euforię. Po zakończeniu działania pojawia się niepokój, przygnębienie, stany depresyjne. Tolerancja szybko wzrasta.

W Polsce, ze względu na wysoką cenę kokainy, nie jest to środek popularny wśród młodzieży, chociaż coraz częściej spotykamy się z jej, przynajmniej okazjonalnym, używaniem.

Efekty użycia i zmiany zachowania: rozszerzone źrenice, pobudzenie ruchowe i seksualne, gadatliwość, szybka zmiana nastroju do depresji. Przewlekłe używanie: stan pobudzenia, huśtawka nastrojów, bezsenność, wyczerpanie psychiczne i fizyczne. Przedawkowanie: majaczenie, szybki, nieregularny oddech, śmierć.

Inne niż kokaina środki pobudzające, w tym kofeina

Od strony fizycznej amfetamina działa na funkcje sercowo-naczyniowe. Powoduje przyspieszenie akcji serca, wzrost siły jego uderzeń, a jednocześnie zwężenie naczyń i nadciśnienie, co może pociągać za sobą pęknięcie naczyń mózgowych i śmierć lub paraliż.

amfetamina

Amfetaminę zsyntetyzowano w XX w. Ma działanie psychostymulujące, działa podobnie jak kokaina pobudzająco na OUN, powodując zniesienie uczucia zmęczenia, euforię, subiektywne poczucie wydolności fizycznej i psychicznej, agresywność, podwyższenie ciśnienia krwi, zmniejszenie łaknienia i potrzeby snu.

Od kilku lat zauważyć można duże zainteresowanie amfetaminą uczniów szkół średnich i studentów, którzy chętnie używają jej w czasie sesji egzaminacyjnych jako „energii” do intensywnego uczenia. Niestety nie biorą pod uwagę – a raczej nie chcą – nieuniknionego faktu wyczerpania organizmu i skutków zanikania działania amfetaminy. W miejsce pobudzenia pojawiają się: zły nastrój, zmęczenie i inne przykre doznania. Zwykle wtedy, dla poprawienia formy, sięgają po następną dawkę.

Amfetamina, otrzymywana w nielegalnych laboratoriach (Polska jest

³Ibidem.s.43.

kofeina

europiejskim liderem w produkcji amfetaminy), rozprowadzana jest przez dealerów w postaci pigułek, tabletek, kapsułek, rzadziej w postaci proszku lub kryształków do wdychania i wstrzykiwania⁴.

Efekty użycia i zmiany zachowania: pobudzenie, bezsenność, brak łaknienia, źrenice rozszerzone, przekrwione spojówki i śluzówka nosa, suchość w ustach. Używanie przewlekłe: stany lękowe, zmiany nastroju, zaburzenia snu, objawy psychotyczne: omamy słuchowe, wzrokowe i czuciowe. Przedawkowanie⁵: zaburzenia rytmu serca, bóle wieńcowe, wzrost ciśnienia krwi, wymioty, gorączka, dreszcze, śmierć na skutek krwotoku mózgowego, ostrej niewydolności krążenia, wysokiej temperatury ciała.

Do grupy psychostymulantów zalicza się także kofeinę zawartą w kawie, herbacie (bardzo podobny związek – teina), coca-coli, napojach energetyzujących, tabletkach kofeinowych. Mimo, że doniesienia na temat tolerancji, uzależnienia od kofeiny, bezpieczeństwa jej używania bywają sprzeczne, jednak bezsporny wydaje się być wpływ tego środka na pobudzenie i wytworzenie mechanizmu depresja – pobudzenie. Tak jak w przypadku autoterapii nerwic za pomocą środków uspokajających i nasennych możliwe jest, w przypadku kofeiny pogrążanie się w stanie konieczności użycia kawy – w celu likwidacji skutków użycia kawy. Nie zostały także zbadane interakcje kofeiny z innymi narkotykami, oraz długotrwałe skutki narażenia na kofeinę dzieci – najczęstszych konsumentów czekolady i napojów gazowanych zawierających kofeinę – w tym przypadku nastąpi największa dawka w stosunku do wagi ciała. Jak istotne może być przewlekłe nadużycie kawy, ilustruje przykład⁶:

27-letnia pielęgniarka zgłosiła się po poradę do przychodni z powodu oszołomienia, drżenia, duszności, bólu głowy i nieregularnego rytmu serca, występujących sporadycznie dwa do trzech razy dziennie. Objawy rozwinęły się stopniowo w ciągu trzech tygodni. Pielęgniarka powiedziała, że nie wystąpił niespodziewany stres. Wyniki badań były w normie, z wyjątkiem elektrokardiogramu, który wykazywał przedwczesne skurcze komór.

Podczas ostatniego spotkania z internistą, pielęgniarka została skierowana do psychiatry w przychodni z diagnozą reakcji lękowych, prawdopodobnie w wyniku strachu przed przeniesieniem męża przez wojsko do Wietnamu. Jednakże pielęgniarka nie zaakceptowała tej diagnozy i szukała przyczyny objawów w diecie. Po około 10 dniach skojarzyła symptomy z konsumpcją kawy. Od momentu zakupu nowego dzbanka na kawę, wypijała dziennie 10 do 12 filiżanek mocnej, czarnej

⁴Richard D. Narkotyki. Książnica. Katowice 1999. s. 52.

⁵Baran-Furga H. Op cit. s. 11.

⁶Maisto S.A., Galizio M., Connors G.J. Narkotyki: zażywanie...op.cit s.178-179

kawy – ponad 1000 mg kofeiny. Przestała pić kawę i w ciągu 36 godzin praktycznie wszystkie objawy ustąpiły, sercowo-naczyniowe nieprawidłowości także.

Substancje halucynogenne

Na rynku narkotycznym w Polsce najbardziej znanymi substancjami halucynogennymi są LSD, grzyby z grupy psilocybe, bielun (zwany też szalejem), MDMA (ecstasy), PCP. Termin "środki halucynogenne" obejmuje szeroką grupę substancji naturalnych i syntetycznych, których wspólną cechą jest wywoływanie zaburzeń postrzegania, objawiających się pojawianiem się omamów, szczególnie wzrokowych i/lub słuchowych, a nawet stanów psychotycznych (psychoz)⁷. Z tego właśnie względu halucynogeny stosowane były w wielu rytuałach religijnych i szamańskich. Większość tych substancji jest pochodzenia roślinnego. W naszych czasach dużą popularność zdobyły syntetyczne środki halucynogenne. Jednym z nich jest LSD (przez użytkowników nazywane „kwasem”). LSD występuje w formie krystalicznej lub bezbarwnej cieczy, którą nasycony jest dowolny nośnik np. bibułka. Używany jest doustnie, ostatnio kilkukrotnie spotkałem się z sygnałami o użyciu tego środka poprzez włożenie nasączonej bibułki pod powiekę. Bibułki, w których rozprowadzane jest LSD często ozdobione są nadrukami. Dochodzi do zaburzeń pamięci, wnioskowania, nastroj jest euforyczny, ekstatyczny, mogą jednak wystąpić lęki, napady paniki z agresją wobec siebie i innych. Częste zażywanie LSD prowadzi do wielu powikłań. Jednym z nich jest flash-back czyli odbłyśki. Są to epizody połączone z silnym lękiem i omamami słuchowymi i wzrokowymi. Możliwe jest ponadto powtórzenie się takiego doświadczenia bez użycia LSD. Niemożliwe do przewidzenia nawroty flash-back zdarzają się nawet po upływie 6 miesięcy od ostatniej dawki i można im przypisać pewną liczbę samobójstw⁸.

LSD

MDMA (ecstasy – rysunek 1.6) ma budowę podobną do amfetaminy. Początkowo działa podobnie jak LSD, później działanie to przechodzi w pobudzenie, któremu mogą towarzyszyć napady lęku i paniki. Często „odlot” okazuje się przeżyciem przerażającym.

MDMA – ecstasy

U osób o zwiększonej wrażliwości chwilowa utrata fizycznych i symbolicznych punktów odniesienia, może wywołać napad paniki, podobny do lęku towarzyszącego psychozom; traumatyzujący charakter doświadczenia może ujawnić lub wywołać autentyczny stan psychotyczny. Dlatego ten rodzaj narkotyków zalicza się do „schizofrenicznych”, tzn. mogących spowodować objawy przypominające schizofrenię⁹.

⁷Baran-Furga H. Op cit. s.54

⁸Ibidem s. 60.

⁹Ibidem s. 59.

narkotyki autorskie

Ze względu na chemiczne podobieństwo MDMA do amfetamin i równocześnie działanie halucynogenne, można podejrzewać, że przyczyną działania wywołującego psychozy może być także oddziaływanie na neuroprzekazniki – w szczególności dopaminę.

W ciągu ostatnich 20-tu lat zsyntetyzowano wiele nowych narkotyków – tzw. „narkotyków autorskich” takich jak MDDA lub PCP – zwykle są one pochodnymi amfetamin, o zaznaczonej składowej halucynogennej – z tego też względu powinny się znaleźć w osobnej grupie „pośredniej” pomiędzy środkami pobudzającymi i halucynogennymi.

Efekty użycia i zmiany zachowania: rozszerzone źrenice, drżenia mięśni, iluzje, omamy (zwłaszcza wzrokowe), zaburzenia percepcji czasu, odległości, poczucia ciała, wyostrenie percepcji barw. Używanie przewlekłe: zaburzenia psychotyczne, huśtawka nastrojów, lęki, depresja.

Tytoń

Nikotyna zawarta w tytoniu jest środkiem pobudzającym. Ma działanie dwufazowe: pobudza, zwiększa czujność, przyspiesza pracę serca ale także rozluźnia napięcie mięśni szkieletowych, a częściowo na drodze uczenia się palacze tytoniu odczuwają jej działanie uspokajające. Nikotyna jest najbardziej rozpowszechnionym środkiem uzależniającym (dorównuje jej jedynie alkohol). Jeśli chodzi o młodzież, to nikotyna stanowi szczególnie problem. Około 90% palaczy lub nawet więcej przyzwyczajają się do nałogu w wieku kilkunastu lat lub jeszcze wcześniej. Początki palenia u dorosłych są rzadkie. Przewlekłe schorzenia powodowane przez nikotynę i inne substancje chemiczne obecne w tytoniu dopiero od niedawna zostały uznane za główny problem zdrowotny o zasięgu ogólnospołecznym. Ogromna liczba ludzi umiera każdego roku na choroby, które wiąże się z paleniem tytoniu¹⁰. Dwukrotnie większe narażenie na zawał serca, nowotwory krtani, jamy ustnej, przełyku, pęcherza moczowego, trzustki i nerek są związane z paleniem papierosów do tego stopnia, że są przyczyną 30% wszystkich zgonów spowodowanych chorobą nowotworową i 80–90% – raka płuc(...) Ostatecznie 80–90% przewlekłych, obturacyjnych chorób płuc, takich jak rozedma płuc powodowanych jest przez palenie¹¹. Istotną rolę odgrywa także droga podania: zdecydowanie najbardziej narażeni są palacze papierosów – dla nich ryzyko przedwczesnego zgonu jest znacznie wyższe niż dla palących fajkę lub cygara. Efekty zdrowotne palenia tytoniu dla zdrowia społecznego w dalszym ciągu nie zmieniają społecznej akceptacji palenia.

Lotne rozpuszczalniki

Do grupy lotnych rozpuszczalników organicznych należą: eter, aceton, tetrochlorometan, tróchloretylen, kleje („butapren”), benzyna. Są to substancje psychoaktywne produkowane metodami przemysłowymi, często

¹⁰Carper S., Dimoff T. op.cit.s.46.

¹¹Maisto S.A., Galizio M., Connors G.J. Narkotyki: zażywanie...s.157

używany w gospodarstwie domowym jako rozpuszczalniki, odplamiacze, kleje itp. W celu odurzenia się najczęściej używane przez dzieci i młodzież (najmłodsi pacjenci należą do „wąchaczy”). Są tanie i łatwo dostępne. Rozpuszczalniki (środki lotne) działają depresyjnie na OUN, powodując: euforię, omamy wzrokowe podobne do snów, bóle głowy, niezdarność ruchową, spowolnienie, niewyraźną mowę, rozszerzenie źrenic, przekrwienie gałek ocznych, podrażnienie błon śluzowych nosogardzieli. Substancje te wprowadza się do organizmu przez drogi oddechowe, wdychając ich opary. Dłuższe przyjmowanie powoduje: uszkodzeniu ulega wątroba, nerki i układ krwionośny. Rozpuszczalniki charakteryzują się dużą toksycznością. Tolerancja narasta wyjątkowo szybko, czasami w ciągu roku dochodzi do dziesięciokrotnego zwiększenia początkowej dawki¹².

Zważywszy, że po lotne rozpuszczalniki sięgają najczęściej dzieci i młodzież w trakcie swojego rozwoju psychicznego i fizycznego, problem jest tym bardziej poważny i trudny. Według rejestru Wojewódzkiego Ośrodka Zapobiegania i Leczenia Uzależnień w Katowicach w grupie „wąchaczy” sporą liczbę stanowią uczniowie szkół specjalnych i podstawowych. Efekty użycia i zmiany zachowania: rozszerzenie źrenic, zachowanie jak w stanie upojenia alkoholowego, silny, chemiczny (butapren, rozpuszczalnik) zapach oddechu, włosów, ubrania. Używanie przewlekłe: zaburzenia pamięci, spadek wydolności intelektualnej, labilność nastroju, zwyrodnienie nerwów obwodowych, zaburzenia koordynacji ruchowej, osłabienie mięśni, bóle i zawroty głowy. Przedawkowanie: uduszenie, niewydolność krążenia.

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania wywołane używaniem wielu środków i środków innych niż wymienione

Jeśli wziąć pod uwagę klasyfikację uzależnień przedstawioną w ICD-10, można śmiało stwierdzić, że prawie wszystkie przypadki uzależnień należą do omawianej grupy: włączenie do typów uzależnień także tytoniu owocuje zwróceniem uwagi na fakt, że tylko nieliczni uzależnieni od środków uzależniających nie są uzależnieni od tytoniu. Nawet zaniedbując uzależnienie od tytoniu, stwierdzimy, że wiele osób jest uzależnionych od więcej niż jednego środka. Typowymi przykładami są tu: uzależnienie alkoholowo-barbituranowe, czy amfetaminowo-marihuanowe. Jak chodzi o to pierwsze, to trzeba podkreślić, że pomiędzy alkoholem a barbituranami zachodzi tolerancja krzyżowa, a w klasyfikacji typów uzależnień Komitetu Ekspertów WHO środki te należały do jednej grupy środków.

Większość doniesień na temat tzw. młodzieżowej narkomanii podkreśla, że dominującym typem uzależnień w tej grupie jest politoksykomania. Przede wszystkim mamy tu do czynienia z uzależnieniem typu amfetaminowo-marihuanowego, a w przypadku osób uzależnionych od

¹²Baran-Furga H. Op. cit. s.15.

opiatów: morfinowo-barbituranowego. Barbiturany i benzodwiazepiny są używane łącznie z „kompotem” lub jako zamiennik w przypadku jego braku. W drugim przypadku narkomani są skłonni używać wielu środków różnych typów.

Spośród środków, które nie zostały dotychczas wymienione, najbardziej istotną grupę stanowią sterydy anaboliczne i hormon wzrostu.

Środki te, stosowane jako środki dopingujące wśród sportowców, powodują znaczny przyrost masy mięśniowej. Chociaż najczęściej przypadki używania sterydów zostaną sklasyfikowane jako kategoria diagnostyczna „nadużywanie substancji nie powodujących uzależnienia”, jednak opisano objawy zależności od sterydów w normalnym funkcjonowaniu¹³. Opisano zaburzenia psychiczne i komplikacje somatyczne po używaniu środków tej grupy: łysienie, trądzik, ginekomastia (przerost gruczołów piersiowych) u mężczyzn, maskulinizacja u kobiet, wahania poziomu cholesterolu, u dzieci i młodzieży – przedwczesne zahamowanie wzrostu kości. Charakterystyczne są wzrost drażliwości i agresywności.

¹³Maisto S.A., Galizio M., Connors G.J. Narkotyki: zażywanie...s.355