

USMF "Nicolae Testemitanu"
CATEDRA PSIHIATRIE, NARCOLOGIE ȘI PSIHOLOGIE MEDICALĂ

GESTIONAREA DEPENDENTELOR FARMACOLOGICE

*Ghid pentru studenți,
rezidenți și specialiști psihiatri-narcologi*

Anatol Nacu
Igor Nastas
Jana Chihai
Lilia Fiodorova
Ina Tcaci
Larisa Boronin

USMF „NICOLAE TESTEMIȚANU”
Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală

Anatol NACU, Igor NASTAS, Jana CHIHAI,
Lilia FIODOROVA, Ina TCACI, Larisa BORONIN

GESTIONAREA DEPENDENTELOR FARMACOLOGICE

Ghid pentru studenți, rezidenți și specialiști psihiatri-narcologi

Chișinău, 2016

Lucrarea de față a fost elaborată de către un grup de specialiști de la Catedra de Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală a USMF „Nicolae Testemițanu”, de la Dispensarul Narcologic Republican și biroul UNODC. Această lucrare este realizată în conformitate cu ghidurile internaționale, inclusiv programul TreatNet elaborat de UNODC. Documentul a fost revăzut de către birourile locale și regionale ale UNODC, oficiul Moldova al OMS și Fundația Soros-Moldova, program Sănătate Publică.

Elaborarea acestui document a fost posibilă datorită susținerii din partea Agenției Națiunilor Unite pentru Combaterea Drogurilor și Criminalității (UNODC) în Moldova. Finanțarea din partea UNODC a fost realizată în cadrul Proiectului UNODC „Prevenirea HIV/SIDA, tratament, suport și îngrijire pentru utilizatorii de droguri injectabile și persoanele în detenție”.

Autori:

Anatol NACU – doctor habilitat în medicină, profesor universitar, șef Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală;

Igor NASTAS – doctor în medicină, conferențiar universitar;

Jana CHIHAI – doctor în medicină, conferențiar universitar;

Lilia FIODOROVA – medic narcolog Dispensarul Republican de Narcologie;

Ina TCACI – MpHil, coordonator național HIV/SIDA al UNODC în Moldova;

Larisa BORONIN - doctor în medicină, conferențiar universitar.

Referenți:

Mircea REVENCO – doctor habilitat în medicină, profesor universitar;

Ghenadie CĂRĂUȘU – doctor în medicină, conferențiar universitar;

Sergii RUDYI – ofițer HIV/SIDA și Dependențe de droguri, UNODC Ucraina;

Angela CIOBANU – coordonator Sănătate Publică, Biroul OMS în Republica Moldova;

Vitalie SLOBOZIAN – coordonator program Reducerea Riscurilor, Fundația Soros-Moldova.

CUPRINS

LISTĂ DE ACRONIME	9
INTRODUCERE	10
Scopul lucrării	11
Epidemiologie	12
Bibliografie recomandată	13

Partea I. BAZELE DEPENDENȚEI

1.1. Noțiunea de substanță psihoactivă (SP)	14
1.2. Clasificarea substanțelor psihoactive	16
1.2.1. Clasificarea substanțelor psihoactive în funcție de tipul de acțiune	16
1.2.2. Criteriile de diagnosticare a dependenței conform Clasificării Internaționale a Tulburărilor Mentale și de Comportament, ediția X [2]	17
1.2.3. Criteriile de diagnosticare a dependenței conform Manualului de Diagnostic și Statistică a Asociației Americane a Psihiatrilor (DSM-V) [9]	17
1.3. Teste de screening în dependențe	18
1.4 Aspecte etice și legislative în dependențe	19
1.5 Managementul supradozării. Primul ajutor în cazul supradozării de droguri	20
1.6 Asistența psihosocială	21
Bibliografie recomandată	22

Partea II. TIPURI DE DEPENDENȚE

2.1. Substanțe psihoactive cu acțiune inhibitorie	24
2.1.1. Alcoolul	24
Aspecte epidemiologice	24
Aspecte farmacologice	25
Tablou clinic	26
Supradozarea	27
Componentele sindromului de sevraj etilic	27
Particularități la femei și copii	28
Tipuri de intervenții în caz de dependență	30
2.1.2. Benzodiazepine	32
Aspecte epidemiologice	32
Aspecte farmacologice	32

Tablou clinic.....	34
Supradozare.....	34
Sindromul de sevraj benzodiazepinic.....	34
Tipuri de intervenții.....	35
Principii de gestionare a cazului cu adicție benzodiazepinică.....	35
Riscul pentru făt.....	36
2.1.3.Barbiturice.....	36
Aspecte epidemiologice.....	36
Aspecte farmacologice.....	36
Tablou clinic.....	36
Simptome de intoxicare și supradozare.....	37
Simptome de sevraj.....	37
Tipuri de intervenție.....	38
2.1.4.Canabinoizi.....	38
Aspecte epidemiologic.....	38
Aspecte farmacologice.....	38
Tablou clinic.....	39
Simptome de sevraj.....	39
Sindromul de sevraj.....	40
Tipuri de intervenții.....	40
2.1.5.Opiacee.....	41
Aspecte epidemiologice.....	41
Proprietăți farmacologice.....	41
Tablou clinic.....	44
Simptome de sevraj.....	45
Tipuri de intervenții.....	45
A. Terapia farmacologică a dependenței de opiacee (tratament farmacologic).Metadona.....	46
B. Tratamentul farmacologic cu Buprenorfină.....	50
C. Tratamentul cu Naltrexonă.....	50
Particularități la femei și copii: Probleme legate de adicție și tratament.....	52
2.1.6. Substanțe volatile.....	52
Aspecte farmacologice și proprietăți.....	53
Tablou clinic.....	53
Supradozare.....	53
Simptomele stării de sevraj.....	53
Intervenții.....	53
Particularități la femei și copii.....	54
Bibliografie recomandată.....	54
2.2. Substanțe psihoactive cu acțiune stimulantă (psihostimulantele).....	57
Aspecte epidemiologice.....	57
Aspecte farmacologice.....	58
Tablou clinic.....	58
Supradozare.....	58
Sindrom de sevraj cauzat de psihostimulante.....	59

Intervenții.....	59
2.2.1. Amfetamina și metamfetamina.....	59
Aspecte epidemiologice.....	59
Aspecte farmacologice.....	60
Tablou clinic.....	60
Intoxicare acută și supradozarea.....	60
Simptome de sevraj.....	60
Intervenții în starea de sevraj.....	61
Riscul pentru femei și pentru făt.....	61
2.2.2.Cocaina.....	61
Aspecte farmacologice.....	61
Tablou clinic.....	62
Intoxicare acută și supradozarea.....	62
Starea de sevraj.....	63
Tipuri de intervenții.....	63
Bibliografie recomandată.....	63
2.3. Substanțe psihoactive cu acțiune halucinogenă (halucinogenele).....	64
Aspecte epidemiologice.....	64
2.3.1. Dietilamida acidului lisergic.....	65
Simptome de intoxicare acută.....	65
Supradozare.....	65
Sindrom de sevraj.....	65
Tipuri de intervenții.....	65
2.3.2. Psilobicina și mescalina.....	66
Simptome de intoxicare.....	66
2.3.3.Fenciclidina.....	66
Simptome de intoxicare.....	66
Sindrom de sevraj.....	66
Tipuri de Intervenții.....	66
2.3.4.Ketamina.....	66
Efecte clinice.....	66
Sindrom de sevraj.....	66
2.3.5.Colinoblocantele.....	67
Simptome de intoxicare acută.....	67
Efectele adverse.....	67
2.3.6.Antihistaminice.....	67
2.3.7.Antiparkinsoniene.....	68
Starea de sevraj.....	68
Tipuri de intervenții.....	68
Bibliografie recomandată.....	68
2.4. Etnobotanice (droguri sintetice).....	69
Aspecte epidemiologice.....	69
Tablou clinic.....	70

2.4.1 Mefedrona.....	71
1.4.2 Canabinoizi sintetici.....	71
Efectele adverse.....	72
Simptome de sevră.....	72
Tipuri de intervenții.....	72
Dezintoxicarea.....	72
Consilierea psihologică.....	72
Grupuri de sprijin (de suport).....	73
Bibliografie recomandată.....	73

Partea III. DIVERSE GRUPURI POPULAȚIONALE GESTIONAREA COMORBIDITĂȚILOR.....74

3.1. Pacienți cu HIV/SIDA.....	74
3.2. Pacienți cu hepatite virale VHC/VHB.....	74
3.3. Pacienți cu tuberculoză pulmonară.....	74
3.4. Categoriile de tulburări psihice asociate cu consumul de SPA.....	74
Tratamentul integrat al abuzului de SPA și al tulburărilor afective.....	75
Depresia.....	75
Tulburările bipolare și tulburările asociate cu abuzul de SPA.....	75
Schizofrenia și tulburările asociate cu abuzul de substanțe psihoactive.....	75
Bibliografie recomandată.....	75

Partea IV. ÎNGRIJIRILE ÎN DEPENDENȚE.....77

4.1. Tipuri de îngrijiri utilizate în dependențe.....	77
4.2. Servicii de Tratament Bazate pe Comunitate (STBC).....	79
4.3. Nivele de îngrijiri specializate ale pacienților cu dependențe.....	80
Bibliografie recomandată.....	83
Referințe bibliografice generale.....	83

ANEXE.....87

Anexa I. Test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).....	87
Anexa II. Test ASSIST.....	89
Anexa III. Test CAGE.....	97
Anexa IV. Test DAST - 10.....	98
Anexa V. Scala CIWA-AR (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale).....	99
Anexa VI. TESTE DE EVALUARE FINALĂ.....	101

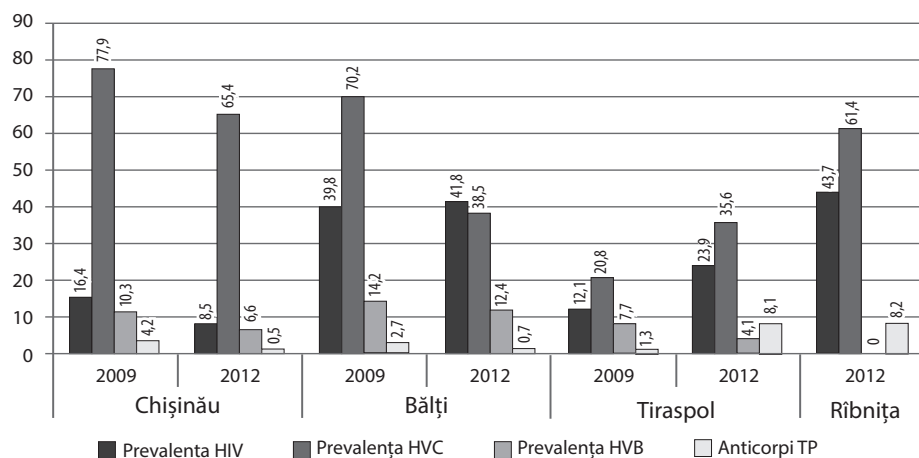
LISTĂ DE ACRONIME

- SPA – Substanțe psihoactive;
- SNC – Sistemul nervos central;
- CIM-10 – Clasificarea Internațională a Maladiilor 10;
- DSM-V – Manualul de Diagnostic și Statistică a Asociației Americane de Psihiatrie;
- ONU – Organizația Națiunilor Unite;
- OMS – Organizația Mondială a Sănătății;
- FACT – Tratament comunitar asertiv și flexibil (Flexible Assertive Community Treatment);
- STBC – Servicii de tratament bazate pe comunitate;
- UNODC – Agenția Națiunilor Unite pentru Combaterea Drogurilor și Criminalității;
- LAAM – Levoalpaacetylmethadol.

INTRODUCERE

Consumul ilicit de droguri continuă să afecteze sănătatea populației la nivel global, producând pagube enorme atât prin necesitatea unor îngrijiri medicale repetate, cât și prin prisma menținerii unui nivel înalt al criminalității în rândul consumatorilor de droguri. Amploarea fenomenului la nivel global este urmărită de Agenția Națiunilor Unite pentru Combaterea Drogurilor și Criminalității (UNODC). Conform raportului acestei instituții pe anul 2015, în 2013 existau circa 246 milioane de consumatori de droguri ilicite sau fiecare a douăzecea persoană în lume între vârstele de 15 și 64 de ani. Datele statistice arată că din 2008 (203 milioane consumatori) se constată creșterea anuală a utilizatorilor de droguri. Potrivit Raportului European privind Drogurile (2015), în 2014 s-au depistat peste 100 de substanțe noi psihoactive, fapt care implică eforturi considerabile de gestionare a asistenței medicale și de ajustare a cadrului legislativ. Cheltuielile pentru asistența medicală și psihosocială a persoanelor cu dependențe de substanțe psihoactive sunt mult inferioare cheltuielilor judiciare și penitenciare. Asistența medicală contribuie la scăderea victimelor abuzului de substanțe psihoactive, iar beneficiul economic este de circa 3 la 1. Dacă se iau în calcul cheltuielile legate de consecințele legale, sănătate, activități sociale, raportul între beneficiul economic și investiții este de 13 la 1. În Republica Moldova în 2014 erau înregistrați oficial 10 423 de persoane consumatoare de droguri, dintre care 9872 de bărbați și 611 femei. Conform Studiului Biocomportamental 2013, în RM este estimat un număr de 30 000 de consumatori de droguri.

Prevalența HIV, HVC, HVB, TP, %



Din numărul total de consumatori, 629 sunt HIV pozitivi. Studiul desfășurat în 2012 în rândul tinerilor de 15-24 de ani de pe malul drept al râului Nistru a arătat că cea mai înaltă valoare a prevalenței consumului pe perioada vieții a fost înregistrată pentru marijuana și hașiș (3,5%), iar 14,0% dintre respondenți au în cercul lor de cunoscuți persoane care consumă marijuana și hașiș. Ca pondere, urmează utilizatorii de ecstasy cu 1,2% din eșantion care au încercat cel puțin o dată în viață și 5,9% cunosc consumatori de ecstasy în cercul lor social. Pe locul trei se plasează opiumul – 3,8% din eșantion au cunoscuți consumatori de opium și 0,5% au încercat vreodată această substanță. Prevalența pentru celelalte tipuri de droguri ilicite a înregistrat valori mult mai mici. O acțiune importantă în Republica Moldova a fost aprobarea în anul 2010 a Strategiei naționale antidrog pentru anii 2011-2018 și elaborarea în anul 2014 a noului Plan național de acțiuni antidrog pentru anii 2014-2016. În scopul promovării politicii statului în domeniul circulației substanțelor narcotice și psihotrope și a precursorilor, activează Comisia Națională Antidrog, organ interdepartamental, instituit de Guvern.

Scopul lucrării

- Creșterea gradului de cunoaștere a problemei legate de consumul substanțelor psihoactive în cadrul studiilor universitare și postuniversitare (studenți, rezidenți și medici specialiști).
- Cunoașterea factorilor neurobiologici, etiopatogenetici și sociali în apariția dependențelor de droguri.
- Cunoașterea principiilor de tratament în dependența de droguri. Aplicarea tratamentului cu agonisți opiaceici în Republica Moldova.
- Formarea abilităților practice în asistența medicală a persoanelor dependente de droguri.

Metodologia: Ghidul a fost elaborat în baza surselor bibliografice actualizate, a programului UNODC TREATNET, ce reprezintă standarde de calitate în tratamentul și asistența dependențelor de substanțe, Raportului Mondial pe Droguri 2015, Raportului European privind Drogurile 2015, Raportului Observatorului Național asupra Drogurilor 2015, Protocolului clinic național „Tratamentul farmacologic cu metadona în dependența de opiacee 2015” și în baza recomandărilor internaționale bazate pe dovezi științifice. Instruirea include prelegeri, seminare și activități practice pentru medici rezidenți, psihiatri și narcologi. La finele cursului se vor susține teste pentru evaluarea cunoștințelor.

EPIDEMIOLOGIE

În regiunea Europei de Est, consumul de stimulatoare, opiacee, canabioizi și alcool continuă să predomine. Potrivit Raportului UNODC 2015, cocaina rămâne drogul principal care provoacă îngrijorare în America Latină și Caraibe, iar consumul de opiacee continuă să fie forma cea mai problematică de consum de droguri la nivel global. Acest lucru poate fi explicat prin relația dintre consumul de opiacee și consumul de droguri injectabile, HIV, SIDA și decesele prin supradoză, precum și prin faptul că utilizarea opiaceelor reprezintă cauza majorității internărilor pentru tratament împotriva consumului de droguri în Asia și Europa.

În pofida variațiilor naționale și regionale ale tendințelor consumului de droguri, datele limitate disponibile arată că utilizarea opiaceelor (heroină și opiu) rămâne stabilă la nivel global. În special ca urmare a tendințelor din America de pe ambele continente și din Europa, consumul de cocaină a scăzut în ansamblu, în timp ce consumul de cannabis și utilizarea nonmedicală a opiaceelor farmaceutice au continuat să crească. Termenul stimulatoare de timpul amfetaminelor (ATS) este folosit pentru a desemna atât amfetaminele, cât și drogurile din grupul ecstasy. Tendințele de consum ATS variază de la o regiune la alta, iar unele subregiuni, așa ca Asia de Sud-Est, au raportat o creștere a consumului de metamfetamină.

Numeroase bariere sociale și structurale continuă în mod vizibil să împiedice accesul femeilor la tratament împotriva consumului de droguri: la nivel global, doar unul din cinci consumatori de droguri supuși tratamentului este o femeie, deși unul din trei consumatori de droguri este femeie. Multe dovezi au arătat că factorii sociali și biologici ce țin de inițierea consumului de substanțe, consumul continuu de substanțe și apariția problemelor asociate acestuia variază considerabil între bărbați și femei. Printre bărbați există o probabilitate de trei ori mai mare de consum de cannabis, cocaină și amfetamine decât printre femei, iar femeile au mai multe șanse decât bărbații de a face abuz de opiacee și tranchilizante în bază de prescripție medicală. Dat fiind faptul că probabilitatea ca inițierea abuzului de tranchilizante și opiacee în bază de prescripție să ducă la consum regulat sau curent este relativ mare în comparație cu alte droguri, acesta rămâne un domeniu de preocupare specială pentru femei. Datele disponibile cu privire la prevalența HIV în rândul persoanelor care injectează droguri arată că, în multe țări, femeile care își injectează droguri sunt mai vulnerabile la infectarea cu HIV decât omologii lor de sex masculin și că prevalența HIV este mai înaltă în rândul femeilor care își injectează droguri decât printre omologii lor de sex masculin.

Bibliografie recomandată:

1. United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2015 (United Nations publication, Sales No. E.15.XI.6).
2. United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2014 (United Nations publication, Sales No. E.14.XI.7).
3. Raportul european privind drogurile 2015. Tendințe și evoluții. Disponibil: <http://www.emcdda.europa.eu/edr2015>
4. <http://www.unodc.org/treatnet>
5. Consumul și traficul ilicit de droguri în Republica Moldova în anul 2014. Raport anual. Observatorul Național pentru Droguri. Chișinău, 2015.
6. Vacarciuc, O., Costin, T., Scutelnicu, O., Pleșca, V., Condrat, I., Slobozian, V., Zorila, V., Ciobanu, A. Consumul și traficul ilicit de droguri în Republica Moldova în anul 2010. Raport anual. Observatorul Național pentru Droguri. Chișinău.
7. UNODC. Всемирный доклад о наркотиках. Резюме, 2015.

Partea I. BAZELE DEPENDENȚEI

1.1. NOȚIUNEA DE SUBSTANȚĂ PSIHOACTIVĂ (SP)

Substanța psihoactivă este o substanță naturală sau artificială care, fiind consumată, afectează procesele mintale și comportamentul. Adeseori poate produce trăiri plăcute pentru consumator, iar la folosirea sistematică poate duce la sindromul de dependență.

Abuz de substanță – utilizare excesivă intenționată, sporadică sau persistentă a substanței psihoactive, însoțită de efecte fizice sau psihologice nocive. În abuzul de substanță motivația poate determina oprirea utilizării. Factorii genetici influențează tranziția de la abuz de substanțe la adicție, dar nu și începerea utilizării.

Noțiunea de dependență (adicție) – utilizată în ICD-X (Clasificarea Internațională a Tulburărilor Mentale și de Comportament, ediția X) [2], care este folosită pentru nozologii ca „narcomanie, toxicomanie, alcoolism”, reprezintă un grup de fenomene fiziologice, comportamentale și cognitive în care utilizarea unei substanțe sau a unei clase de substanțe devine prioritară pentru consumator față de alte comportamente ce erau anterior mult mai valoroase pentru acest individ. Caracteristica esențială este dorința (adeseori irezistibilă) de a consuma această substanță psihoactivă (drog) care poate să nu mai fie prescrisă medical.

Componentele de bază ale dependenței:

- Dorința compulsivă de a consuma substanța psihoactivă.
- Apariția sindromului de sevraj după încetarea consumului substanței psihoactive sau consum în doze mai mici decât cea precedentă. Timpul de apariție a sevrăului se datorează în mare parte timpului de înjumătățire (semiviată) a substanței.
- Creșterea toleranței pentru substanța consumată, dar adeseori și pentru alte substanțe psihoactive.
- Continuarea consumului, indiferent de apariția unor consecințe sociale, familiale sau somatice.

În conformitate cu definiția OMS, dependența este „o afecțiune cronică care include recăderi, deseori asociată altor condiții fizice și mentale” (OMS, 2004).

Noțiunea de toleranță în consumul de substanțe psihoactive (SP) – cantitatea de SP necesară pentru obținerea efectului avut (senzației de plăcere). Are tendința de a crește în timp odată cu avansarea dependenței.

Noțiunea de sevraj: stare care apare la întreruperea absolută sau relativă a consumului unei substanțe psihoactive, după un consum repetat și prelungit și, ca regulă, în doze mari (crescute) a substanței psihoactive. Este unul dintre indicatorii sindromului de dependență. Durata este în funcție de perioada de înjumătățire (semiviată) a fiecărei substanțe.

Timpul de înjumătățire (semiviată) a substanței – acea unitate de timp în care concentrația substanței în mediul investigat (plasma) scade de două ori.

Dezintoxicarea este o intervenție pe termen scurt, o etapă în tratamentul farmacologic al dependenței. Scopul este de îndepărtare a substanței din organism, inclusiv în cazurile de supradozare, și eliminarea simptomelor adiacente supradozării.

Supradozarea este introducerea în organism a unei cantități de substanță mai mare decât doza habituală sau care produce efecte adverse caracteristice intoxicației.

Tratamentul cu agonisti (farmacoterapia) presupune un tratament medical prin care substanța psihoactivă administrată ilegal este înlocuită cu o substanță cu proprietăți similare, administrată legal, în scopul menținerii consumatorului de droguri în starea de echilibru psihosocial și înlăturării riscurilor asociate consumului ilicit.

Cauzele consumului de substanțe psihoactive (predominante):

- ◆ pentru a obține senzația de plăcere;
- ◆ cu scop analgetic;
- ◆ cu scop experimental;
- ◆ sub influența anturajului.

Mecanisme patobiologice în adicții

În afară de factorii sociali (stare economică precară, traumatism psihic, familii dezorganizate, influența grupului, educație și consum ca normă socială etc.), pot fi prezenți factori de risc genetici și neurobiologici în apariția consumului de substanțe psihoactive. A fost constatată implicarea genetică în procesul de metabolizare a alcoolului și de transmisie interneurală [3]. Deseori, se atestă consumul de droguri la persoane cu maladii mentale neasistate medicamentos sau la persoanele care suferă de dureri acute. Unele studii arată că femeile consumatoare de droguri, peste 70% necontrolate, de antidepresante și opiacee au o istorie de violență. Se presupune existența relației dintre apariția dependenței și sistemul de recompensă (reward system). De asemenea, se presupune implicarea altor sisteme neuronale, inclusiv serotoninice, opiaceice, GABAergice, glutamice, în apariția dependenței [4]. Asemenea trăsături ca anxietatea și impulsivitatea sunt considerate de unii autori ca factori de risc fenotipici pentru apariția dependenței de cocaină și amfetamină [6]. S-a constatat că la populația japoneză variațiile genetice a genei transportatoare de dopamină (DAT), a receptorilor dopaminici, opiaceici, a receptorilor 1A serotoninici, 2A adenosinici pot fi factori de vulnerabilitate pentru dependența de metamfetamină sau starea psihotică [7].

Un rol important în formarea sindromului de dependență este atribuit dopaminei, care pare să fie neuromediatorul de bază în mecanismul de obținere a plăcerii, iar căile mezolimbice, precum și cortexul prefrontal fiind implicate în mecanismul patologic de căutare a drogului în cazurile de dependență [5]. Dopamina, prin intermediul proiecțiilor sale neuronale în diferite zone cerebrale, influențează motricitatea, facultățile volitive, afective (depresia dopaminică), influențează prin intermediul zonei tuberoinfundibulare procesele metabolice, este implicată în apariția stărilor psihotice, dar participă și la formarea mecanismului de plăcere, a dependenței, agresivității și anxietății. Anumite zone cerebrale, printre care nucleul accumbens, sunt considerate a fi implicate activ în mecanismul plăcerii (reward system), iar anumite zone cerebrale (A9 și A10) sunt cele mai bogate în proiecții dopaminice. S-a stabilit că administrarea unui drog se asociază cu o creștere bazală a nivelului dopaminic și cu simptomele adiacente senzației de plăcere. Utilizarea continuă (cronică) a drogului (a substanței psihoactive) produce o diminuare a

nivelului dopaminic și se manifestă clinic prin reducerea senzațiilor avute, fapt care determină necesitatea utilizării unor doze crescute de substanțe psihoactive și apariția stării de toleranță crescută. Necesitatea de administrare a drogului se include astfel în circuitul patobiologic al transmisiei dopaminice în creier. Deficitul unui stimulent extern, și anume a substanței psihoactive generează apariția sindromului de sevraj. Diferite substanțe au proprietatea de a crește nivelul dopaminic. Unele studii au sesizat, spre exemplu, creșterea bazală a dopaminei la 150 % la administrarea hranei, circa 200 % din activitatea sexuală, la fel de la etanol, între 200 și 250% de la nicotină, aproximativ 350% de la cocaină și circa 1250% de la metamfetamină. Datele se referă la nucleu accumbens, unde s-a constatat cea mai mare creștere (48,49).

1.2. CLASIFICAREA SUBSTANȚELOR PSIHOACTIVE

Există mai multe clasificări în funcție de acțiunea asupra anumitor căi de neurotransmisie, de origine a drogurilor (vegetală, sintetică, semisintetică), puterea de acțiune (droguri tari – hard drugs și droguri slabe – soft drugs), aspectul juridic, tipul de acțiune. Fiecare clasificare este utilizată în funcție de scopul propus. Sub aspect de diagnostic sunt utilizate Clasificarea Internațională a Maladiilor CIM-10 [2], Clasificarea Asociației Americane de Psihiatrie, DSM-V [9], iar sub aspect clinic clasificarea în funcție tipul de acțiune al substanței psihoactive (programul TREATNET, UNODC) [43].

1.2.1. CLASIFICAREA SUBSTANȚELOR PSIHOACTIVE ÎN FUNCȚIE DE TIPUL DE ACȚIUNE:

- Cu acțiune inhibitorie (depresoare): alcool, benzodiazepine, opiacee, substanțe volatile, barbiturice, canabinoide (doze mici).
- Cu acțiune stimulantă (stimulente): amfetamina, metamfetamina, cocaina, nicotina, khatul, cafeina, MDMA (Metilendioximetamfetamina), ecstasy.
- Halucinogene (substanțe care au proprietatea de a provoca tulburări de percepție): LSD, dimetiltriptamina, mescalina, feniclidina, ketamina, canabinoide (doze mari), ciupercile halucinogene, MDMA etc. [8]

Tabelul 1. Clasificarea substanțelor psihoactive

Cu acțiune inhibitorie (depresoare)	Cu acțiune stimulantă (stimulente)	Halucinogene
Alcool	Amfetamina	LSD, Dimetiltriptamina (DMT)
Benzodiazepine	Metamfetamina	Mescalina
Opiacee	Cocaina	Feniclidina (PCP)
Solvenți	Nicotina	Ketamina
Barbiturice	Khatul	Canabinoizi (doze mari)
Canabinoizi (doze mici)	Cafeina	Ciupercile halucinogene
	Metilendioximetamfetamina (MDMA)	Metilendioximetamfetamina (MDMA)

1.2.2. CRITERIILE DE DIAGNOSTICARE A DEPENDENȚEI CONFORM CLASIFICĂRII INTERNAȚIONALE A TULBURĂRII MENTALE ȘI DE COMPORTAMENT, EDIȚIA X [2]

Diagnosticarea stării de dependență necesită minimum trei dintre următoarele caracteristici specifice persoanelor pe parcursul celui din urmă an:

- dorința compulsivă de a folosi substanța;
- dificultăți de control al comportamentului legat de consumul de substanță;
- starea psihologică de sevraj când se reduce sau se încetează consumul de substanță cu tendința de a lua aceeași sau altă substanță pentru înlăturarea simptomelor;
- creșterea toleranței, astfel încât pentru menținerea efectelor sunt necesare doze crescute;
- neglijare progresivă a plăcerilor și a intereselor din cauza consumului de substanță psihoactivă, creșterea timpului necesar pentru obținerea sau administrarea substanței sau revenirea de pe urma efectelor acesteia;
- utilizarea în continuare a substanței în pofida consecințelor nocive ca alterarea ficatului, stări depresive, alterări cognitive sau alte consecințe [9].

1.2.3. CRITERIILE DE DIAGNOSTICARE A DEPENDENȚEI CONFORM MANUALULUI DE DIAGNOSTIC ȘI STATISTICĂ A ASOCIAȚIEI AMERICANE A PSIHIATRIILOR (DSM-V) [9]:

- Prezintă simptome clinice evidente de tulburare psihică.
- Există dovezi în baza datelor anamnestice, examenului fizic sau/și examenului de laborator care îndeplinesc următoarele două criterii:
 - Tulburarea a apărut în timpul sau pe parcursul unei luni de consum al substanței sau
 - în timpul stării de sevraj.
- Substanța/medicamentul administrat/ă poate declanșa tulburări psihice.
- Tulburarea nu poate fi explicată în afara consumului de substanță. Dovada unei tulburări psihice neinduse de substanță trebuie să întrunească următoarele criterii:
 - Tulburarea psihică a precedat (cel puțin o lună) starea de intoxicare sau sfârșitul stării de sevraj sau acțiunea unui medicament.
 - Tulburarea psihică s-a manifestat pe o durată semnificativă de timp (minimum o lună) după administrare sau după starea de sevraj sau de intoxicare cu substanța medicală. Sunt expuse din acest criteriu tulburările de cogniție, halucinațiile cauzate de substanțe și care continuă după starea de intoxicare sau după sindromul de sevraj.
 - Tulburarea nu apare exclusiv în stările de delirium.
 - Tulburarea cauzează clinic suferință evidentă, tulburări sociale, profesionale sau de altă natură.

1.3. TESTE DE SCREENING ÎN DEPENDENȚE

Reprezintă o componentă importantă de evaluare în special în cadrul populațional pentru evidențierea factorilor de risc sau de prezență a dependenței față de anumite substanțe psihoactive.

Test **CAGE** – un test din 4 întrebări pentru constatarea riscului dependenței de alcool la persoanele peste 16 ani.

Test **AUDIT** – sensibil pentru diferite grupuri de populație, inclusiv femei și adolescenți. Conține 10 întrebări referitoare la riscul consumului, dar și la prezența dependenței de alcool.

Test **DAST-10** – preconizat pentru evaluarea riscului de dependență în consumul de medicamente. Conține 10 întrebări. Este utilizat la adulți.

Test **CRAFT** – evaluează riscul dependenței de alcool și alte substanțe psihoactive. Conține 6 întrebări. Utilizat în cazul adolescenților.

Test **ASSIST** – conține 8 întrebări. Este elaborat de OMS și preconizat pentru stabilirea riscului și dependenței de alcool, nicotină și droguri (inclusiv injectabile). Acest test este implementat și în cadrul penitenciarelor din RM.

CIWA-AR (Alcohol withdrawal assessment scale) – scala utilizată pentru evaluarea sevrajului în dependența de alcool.

Tabelul 2. Screening-ul în dependențe

Test	Populația-țintă	Nr. întrebări	Evaluarea	Serviciul unde se aplică Tipul
ASSIST (WHO)	-Adulți -Validate în diverse culturi și limbi	8	Utilizarea ocazională, riscul ori dependența de droguri (inclusiv drogurile injectabile)	AMP (Asistența Medicală Primară) Interviu
CAGE	Adulți și tineri mai >16	4	- Beția ocazională - Întrebări despre necesitatea de reducere, semne de dependență și probleme legate de ea.	AMP Interviu autoadministrat
TWEAK	Femei însărcinate	5	- Constatarea riscului dependenței de alcool la femei în perioada gravidității; - Întrebări despre frecvența băutului și cantitatea tolerată, dependența de alcool & problemele legate de aceasta.	AMP, organizațiile de femei Interviu autoadministrat sau computerizat

AUDIT (WHO)	-Adulți și adolescenți -Validate în diverse culturi și limbi	10	Identificarea problemelor de utilizare și dependență de alcool. Poate fi utilizat și ca pre-screening.	-În diverse servicii -AUDIT C- în AMP (3 întrebări) Interviu autoadministrat sau computerizat
DAST-10	Adulți	10	Identificarea problemelor de utilizare a drogurilor pe parcursul ultimului an.	Diverse servicii Self-administered interview
CRAFT	Adolescenți	6	Identificarea abuzului de alcool și droguri, comportamente de risc și consecințe ale utilizării.	Diverse servicii Interviu

1.4 ASPECTE ETICE ȘI LEGISLATIVE ÎN DEPENDENȚE

Aspectele legislative și etice sunt foarte importante. E necesar să ne conducem de un ghid etic care este: un set de standarde profesionale, un set de principii ce ghidează comportamentul profesional, deseori toate cele sus-numite sunt relate la contextul cultural și opinia pacientului, și, nu în ultimul rând, e necesar a respecta cadrul legislativ.

Contextul legal este determinat de legi, a căror implementare, sub aspect etic, înseamnă o încălcare constantă. Deseori există penalități civile și criminale pentru implementarea corectă a ordonanțelor.

Atunci când intenționăm să intervenim cu tratament, e necesar să avem ghiduri clinice și coduri naționale, legi și regulamente care vizează tratamentul dat.

Nu în ultimul rând, e necesar să menținem o relație cu clientul permanent, evitând o relație duală, sexuală și personală cu clientul.

Confidențialitatea este asigurată de drepturile pacientului și limitările de confidențialitate trebuie explicate de la începutul tratamentului. Orice relație cu clientul trebuie să fie privată și confidențială. Informația despre client nu trebuie comunicată în afara echipei de tratament, ea poate fi divulgată doar cu acceptul pacientului sau al tutorelui acestuia. E necesar a menține confidențialitatea atât timp cât daunele și riscurile nu sunt în detrimentul pacientului sau al celorlalți.

Persoanele ce se tratează cu metadonă sunt protejate de legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului și legea privind protecția datelor cu caracter personal. Nu se va comunica despre faptul că dumneavoastră urmați un tratament cu metadonă, cu excepția următoarelor situații:

- La solicitarea întemeiată a organului de urmărire penală, instanței de judecată în legătură cu desfășurarea urmăririi penale sau a procesului în conformitate cu prevederile legislației;
- La solicitarea avocatului parlamentar și a membrilor Consiliului consultativ, creat de Centrul pentru Drepturile Omului în scopul asigurării protecției tuturor persoanelor

împotriva torturii și altor pedepse sau tratamente crude, inumane sau degradante;

- Cu permisiunea dumneavoastră scrisă pentru divulgarea de informații în anumite circumstanțe, de exemplu pentru transmiterea istoriei dumneavoastră unui alt medic sau implicarea echipei multidisciplinare pentru susținerea sănătății mintale.

În tratamentul adicțiilor, profesionistul întotdeauna trebuie să fie respectuos, subliniind responsabilitatea pacientului pentru procesul propriu de recuperare, să ajute la direcționarea corectă în recuperare și să încurajeze luarea deciziilor de tratament medicamentos și/sau psihosocial și/sau psihoterapeutic.

1.5 MANAGEMENTUL SUPRADOZĂRII.

PRIMUL AJUTOR ÎN CAZUL SUPRADOZĂRII DE DROGURI

Supradozarea este una din cele mai periculoase situații în viața unui consumator de droguri (CDI). Drogul influențează creierul, care controlează activitatea altor organe – inima, sistemul respirator etc. Fiecare SPA (Substanța psihoactivă) se deosebește printr-un anumit efect pentru care este consumat. Concomitent, fiecare SPA (Substanța psihoactivă) posedă și efect toxic, care provoacă modificări ale stării psihoemoționale și are efect toxic. Efectele toxice sunt diferite și depind nu numai de tipul drogului, dar și de persoana și starea în care este administrat. De aceea, doza care în anumite momente era considerată de către CDI optimă într-o anumită zi, poate fi toxică într-o altă zi, devenind prea mare și provocând supradozarea.

Astfel, o cantitate prea mare de drog ajunge în creier și în alte organe, provocând supradozarea, care este periculoasă pentru viață și poate duce la deces în cazul de neacordare a primului ajutor.

Supradozarea poate fi letală sau nonletală, în cea din urmă supradozarea rămâne a fi la fel de periculoasă din cauza încetării respirației, care poate avea consecințe, provocând comorbidități adiționale.

Specificul supradozării cu opiacee (heroina, shirka, alți derivați de opiacee) asupra sistemului nervos central se rezumă prin încetinirea respirației și a ritmului cardiac, scăderea tensiunii arteriale și a temperaturii corpului. Ca urmare, deficitul de oxigen în creier provoacă pierderea cunoștinței, comă sau deces. Creierul poate deceda peste 10 minute după încetarea respirației.

Cauzele posibile ale supradozelor:

- ◆ Amestecarea drogurilor – injectarea de „cocktailuri” din diverse substanțe psihoactive (într-o seringă) sau consumul concomitent a mai multe substanțe (opioide, barbiturate, alcool etc.), cea mai frecventă cauză a supradozei. Drogurile interacționează între ele și se amplifică efectul toxic.
- ◆ Toleranța sau sporirea deprinderii de drog – una din proprietățile drogurilor este creșterea obișnuinței față de preparat, iar pentru atingerea euforiei (plăcerii) este nevoie a majora doza inițială. Creșterea continuă a cantității de drog sporește dependența SPA și, foarte frecvent, duce la supradozare.
- ◆ Dacă în consumul de drog survine o pauză (tratament, abținere, detoxicare, detenție), organismul treptat se dezobisnuiește, de aceea consumul dozei precedente poate provoca supradozare. Deseori, supradozări se înregistrează la deținuții recent eliberați din detenție.
- ◆ Administrarea drogului – introducerea dozei următoare anterior finalizării acțiunii dozei precedente duce la cumulara treptată în organism și supradozare.

- ◆ Gradul de puritate a drogului – acțiunea drogului depinde de gradul lui de puritate, adică de cantitatea amestecurilor conținute. În cazul cumpărării unui drog de o calitate necunoscută sau de la un alt dealer, selectarea dozei SPA devine dificilă, deoarece este imposibil a aprecia la ochi care este cantitatea de substanță activă și care este amestecul de substanță.
- ◆ Modificări în starea sănătății – boala sau scăderea în greutate pot modifica capacitatea organismului de a tolera drogul.

Decesul din cauza supradozei poate surveni pe parcursul a 1-3 ore după injectare în caz de neacordare la timp a primului ajutor.

Supradozarea dereglează activitatea celor mai importante organe interne: creierul, ficatul, inima, plămânii și rinichii. În caz de supradozare poate surveni stop cardiac și respirator, pierderea cunoștinței. Fiecare din aceste complicații poate duce la deces sau va afecta pe viitor funcționalitatea organelor vitale.

În supradozare, pe lângă asistența medicamentoasă, se aplică tehnici de prim ajutor în caz de oprire a respirației sau a insuficienței cardiace. Oxigenarea, eliberarea căilor respiratorii, masajul cardiac pot fi foarte eficiente. În continuare, sunt descrise tehnici de resuscitare, inclusiv administrarea medicamentoasă în situația de supradozare pentru fiecare preparat în parte.

1.6 ASISTENȚA PSIHOSOCIALĂ

Conform OMS, dependența este o stare severă de sănătate, care poate fi descrisă ca o dereglare complexă a funcțiilor fiziologice, cognitive și de comportament. Fiind o maladie cronică, aceasta se caracterizează prin alternarea perioadelor de recidivări și remisii. În ultimii ani, modelul bio-psihosocial a recunoscut dependența de droguri ca fiind o problemă cu multiple fațete, ce necesită expertiza mai multor discipline, iar abordarea științifică multidisciplinară poate fi aplicată atât pentru cercetarea, prevenirea, cât și pentru tratamentul dependenței. Studiile clinice demonstrează că eficiența tratamentului medicamentos la consumatorii de substanțe psihoactive crește de 10 de ori dacă, pe lângă preparatul de metadonă, se face și o terapie psihosocială.

Ghidul OMS pe asistența dependențelor, „Tratamentul Farmacologic Psihosocial Asistat” [18] se referă la combinația de măsuri farmacologice și psihosociale specifice utilizate atât pentru reducerea consumului de opiacee ilicite și a efectelor nocive ale acestuia, precum și pentru îmbunătățirea calității vieții. În timp ce măsurile psihosociale sunt variate, doar câteva medicamente specifice sunt utilizate pentru tratamentul dependenței de opiacee. Fără asistență psihosocială, asistența medicamentoasă poate fi asemănată cu detoxifierea sau asistența sindromului de sevraj.

Asistența psihologică este împărțită în două subtipuri de terapie ce domină literatura de specialitate:

- TCC (terapia cognitiv-comportamentală) vizează, în primul rând, modificarea comportamentului și câștigul condiționat.
- Intervenții situaționale. Recompense sau pedepse pentru anumite tipuri de comportament cu utilizarea unei abordări structurate, transparente, care îmbunătățește comportamentul (teste urină, metadonă la domiciliu).

Terapie cognitivă și de comportament (înțelegerea istoriei de consum, lucrul cu sistemul de recompense, managementul stărilor de depresie, anxietate) – este important de început în primele 3-6 luni de intervenție.

Terapie motivațională și de reabilitare (5 stadii ale procesului schimbării, intenția de a iniția tratamentul este insuficientă).

Terapie relațională și de familie (2 sau mai mulți „suporteri” devin parte a terapiei și participă la procesul de motivare și prevenire a recăderilor), recăderile pot fi dese la începutul tratamentului.

12 pași NA (Narcomani Anonimi) cu accent pe integritatea spirituală, în special utilă în cazul pacienților care au devenit social izolați.

Descrierea mai detaliată cu privire la intervențiile psihosociale în tratamentul dependențelor de substanțe psihoactive este inclusă în capitolul IV al prezentei lucrări.

Bibliografie recomandată:

- Arana, G., Rosenbaum, J. *Handbook of Psychiatric Drug Therapy*, 4th ed., 2001.
- Kaplan and Sadock's *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 10th Edition, 2007.
- Miller, W.R., Hester, R. K. Treatment for Alcohol Problems: Toward An Informed Eclecticism. In: Hester, R.K., Miller, W.R. Eds., *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*, Second Edition, New York: Pergamon Press, 1995.
- Robinson, Terry E. and Berridge, Kent C. *The incentive sensitization theory of addiction: some current issues*. Phil. Trans. R. Soc. 363, 2008, 3137-3146.
- Greenfield, Shelly F. and Hennessy, Grace. Assessment of the Patient, edited by Galanter, Marc and Kleber, Herbert D. In: *Textbook of Substance Abuse Treatment*, Fourth Edition, 2008, Chapter 5, p.55-78.
- U.S. Department of Health & Human Services, National Institutes of Health, NIAAA, Alcohol Alert, Screening for Alcohol Use and Alcohol-Related Problems, April 2005, Number 65.
- Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, Daepfen JB.
- The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005, Nov; 29(11):2001-7.
- Adv Psychosom Med. 30:22-60. doi: 10.1159/000324065. Epub 2011 Apr 19. Addiction and brain reward and antireward pathways. Gardner EL1, 2011.
- Pol J Pharmacol. 2001 Jul-Aug;53(4):303-17. Drug addiction. Part II. Neurobiology of addiction. Vetulani J.
- New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System EMCDDA, Lisbon, March 2015. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/2015/new-psychoactive-substances>
- <http://www.unodc.org/treatnet>
- Sullivan, J.T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C.A. and Sellers, E.M. Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). In: *British Journal of Addiction*, 84:1353-1357, 1989.
- The ICD-10 classification of Mental and Behavioural Disorders; World Health Organisation, Geneva, 1992
- Preliceanu, Dan. Ghid clinic de tratament substitutiv al dependenței de opiacee. București: ed. Asociației Psihiatrice Române, 2010.
- DSM-5, Substance-Related and Addictive Disorders, (2013). American Psychiatric Association, Retrieved from <http://dsm.psychiatryonline.org/book.aspx?bookid=556>
- Subata, E. ș.a. Protocol Clinic pentru medicii-Psihiatri din Lituania: Tratamentul Farmacologic cu Metadonă al Dependenței de Opiacee, Asociația Psihiatrică Lituaniană, 2010.
- WHO, 2010, Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence, World Health Organisation Press, http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf
- WHO/UNODC/UNAIDS, 2004 Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Position paper, WHO. Geneva. Accessed on 8th December 2008: www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html
- Preliceanu, D., Cicu, G. Ghidul clinic de tratament substitutiv al dependenței de opiacee. București: Editura Asociației Psihiatrice Romania, 2010.

Partea II. Tipuri de dependențe

2.1. SUBSTANȚE PSIHOACTIVE CU ACȚIUNE INHIBITORIE

2.1.1. Alcoolul

Alcoolul este în prezent cel mai des utilizată substanță psihoactivă pe glob. El influențează întregul organism, inclusiv sistemul nervos central și periferic, sistemul endocrin, orientarea în spațiu, termoreglarea, respirația, apetitul, funcția cardiacă și sexuală. Măsurile cu caracter profilactic în vederea neadmiterii consumului de alcool sunt considerate cele mai eficiente în combaterea dependenței. Deoarece oamenii întrebuințează alcool din motive diferite și sub o mare varietate de situații, eforturile de prevenire trebuie să abordeze o serie de situații de ordin cultural, social sau biologic. Costurile asociate consumului nociv de alcool se ridică de la 1 la 3 la sută din produsul intern brut în țările dezvoltate. Pentru stabilirea pragului minim de consum care nu trebuie depășit pentru a nu crea probleme de morbiditate sau dependență de alcool, a fost aprobată noțiunea de volum mediu zilnic (ADV) de alcool.

Aspecte epidemiologice

Conform unor rapoarte de metaanaliză din 2006 a 34 de studii prospective referitoare la toate cauzele de mortalitate, se sugerează că riscul de mortalitate a început să crească semnificativ de la nonbăutori la un ADV de aproximativ 38 g de etanol (sau circa 2,7 băuturi standard) [12]. Potrivit studiului efectuat în Moldova, malul drept al Nistrului, asupra 4065 de respondenți – KAP 2010 (faza I) cu vârsta cuprinsă între 15-64 de ani, prevalența consumului de alcool pe durata celui din urmă an în eșantion este de 76,7% (la bărbați – 83,1%, iar la femei – 71,0%) [47]. La dezagregare după vârstă și sex, cea mai mare valoare este înregistrată în rândul bărbaților de 25-29 de ani (88,6%) și al femeilor de 30-34 de ani (77,1%), iar cea mai mică valoare este înregistrată în rândul bărbaților de 50-64 de ani (78,2%) și al femeilor de 15-19 ani (63,8%) [46]. Un alt studiu KAP¹ efectuat pe un eșantion de 1502 respondenți din mediul rural și urban, pe teritoriul Republicii Moldova, în perioada februarie-martie 2015 (faza III), la un an de la lansarea campaniei naționale de informare privind reducerea consumului de alcool în rândul populației din Republica Moldova – „Cu mintea Trează”, pot fi observate mai multe schimbări, față de cercetarea realizată în anul 2014 (faza II). În prezent, 88% dintre respondenți au consumat băuturi alcoolice, adică aproximativ aceeași cotă față de 2014 (89%). Totodată, preferințele de băuturi alcoolice se mențin aceleași ca și în 2014, vinul și berea rămânând în top. Analizând consumul din ultimele 3 luni, se poate observa că a crescut cota celor care au consumat mai mult ca de obicei în ultimele 3 luni cu 11 p.p. (de la 33% până la 44% în 2014). Pe termen lung (pe parcursul ultimului an), la fel se observă o scădere a frecvenței de consum al băuturilor alcoolice, majoritatea (51%) consumând alcool o dată pe lună sau mai rar. În același timp, se observă o scădere a cotei persoanelor care pe parcursul celui din urmă an nu au consumat niciodată 5 sau mai multe porții la o ocazie (de la 64% la 59%).

1. http://www.ms.gov.md/sites/default/files/2015magenta_consulting_anti-alcohol_final_ro_0.pdf

În conformitate cu Rezoluția Parlamentului European din 5 septembrie 2007 privind strategia Uniunii Europene de sprijinire a statelor membre în vederea reducerii efectelor nocive ale consumului de alcool (2007/2005„INI”), se stipulează că Parlamentul European:

- ✓ Salută abordarea comisiei din comunicarea privind consumul periculos și nociv de alcool și consecințele sale nocive asupra sănătății;
- ✓ Invită, totodată, comisia să formuleze pentru statele membre obiective generale ambițioase, în scopul reducerii consumului periculos și nociv de alcool;
- ✓ Solicită statelor membre să acorde o atenție specială grupurilor sociale vulnerabile, cum ar fi copiii, tinerii și femeile însărcinate, și să abordeze problemele legate de consumul periculos și nociv de alcool în rândul tinerilor, al muncitorilor și al conducătorilor auto prin intermediul unor campanii de informare și de ridicare a gradului de conștientizare, precum și, acolo unde este cazul, printr-o revizuire a conformității cu legislația națională existentă;
- ✓ Admite concepția conform căreia consumul de alcool poate fi considerat parte a patrimoniului cultural și a stilului de viață european;
- ✓ Recunoaște faptul că un consum scăzut de alcool, adică de 10 grame pe zi, conform planului european de acțiune privind consumul de alcool 2000-2005 al OMS, ajută, în anumite condiții, la prevenirea bolilor cardiovasculare și a ischemiei la unele persoane de vârstă medie;
- ✓ Recunoaște că, deși consumatorii moderați constituie majoritatea consumatorilor de alcool, consumul periculos și nociv de alcool reprezintă un model comportamental semnificativ [13].
- ✓ Un al document important ce stipulează acțiunile în domeniul reducerii consumului de alcool este Programul național de reducere a consumului de alcool 2012-2016² și Programul OMS-ului European pe care Moldova, ca țară membră, l-a aprobat³.

Aspecte farmacologice

Metabolizare

Ficatul este principalul organ răspunzător de metabolizarea alcoolului. Aici se prelucrează 90% din alcoolul absorbit din stomac și intestin, iar celelalte 10% rămase se elimină, ca atare, prin rinichi și, în mai mică măsură, prin plămâni. Capacitatea de metabolizare în ficat a alcoolului este constantă în timp. Ficatul reușește să prelucreze circa 0,15 mg/l într-o oră. În medicina legală, aceste date privind viteza degradării alcoolului sunt de mare importanță, pentru că prin ele se poate stabili, de exemplu, alcoolemia unui conducător auto la mai mult timp de la producerea unui accident rutier. Echipamentul enzimatic de metabolizare a alcoolului este compus din câteva enzime hepatice:

- ✓ Alcool dehidrogenaza. Este principala enzimă în metabolizarea alcoolului cu localizare predominantă în ficat și stomac. Produsul final este aldehida acetică.
- ✓ Citocrom P450 2E1 (CTP2E1). Localizată la nivel de ficat. Această cale este activată în consumul excesiv de alcool, asociindu-se cu stresul oxidativ și formarea radicalilor liberi.

² <http://lex.justice.md/md/343538/>

³ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021>

- ✓ Catalaza. Se consideră implicarea acestei enzime în metabolismul alcoolului la nivelul creierului. Acetaldehida produsă ar avea proprietatea de interacțiune cu anumiți neurotransmițători și formarea unui produs numit tetrahidroquinolina, care ar putea fi implicat în apariția dependenței de alcool.
- ✓ Aldehid dehidrogenaza este prezentă la bărbați în cantități mai mari decât la femei. Astfel se explică efectele mult mai puternice ale aceleiași cantități de alcool la femei. Studiile au arătat că anumite populații asiatice posedă fie o concentrație scăzută a aldehid dehidrogenazei, fie o formă inactivă a acestei enzime, aceasta fiind poate explicația faptului că la aceste popoare numărul persoanelor consumatoare cronice de etanol este mult redus față de media pe glob. Cantități mici de alcool sunt eliminate prin interacțiunea cu acizi grași pentru a forma compuși numiți esteri etilici ai acizilor grași.

Tablou clinic

Noțiunea de alcoolism – tulburare psihică cronică cauzată de intoxicația cronică cu alcool, care are drept consecință instalarea sindromului de dependență, manifestări patologice psihice, fizice și neurologice. La anumite etape se dezvoltă tulburări psihotice, la etape avansate – tulburări specifice de personalitate și starea de demență.

Consecințele consumului cronic de alcool

- ✓ **Neurologice:** ataxie, tremor, dizartrie, anizoreflexie, convulsii, nistagmus, simptome piramidale.
- ✓ **Somatice:** hepatoză, ciroza hepatică, cardiomiopatie, tulburări gastrointestinale, acutizarea bolilor somatice existente.
- ✓ **Psihice:**
 1. **Cognitive, dintre care demența este forma extremă a acestor tulburări. Sindromul Korsakov este un complex psihopatologic constatat cu preponderență în cazurile de alcoolism cronic sau în demența alcoolică și manifestat clinic în special cu dezorientare temporo-spațială, amnezie de fixare și confabulații (pseudoreminescențe).**
 2. **Psihozele etilice (alcoolice). Clasificare după durată:**
 - psihozele acute – durează până la o lună;
 - psihoze prolongate – durează până 6 luni;
 - psihoze cronice – durează mai mult de 6 luni.

După tabloul clinic, stările psihotice se clasifică astfel:

- starea de delirium;
- starea oneiroidă;
- starea de amență;
- starea crepusculară (beția patologică);
- halucinoza etilică;
- delirul etilic (paranoia etilică);
- sindromul paranoid etilic.

3. Encefalopatii etilice, care se divizează în:

a) acute

- encefalopatia Gayet-Wernicke;
- encefalopatia acută larvată;
- encefalopatia cu evoluție fulminantă.

4. cronice

- psihoza Korsakov;
- pseudoparalizia etilică.

Alte forme de encefalopatii etilice:

- encefalopatia cu simptome de carență de tiamină (beri-beri, polineuropatia periferică);
- encefalopatia cu simptome de pelagra;
- encefalopatia cu simptome de nevrită retrobulbară (ambliopie etilică);
- encefalopatia hepatică;
- atrofia cerebelară etilică;
- encefalopatia Marchiafava-Bignami;
- mielinoza pontină (necroza pontină);
- scleroza laminară Morel.

Supradozarea

Consumul habitual de alcool se asociază cu afectarea temporară a tuturor facultățile mentale, a comportamentului și a conștiinței. Efectul euforic inițial este produs, probabil, de eliminarea intrasynaptică a noradrenalinei și dopaminei, dar și a implicării receptorilor opiaceici. Alcoolul crește efectul inhibitor GABA-ergic care se asociază cu apariția ulterioară a stării de inhibiție. Intoxicația cu alcool se manifestă prin următoarele simptome:

- euforie;
- tulburări de vorbire;
- ataxie;
- excitație psihomotorie;
- tulburări de comportament;
- hiperemie tegumentară;
- greață, vomă;
- tulburare de conștiință;

În cazuri severe, din cauza intoxicațiilor cu alcool se poate ajunge la:

- comă;
- deces.

Intervenții în caz de supradozare cu alcool

În supradozajul de alcool, înainte de intervenții medicamentoase, se aplică intervenții de prim ajutor. În cazul alcoolului, acesta făcând parte din grupul depresoarelor, se produce o supresie a sistemului respirator, de aceea este indicată eliberarea și asigurarea cu ventilație a căilor respiratorii, pentru a spori oxigenarea. De asemenea, hidratarea este foarte importantă în cazul consumului excesiv de alcool. Medicamentos, se administrează analeptice în vederea reglării tensiunii arteriale, nootrope în vederea stimulării sistemului SNC și vitaminele grupei B.

Componentele sindromului de sevraj etilic

Apare peste 6-24 de ore după ultimul consum de alcool.

Simptome somatice:

Tahicardie, creșterea tensiunii arteriale, hipertermie, sete, agravarea bolilor somatice.

Neurologice:

Tremor, cefalee, crize convulsive.

Psihopatologice:

Anxietate, agitație psihomotorie, insomnie, vise terifiante, dorința impulsivă de a consuma alcool.

Particularități la femei și copii

Influența alcoolului asupra organismului feminin este diferită față de cea exercitată asupra organismului masculin. Cauzele care fac organismul feminin mai expus pericolului formării dependenței față de cel masculin în cazul expunerii la aceeași doză de alcool sunt greutatea corporală medie mai mică, volumul plasmatic mai mic, creșterea procentuală a țesutului adipos, activitate enzimatică redusă a alcool dehidrogenazei și metabolismul mai lent al alcoolului.

Influența alcoolului asupra fătului se manifestă prin **sindromul alcoolismului fetal (FAS)** sau fetopatia etilică (**FASD**). Datele statistice relevă incidența sindromului alcoolismului fetal în limitele a 1-3 cazuri la 1000 de nou-născuți [14]. Se constată următoarele simptome:

1. Legate de afectarea sistemului nervos central al fătului: retard mental, la nou-născuți agitație, tremurături fine, tulburări de ritm somn-veghe, dificultăți de supt. Ulterior, tulburări de comportament cu auto- sau heteroagresivitate.
2. Deficiențe de creștere, mai ales în primii doi ani de viață.
3. Malformații faciale:
 - ◆ hipertelorism (îndepărtarea exagerată a globilor oculari);
 - ◆ deprimarea rădăcinii nasului, nas scurt, orificii nazale mici;
 - ◆ șanțul de la nas la buza superioară lung;
 - ◆ buza superioară subțire;
 - ◆ frunte bombată;
 - ◆ micrognatism (dezvoltarea insuficientă a unui maxilar, de obicei a mandibulei);
 - ◆ anomalii ale pavilioanelor auriculare;
 - ◆ trunchi mic.

Marcheri de laborator în consumul de alcool

Test	Criterii specifice consumului	Criterii nespecifice consumului
Gama-glutamyl-transferaza (glutamyltranspeptidaza) (GGT)	- indicator nespecific al alterării funcției ficatului - sensibilitate circa 20-50% în consumul zilnic de 40 g alcool sau mai mult - crește înaintea ALT și AST - perioada de semiviață 14-26 de zile	- sensibilitate nespecifică (poate crește în consumul de medicamente, alte afecțiuni hepatice, diabet, obezitate)

Aspartatamino-transferaza (AST) și Alaninamino-transferaza (ALT)	- reflectă funcția hepatică în general	- nu este specifică doar consumului de alcool
Transferina deficitară în carbohidrat (CDT)	- sensibilitate circa 60-70% și specificitate de până la 90% - se detectează la conținutul de alcool zilnic consumat de peste 60 g/zi minim 7 zile consecutiv - se stabilizează la reducerea consumului peste 2-4 săptămâni	- rezultate fals pozitive posibile, inclusiv ciroza biliară, hepatita cronică activă, carcinom hepato-celular, sarcina, deficit carbohidrat genetic
Volumul eritrocitar mediu (MCV)	- creștere în consumul cronic de alcool	- mai puțin sensibil ca GGT, creștere în consum de medicamente, ex. valproați, azathioprine, deficit B12, Hipotiroidism, fumători
Alți marcheri ai afecțiunii hepatice: trombocitopenie, creștere a bilirubinei plasmatice, hipoalbuminemie.		

Femei: Sensibilitatea la efectele alcoolului și ale altor droguri. La un nivel similar de consum de substanțe psihoactive, efectul asupra femeilor va fi mai puternic, în comparație cu efectul asupra bărbaților, femeile ajung mai ușor în starea de ebrietate narcotică. Unele din cauze care explică acest fenomen sunt masa corporală scăzută și nivelul ridicat de estrogen care încetinește metabolismul și producerea enzimelor la nivelul hepatic. Dar acestea nu sunt unicele justificări.

Tratamentul destinat femeilor. Intervențiile destinate femeilor sunt mai eficiente în realizarea scopurilor tratamentului și au rate mai înalte ale abinenței pe parcursul tratamentului, în comparație cu femeile care beneficiază de programe tradiționale de tratament, destinate ambelor genuri. Există o probabilitate mai mare ca femeile să solicite asistență în cadrul programelor destinate exclusiv femeilor în cazul când au copii la întreținere sau dacă au o orientare homosexuală.

Profilaxia recidivelor la femei:

- Femeile dependente de alcool consumă alcool la domiciliu sau în singurătate mai frecvent decât bărbații (există o mai mare probabilitate de dependență a bărbaților de consumul de alcool în mediul social).
- Femeile menționează de obicei că, înainte de a începe consumul de alcool, au avut sentimente de neajutorare și șoc în legătură cu evenimentele vieții, pe care le înfruntă mai greu decât bărbații.
- Există o mai mare probabilitate ca femeile să trăiască împreună cu un bărbat cu dependență de alcool (decât invers).

Mame. Femeile însărcinate și femeile care au copii la întreținere sunt de obicei supuse unui tratament mai îndelungat decât alte femei. Consumul riscant sau dependența

de substanțe psihoactive pot avea o influență negativă asupra funcțiilor reproductive ale femeii, cauzând așa stări ca: dereglări hipotalamo-hipofizo-suprarenale (alcool și heroină), dereglări ale ciclului menstrual, ovulației, menopauză precoce (alcool), amenoree (heroină, amfetamine, cocaină), risc sporit de boli sexual-transmisibile (care influențează asupra fertilității) [13].

Factori care indică consumul riscant de alcool și alte droguri:

- consum riscant în istoricul familiei;
- mod dezordonat de viață;
- traume multiple, internare în secțiile de urgență;
- partener care face abuz de substanțe psihoactive și/sau le consumă în mod riscant;
- lipsa îngrijirilor prenatale, ratarea consultațiilor medicului, nerespectarea regimului de tratament;
- intoxicație sau somnolență în timpul consumului;
- solicitarea opioidelor sau benzodiazepinelor, solicitarea testelor pentru infecții sexual-transmisibile, HIV, hepatita B și C;
- probleme de sănătate mintală;
- naștere prematură, moarte fetală sau desprindere placentară în trecut;
- nașterea copiilor cu sindromul alcoolismului fetal sau cu sindrom de abinență neonatală.

Riscul pentru făt: alcool

În primele câteva săptămâni după concepere, embrionul este supus celor mai mari riscuri. Consumul unei cantități mari de alcool (> 42 doze standard pe săptămână) în timpul sarcinii este asociat cu moartea fetală. În timpul sarcinii este preferabilă abinența. Deși nu există dovezi privind faptul că consumul ≤ 1 doză standard pe săptămână este dăunător fătului, încă n-a fost stabilită o limită de siguranță. Sindromul alcoolismului fetal se întâlnește la 1/1000 născuți vii.

Tipuri de intervenții în caz de dependență:

- Screening și intervenții personalizate;
- Intervenție farmacologică ;
- Intervenții de scurtă durată și strategii de reducere a riscului;
- Profilaxia recăderilor;
- Intervenții tip outreach.

Tratament farmacologic standard:

- ♦ Acamprosate;
- ♦ Naltrexone;
- ♦ Disulfiram.

Primele două medicamente se asociază ușor cu alte tipuri de tratament de întreținere sau terapie în grup. Se administrează după starea de sevraj și este eficace când pacientul este orientat spre întreruperea consumului de alcool. Tratamentul poate fi administrat și în cazul reluării consumului de alcool. Gradul de eficacitate în aseme-

nea cazuri nu este determinat. **Naltrexone sau vivitrol (oral și implant)**, fiind pe larg utilizat în Federația Rusă, este un antagonist neselectiv al receptorilor opioizi indicat în cazul prevenirii recăderilor după un sindrom de abinență pronunțat. Dispozitivul este implantat subcutanat și eliberează o doză constantă de Naltrexonă pe parcursul perioadei de 2 luni. Din pricina blocajului receptor, inclusiv a endorfinelor, consumatorul de alcool nu va avea starea de euforie după utilizarea alcoolului. Doza inițială va fi de 25 mg, ulterior 50 mg/zi. Pacienților până la 18 ani doza le va fi stabilită individual. Forma injectabilă retard (Vivitrol) este de 380 mg lunar. Doza standard este de 50 mg/zi. Necesită precauție la creșterea enzimelor hepatice.

Acamprosate s-a dovedit a fi eficace datorită mecanismului presupus de agonist efect GABA, reduce efectul excitator al glutamatului și are un efect neuroprotectiv. Este indicat pentru pacienți cu risc de recădere și nu manifestă interacțiuni medicamentoase, fiind asociat cu alcoolul, benzodiazepine sau disulfiram [14]. Doza standard: 2 tablete a câte 333 mg 3 ori/zi. Se elimină pe cale renală. Nu prezintă reacții adverse evidente în cazul administrării alcoolului.

Disulfiram este un inhibitor al aldehid dehidrogenazei acetice stopând metabolismul alcoolului la etapa aldehidei acetice și cauzând prin aceasta reacții toxice puternice în cazul administrării paralele cu alcoolul. Nu este medicament de prima elecție și se administrează în cazul ineficienței terapiei anterioare. Reacția toxică (înroșirea feței, greață, vomă, transpirații, palpitații) este utilizată pentru a motiva pacientul. Doza standard: 200 mg/zi. Necesită precauție din cauza riscului cardiotoxic, hepatotoxic, de inducere a stării psihotice.

Topiramate reprezintă un alt medicament considerat eficient comparativ cu placebo în studiile efectuate. Mecanismul presupus este de creștere a neurotransmisiei GABA și diminuării efectului glutamatului. Nu este aprobat de FDA (Food and Drug Administration) oficial pentru tratamentul dependenței de alcool [3, 26].

Grupurile de ajutor reciproc

Reprezintă o opțiune pentru pacienții motivați să abandoneze consumul de alcool. Membrii grupului sunt pacienți la diferite etape de remisie. Grupurile sunt constituite benevol, sunt la autofinanțare și se axează pe parcurgerea a 12 etape, care reprezintă niște principii de care se vor ghida toți membrii grupului. Acest tip de terapie este pe larg răspândit în Statele Unite ale Americii și în Europa, demonstrând eficacitate înaltă.

Intervenții de reinserție psihosocială

Pacientul va fi asistat de către psiholog și asistentul social în vederea optimizării tratamentului. Sunt utilizate o multitudine de metode psihoterapeutice, în special cele comportamentale și cognitiv-comportamentale, însă de multe ori abordarea psihoterapeutică este complexă. Tipul de psihoterapie va fi ajustat individual, se va practica cu fiecare în parte sau în grup în funcție de fiecare caz în parte. Organizarea intervenției se va face prin metodologia managementului de caz. Asistența socială se va axa pe domenii ca asigurarea nevoilor de bază (hrană, adăpost), îngrijirea minorilor, accesarea fondurilor sociale, găsirea sau menținerea unui serviciu, accesarea unor cursuri de formare profesională, reintegrarea în sistemul școlar în cazul minorilor, menținerea contactului cu angajatorul și soluționarea unor posibile conflicte la locul de muncă.

2.1.2. BENZODIAZEPINE

Aspecte epidemiologice

Benzodiazepinele sunt printre cel mai frecvent prescrise substanțe. Circa 4% din rețetele scrise de medici generaliști sunt destinate pentru procurarea de benzodiazepine. Persoanele care beneficiază cu preponderență de prescrierea benzodiazepinelor sunt vârstnicii, persoanele de sex feminin, pacienții care solicită cu regularitate asistență medicală pentru tulburări somatoforme. Odată cu vârsta crește consumul de benzodiazepine pe noapte. Totodată, s-a stabilit creșterea declinului cognitiv la vârstnici care consumă regulat benzodiazepine [24]. Conform rezultatelor KAP 2010 efectuat în Republica Moldova la persoanele cu vârsta între 15-64 ani, prevalența consumului de sedative și tranchilizante pe durata ultimului an este de 3,6%, fiind mai mare în rândul femeilor (5,0%) comparativ cu bărbații (2,1%). Mai puțin de jumătate dintre respondenți au administrat sedative sau tranchilizante o dată pe lună sau mai rar (41,8%). Mai mult de jumătate dintre utilizatori, au procurat tranchilizante și sedative (63,1%) în farmacie în baza rețetei medicului, circa o treime (33,4%) le-au procurat fără rețeta medicului, circa 1,5% au refuzat să răspundă, iar 0,5% au relatat alte surse de aprovizionare [15].

Indicații medicale pentru benzodiazepine:

- Efect anxiolitic – anxietate cronică, fobii, atacuri de panică;
- Efect sedativ și analgetic – tulburări de somn și anestetic (premedicație);
- Efect anticonvulsiv – crize comițiale;
- Efect miorelaxant – spasticitate;
- Starea de abinență în etilism.

Utilizarea repetată a benzodiazepinelor poate genera sindromul de dependență. Potrivit recomandărilor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), timpul maxim recomandat pentru consumul continuu de benzodiazepine este de 4 săptămâni. Majoritatea benzodiazepinelor sunt consumate sub formă de tablete. În stările de sevraj cauzat de alte droguri, sunt preferate sub formă injectabilă. Particularitățile benzodiazepinelor sunt în funcție de mai mulți parametri, și anume timpul de înjumătățire (semivie), proprietățile lipofile și afinitatea pentru anumiți receptori. Creșterea timpului de înjumătățire (semivie) contribuie la creșterea proprietăților cumulative, proprietățile lipofile ușurează trecerea barierei hematoencefalice și pătrunderea în sistemul nervos central. Totodată, datorită proprietăților lipofile, are loc distribuția medicamentului în țesutul adipos și scăderea duratei de acțiune.

Aspecte farmacologice

Metabolismul – are loc cu preponderență la nivel hepatic prin stabilirea compușilor cu acidul glucuronic, iar eliminarea se realizează pe cale renală.

Mecanisme de acțiune – acționează cu preponderență la nivel de receptor GABA-ergic (acidul gamaaminobutiric este un neurotransmițător cu acțiune inhibitoare). La nivel de receptor GABA tipul A există receptori alfa 1, responsabili de inducerea somnului, și receptori alfa 2 și alfa 3, implicați în reducerea anxietății. Cu cât mai mare este afinitatea pentru receptori GABA tipul A, cu atât mai pronunțată este starea de sevraj. Mecanismul de inducere a somnului se efectuează prin intermediul nucleului ventrolateral preop-

tic (VLPO) care conține GABA neuroni, iar benzodiazepinele măresc acțiunea GABA în acest nucleu. Hiperactivitatea amigdalei este asociată cu anxietate, atacuri de panică, tremor, transpirații, tahicardie, hiperexcitare, coșmaruri nocturne. Benzodiazepinele inhibă hiperactivitatea amigdalei și prin aceasta cauzează efectul anxiolitic și reglarea al sistemului vegetativ.

Clasificarea benzodiazepinelor în funcție de timpul de acțiune:

- acțiune de scurtă durată (2-8 ore) – midazolam, triazolam;
- acțiune de durată medie (10-20 ore) – temazepam, lorazepam, alprazolam, oxazepam, nitrazepam, estazolam;
- acțiune de lungă durată (1-3 zile) – chlordiazepoxide, diazepam, flurazepam, clonazepam, clorazepate.

Doze echivalente benzodiazepine [15, 16, 17,18]

Substanța activă (denumire comercială)	Doza echivalentă, mg	Timp de stabilire a concentrației maxime plasmatice, ore	Timp de înjumătățire (semivie), ore
Alprazolam (Xanax)	0.5	1-2	12
Bromazepam (Lexotan)	3	1-4	20
Chlordiazepoxide (Librium)	25	1-4	100
Clonazepam (Klonopin)	0.25	1-4	34
Clorazepate (Tranxene)	10	0.5-2	100
Diazepam (Valium)	5	1-2	100
Flurazepam (Dalmane)	15	0.5-1	100
Lorazepam (Ativan)	1	1-4	15
Nitrazepam (Mogadon)	2.5	0.5-2	30
Oxazepam (Serax)	15	1-4	8
Quazepam (Doral)	10	1.5	25-41
Temazepam (Restoril)	10	2-3	11
Triazolam (Halcion)	0.25	1-2	2

Tablou clinic:**Supradozare*****Intoxicare acută cu benzodiazepine***

Ușoară: somnolență, ataxie, slăbiciune.

Moderată până la severă: vertigo, vorbire neclară, nistagmus, ptoză parțială, letargie, hipotensiune arterială, depresie respiratorie, comă.

COMA 1: receptiv la stimuli dureroși, dar nu verbali sau stimuli tactili, fără perturbări ale respirației.

COMA 2: inconștient, nu răspunde la stimuli dureroși, fără perturbarea respirației.

Dependența benzodiazepinică:

Circa 40% dintre persoanele care au administrat pe termen lung benzodiazepine în doze terapeutice vor experimenta simptome de sevraj dacă se întrerupe brusc consumul. Simptomele apar în termen de 2 zile – „tipul rapid” sau până la 7 zile – „tipul prelungit”.

Sindromul de sevraj benzodiazepinic:

- Nu pune în pericol viața și este, de obicei, de durată.
- Simptomele inițiale/problemele vor apărea la întreruperea consumului de benzodiazepine.
- Convulsiile sunt rare (dacă nu se administrau doze mari sau nu s-a întrerupt brusc + consum alcool).

Managementul supradozării de benzodiazepine

În cazuri foarte rare supradozajul de benzodiazepine este mortal. De obicei, supradozajul survine la amestecul benzodiazepinelor cu alcoolul. În acest caz se aplică aceleași proceduri de intervenții de prim ajutor: oxigenarea, eliberarea și asigurarea cu ventilație a căilor respiratorii, dar și managementul circulației. În literatura de specialitate ca antidot este menționat Flumazenilul (Romazicon).

Trei aspecte legate de întreruperea benzodiazepinelor:

Anxietatea și simptomele asociate:

- anxietate, atacuri de panică, hiperventilație, tremor;
- insomnie, spasme musculare, anorexie, pierdere în greutate;
- tulburări de vedere, transpirații;
- disforie.

Tulburări de percepție:

- sensibilitate crescută la stimuli;
- senzații atipice;
- depersonalizare/derealizare.

Afecțiuni grave:

- convulsii (epileptiforme);
- agravarea psihozei.

Factori care influențează negativ întreruperea medicamentului:

- doza zilnică anterioară crescută;
- timpul de semiviață scurt;
- perioada lungă anterioară de administrare a benzodiazepinelor;
- întreruperea rapidă a medicamentului.

La nivel de pacient:

- diagnosticul de tulburare de panică;
- gradul crescut de anxietate sau depresie până la întreruperea medicamentului;
- tulburare de personalitate;
- abuzul concomitent de alcool sau droguri.

Tipuri de intervenții**Principii de gestionare a cazului cu adicție benzodiazepinică:**

- În caz de suspexii a supradozării cu benzodiazepine se va administra flumazenil.
- Obținerea informației concrete asupra tipului, dozei și frecvenței medicamentului utilizat.
- Calcularea dozei echivalente de diazepam. Scăderea dozei se va face treptat în 6-8 săptămâni sau mai mult (până la 3-4 luni).
- Scăderea dozei se va face în cantități calculate săptămânal (de obicei, 10-20% inițial, dacă doza este de 15 mg sau mai puțin).
- Monitorizarea perioadei de postreducere a dozei, în medie 3-4 luni.
- Reducerea se va face în concordanță cu prezența simptomelor. Dacă simptomele au reapărut, doza poate fi lăsată fără schimbări 1-2 săptămâni sau crescută ușor, ulterior fiind continuată scăderea.
- Asistența psihologică este necesară paralel cu cea medicamentoasă.

Gestionarea sindromului de dependență în condiții de ambulatoriu:

- Dorința pacientului, responsabilitatea asumată și suport social suficient;
- Doza administrată echivalentă de diazepam este mai mică de 50 mg;
- Nu există istoric de complicații a stării de sevraj;
- Pacientul poate vizita medicul (echipa) săptămânal.

Gestionarea sindromului de dependență în condiții de staționar:

- Pacientul administrează doza echivalentă de diazepam mai mare de 50 mg pe un termen mai mare de 14 zile;
- Are un istoric de consum sau dependență de alcool sau alte substanțe psihoactive;
- Are alte probleme medicale sau tulburări psihice;
- Are un istoric de convulsii în timpul sevrăului;
- Nu are un suport social definit;
- Are un istoric de noncompliance sau nu este suficient motivat.

Alte substanțe cu efect anxiolitic:

- Agoniști parțiali alfa 2 sau 3 de receptori GABA-A – au efect anxiolitic, fără a provoca sedare sau dependență.

- Inhibitorii transportatorului GABA (GAT) – s-a demonstrat că posedă efect anxiolitic (cum ar fi tiagabină).
- Este posibil că receptorii GABA-B pot avea un rol în anxietate și chiar modulatori ai acestor receptori sunt potențiali agenți terapeutici (singurii agenți GABA-B pe care îi folosim astăzi sunt baclofen și oxibat de sodiu «xyrem»).

Buspirona este un anxiolitic din clasa azapironelor cu eficacitate în tulburarea de anxietate generalizată (doza uzuală 15-60 mg/zi). Este agonist parțial al receptorilor 5-HT_{1A}.

Riscul pentru făt

Consumul în timpul sarcinii poate cauza malformații congenitale ale feței (despicături labiale și palatine), ale tractului urinar sau patologii neurologice, sindrom de abstinență neonatal. Dozele mari consumate înainte de naștere pot provoca depresie respiratorie, sedare, hipotensiune (sindromul copilului moale), hipertermie, probleme de alimentare.

2.1.3. BARBITURICE

Aspecte epidemiologice

La acest grup de substanțe se referă derivații acidului barbituric și care au un mecanism asemănător de acțiune. În funcție de timpul de înjumătățire (semiviață), acestea se clasifică în trei grupuri:

- a) cu acțiune de scurtă durată: tiopental, hexobarbital;
- b) cu acțiune de durată medie: amobarbital, barbamil;
- c) cu acțiune de lungă durată: fenobarbital, barbital.

Mai frecvent sunt folosite nociv substanțele din grupul al doilea. Utilizarea este pe cale orală sau injectabilă. Medicamentele sunt utilizate inițial cu prescripție medicală pentru insomnie, iar ulterior, fiind formată dependența, se utilizează sub formă de consum nociv. Există peste 2500 de substanțe din acest grup, preponderent deprezante, des utilizate de consumatorii de opiacee în paralel cu drogul opiaceu de bază.

Aspecte farmacologice

Substanța consumată oral este absorbită în intestinul subțire. Metabolizarea este hepatică, făcându-se legătura cu proteinele plasmatică. Circa 25% din substanță se elimină neschimbată pe cale renală. Mecanismul de acțiune este legat de blocarea acetilcolinei și stimularea sintezei acidului gamaaminobutiric (GABA). Clinic se manifestă prin efectul sedativ, somnifer, anticonvulsiv, anxiolitic, miorelaxant și amnestic. Induce enzimele hepatice, fapt care influențează interacțiunea cu alte medicamente (scade concentrația plasmatică a altor medicamente metabolizate de același sistem de citocromi P450). Potențează efectele substanțelor analgetice, dar și inhibă respirația.

Tablou clinic

Toleranța crește repede, iar administrarea în timpul zilei a unei substanțe barbiturice care era anterior indicată pentru insomnie este un simptom al apariției dependenței.

Odată cu creșterea toleranței, există riscul supradozării letale din cauza limitei mici între doza administrată și doza letală. Riscul crește și după readministrarea substanței peste o perioadă scurtă de 2-3 săptămâni, când substanța nu a fost administrată.

Simptome de intoxicare și supradozare

Psihice:

- euforie;
- hiperactivitate;
- derealizare;
- tulburări cantitative de conștiință (obnubilare, somnolență, comă);

Fizice:

- | | |
|---------------------|---------------------------------|
| - dizartrie; | - ataxie; |
| - hipotensiune; | - mișcări necoordonate; |
| - hipotermie; | - transpirații; |
| - sialoree; | - spasm bronșic; |
| - hiperemie sclere; | - insuficiență cardiovasculară; |
| - somnolență; | - vertij; |
| - nistagmus; | - grețuri; |
| - diplopie; | - vomă. |

Simptome de sevraj

Administrarea de amobarbital continuă timp de 3 luni, în doza de 0,5 g provoacă dependența fizică și apariția sevrului. Acestea apar în funcție de substanța consumată, dar, în medie, peste 24 de ore după ultima administrare, cu simptome maxime peste 3-4 zile.

Psihice:

- indispoziție;
- anxietate;
- iritabilitate;
- insomnie;
- stări depresive cu ideeație și tentative autolitice;
- stări psihotice tip delirium sau halucinoza verbală (adeseori ziua 3-8 după încetarea consumului);

Fizice:

- hipotensiune, preponderent la consumatorii de doze crescute;
- algii, artralgii;
- tremor palpebral, degete, limbii, mioclonii membre inferioare;
- convulsii tip Grand Mal la consumatori de doze mari barbiturice de scurtă durată; ca regulă, ziua a 3-5-a a sevrului.

Durata stărilor de sevraj este de 3-5 săptămâni. Ulterior se mențin stări disforice, insomnie, apetit scăzut. Consumul cronic de barbiturice cauzează schimbări de personalitate de tip sindrom psihoorganic cerebral cu tulburări de comportament și demență barbiturică.

Tipuri de intervenție

Terapia farmacologică:

- Detoxifiere pentru reducerea dependenței. Se va aplica în condiții de staționar.
- Descreșterea graduală a dozei. Aceasta va preveni apariția sau va diminua severitatea simptomelor de sevraj.
- Terapia anxiolitică pentru diminuarea anxietății în timpul descreșterii dozei sau sevrajului.

Asistența psihoterapeutică:

- Terapie cognitiv-comportamentală. Se axează pe schimbarea modului de abordare a situației și ca o modalitate de îmbunătățire a comportamentului
- Terapia interpersonală (IPT) se concentrează asupra relațiilor interpersonale și rolurilor sociale prin abordarea problemelor nerezolvate, a litigiilor și a deficiențelor de relație.
- Programe de susținere – programe de sprijin ce presupun programe similare de tip Alcoolicii Anonimi (AA) sau Narcomani Anonimi, care includ sistemul de 12 pași, dar pot include, de asemenea, grupuri religioase de sprijin, terapie de grup, terapia de familie etc.

Managementul supradozelor barbiturice

Barbituricele în intoxicație acută definesc o simptomă asemănătoare cu benzo-deazepine, însă mult mai des pot provoca consecințe letale. Deseori acestea sunt consumate în paralel cu opiaceele, cauzând supradozare severă. Nalaxona, poate fi folosită dacă există un consum paralel de barbiturice și opiacee. Este contraindicată întreruperea bruscă a consumului de barbiturice, care poate avea consecințe grave. Ieșirea din consum se face treptat.

2.1.4. CANABINOIZI

Aspecte epidemiologice

Este cea mai consumată substanță psihoactivă. Poate fi consumată împreună cu alte substanțe. Este utilizată pe scară largă, dar producerea este concentrată în Africa de Nord, Orientul Apropiat și Asia. În lume există tendința de scădere a consumului de canabis, în timp ce în Statele Unite ale Americii se constată o tendință de creștere a consumului [1]. În Republica Moldova în anul 2014 existau la evidență 6272 de consumatori de canabis și 722 de cazuri noi înregistrate.

Aspecte farmacologice

Componenta de bază este substanța delta-9-tetra-hydro-cannabinol. Efectul se manifestă în funcție de concentrația substanței, fiind mai rapid în timpul fumatului decât prin administrare orală. Tetra-hydro-cannabinolul este una dintre cele circa 60 de substanțe care se conțin în planta Cannabis sativa și care produc efectele psihice. Metabolitul neactiv 11-carboxi-tetra-hydro-cannabinol în plasmă confirmă consumul recent. Există 2 tipuri de receptori canabinoizi: CB1 și CB2. Tipul CB1 se găsește în cortex, hipocamp, nucleii bazali, amigdală, dar și în țesuturi periferice (testicule). Receptorii CB2 au legătură cu sistemul imunitar. Majoritatea efectelor canabisului sunt legate de acțiunea asupra receptorilor CB1.

Mod de administrare:

- Flori/frunze/semințe uscate cunoscute sub denumirea de marijuana (iarbă), de asemenea, sub formă presată – cu denumirea de hașiș. Conținutul de tetra-hydro-cannabinol este de circa 1% - 24 %.
- Rașină uscată secretată de glandele situate la nivelul frunzelor, dar mai ales al mugurilor de cânepă (Canabis).
- Ulei extras cu ajutorul unui dizolvant (ulei de hashish) cu conținut de tetra-hydro-cannabinol 15-30 %.

Canabisul se administrează prin fumat sau prin consum intern. În cazul fumatului, concentrația maximă apare în 10-30 de minute cu o durată de 2-4 ore. După administrarea orală, concentrația maximă în sânge apare peste 2-3 ore cu o durată de acțiune de circa 8 ore.

Tablou clinic

Simptomele intoxicației acute cu canabis:

- anestezie;
- euforie, tulburări de concentrare, relaxare, dezinhibiție psihomotorie, stare de confuzie;
- apetit crescut, sete;
- hipersensibilitate la excitanți vizuali, auditivi, olfactivi;
- scăderea presiunii intraoculare;
- grețuri, cefalee;
- supradozarea cu canabis nu are efect letal.

NIDA (National Institute of Drug Abuse USA) consideră că la marijuana este la fel de dificil a renunța ca și în cazul nicotinei, și persoanele nu realizează întotdeauna că dezvoltă o dependență fizică și psihologică care ar trebui abordată specializat.

În cazul în care o persoană dintr-o dată încetează să ia marijuana, aceasta este susceptibilă de a experimenta o serie de simptome, inclusiv un nivel de anxietate crescut, tulburări de somn, sentimente de agitație.

Administrarea unor doze crescute poate influența facultățile amnestice, capacitatea de învățare, facultățile mentale, fundalul afectiv, sistemul respirator și cardiac, sinestezii, depersonalizare, halucinații, stări de panică și agitație.

Tetra-hydro-cannabinolul poate provoca recăderile din schizofrenie prin influența asupra receptorilor dopaminici. Consumatorii cronici de canabis prezintă simptome de tip apato-abulic (amotivational syndrome), asemănându-se cu anumite simptome din schizofrenie.

Simptome de sevraj

În conformitate cu testele psihologice realizate de NIDA, s-a demonstrat că persoanele care au renunțat la fumat marijuana manifestă semne crescute de agresivitate și furie. Există, de asemenea, dovezi care să sugereze că mai multe simptome grave de sevraj la marijuana includ sentimente de paranoia intensă și depresie severă. CESAR (The University of Maryland's Center for Substance Abuse Research) afirmă că persoanele care suferă de simptome de sevraj la marijuana sunt mai predispușe la gânduri de sinucidere

decât persoanele obișnuite. Cei care încetează utilizarea marijuanei fără suport profesional întâmpină mai multe dificultăți decât cei ce aleg un tratament tradițional al dependenței de marijuana.

De rând cu cele menționate mai sus, persoanele pot manifesta în diferite grade:

- anxietate, iritabilitate, agitație;
- foga idearum;
- distimii;
- derealizare;
- diplopie;
- algii abdominale;
- scăderi în greutate;
- hipertermie;
- grețuri și sialoree;
- somnolențe, vise în culori.

Sindromul de sevraj

Tratamentul stărilor de sevraj

Nu există medicamente selective pentru tratamentul stărilor de sevraj. Efectul farmacoterapeutic poate fi obținut în condiții de ambulatoriu, dar în unele cazuri se va apela la asistența în condiții de staționar. Un factor important este obținerea complianței pacientului și abordarea în echipă. Tratamentul va fi unul simptomatic. Evaluarea a 14 studii efectuate asupra 958 de pacienți cu dependență de canabis, dintre care 80% au fost bărbați, a stabilit că există dovezi incomplete pentru toate terapiile farmacologice și multe rezultate s-au bazat pe eșantioane mici, fapt care le scade validitatea. Analizele cantitative indică faptul că antidepresivele ISRS, antidepresivele cu acțiune mixtă, antidepresivele atipice (bupropion), anxioliticele (buspirona) și inhibitorii recaptării norepinefrinei (atomoxetina) sunt, probabil, de mică valoare în tratamentul dependenței de canabis. Preparatele care conțin tetra-hydro-cannabinol (THC) au o valoare potențială, dar, având în vedere dovezile limitate, această cerere a preparatelor de THC ar trebui să fie luată în considerare sub aspect experimental [31].

Tipuri de intervenții

Intervențiile psihosociale constituie o componentă importantă în asistența pacientului cu dependență. Și o cantitate minimă de ședințe cognitiv-comportamentale contribuie la îmbunătățirea statutului psihic al pacientului [30]. Studiile arată că 6-9 ședințe au un rezultat mai bun comparativ cu alte forme de psihoterapie de scurtă durată. Recăderile vor fi evitate prin tratamentul de întreținere, monitorizare continuă, asistență psihosocială, grupuri de suport de la egal la egal.

Managementul supradozelor de canabioizi

Supradozarea acută de canabioizi se poate manifesta prin hiperagitație și în cazuri grave pierderea de cunoștință. Tehnicile de relaxare vor fi aplicate pentru a reduce agitația și atacurile de panică în cazul supradozelor. Se vor administra medicamente precum neuroleptice și tranchilizante. Supradozări letale de canabioizi nu au fost înregistrate, însă coma poate apărea dacă sunt consumate și alte substanțe în paralel cu canabioizi (alcool și sedative).

2.1.5. OPIACEE

Aspecte epidemiologice

Datele statistice constată că 16 milioane de oameni cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 de ani consumă repetat opiacee, dintre care consumatorii de heroină constituie 71%. Acest grup de substanțe are cea mai mare prevalență din bolile constatate la consumatorii de droguri, dar și cea mai mare rată a deceselor. Utilizatorii pot migra de la consumul drogurilor sub formă de medicamente spre heroină sau invers, în funcție de accesibilitatea și prețul drogului [1]. În Republica Moldova în 2014 existau la evidență 3402 persoane care consumau opiacee sub formă injectabilă. În 2015 au fost luate la evidență 141 de cazuri noi. În ceea ce privește consumatorii de droguri injectabile, numărul lor din municipiul Chișinău este estimat la circa 6 000, din municipiul Bălți – circa 3 100 și din municipiul Tiraspol – 2 500. Mărimea populației de consumatori de droguri injectabile a fost estimată în cadrul IBBS la 19 400 de persoane pe malul drept al râului Nistru, 10 800 de persoane pe malul stâng al râului Nistru. Numărul consumatorilor de opiacee este estimat la 15 500 persoane pe malul drept al râului Nistru și la 5700 de persoane pe malul stâng al Nistrului [22].

Proprietăți farmacologice

Opiaceele constituie un grup eterogen de substanțe naturale și sintetice înrudite cu morfina (*heroină, morfină, promedol, omnopon, dionin, codein, fentanil, fenadon, metadon, pentazocin, acetat de opium - shirca și alți derivați de opium*). Sursa naturală este macul de grădină (papaver somniferum). Opiumul este componentul de bază al macului opiaceic. După perioada de înflorire, planta formează o capsulă rotundă care, fiind incizată, secretă un latex alb, lăptos. Prin uscare, acesta se colorează spre maroniu și se întărește, dobândind o consistență asemănătoare cauciucului. După prelucrare, opiul brut poate fi mâncat, băut, injectat sau fumat. Opiumul conține aproximativ 40 de substanțe active diferite, numite alcaloizi. Alcaloidul principal este morfina. Heroina (diacilmorfina) se extrage prin transformarea morfinei obținute din opiumul brut, adăugându-se diferite substanțe chimice într-un proces chimic care conține mai multe etape. Opiumul conține aproximativ 1-5% morfină, 1-2% codeină și 75-80% de alți compuși farmacologici. Macul opiaceic este cultivat în Orientul Apropiat, Asia, China, Afganistan, dar și în America de Sud și cea de Nord [22]. Dintre consumatorii de heroină circa 1:4 sau 1:3 devin dependenți. Dependența apare după mai multe luni de consum regulat. Dependența de heroină este o problemă cronică recidivantă. Recăderile sunt frecvente, iar anturajul trebuie să fie gata în permanență pentru a începe din nou procesul de asistență. Substanțele care au o structură similară morfinei poartă denumirea de opiați [34]. Înțelegem prin noțiunea de opiacee substanțele care includ totalitatea alcaloizilor papaver somniferum și derivații acestuia, iar opioizii constituie derivații sintetici și semi-sintetici. După absorbție, substanțele opiacee se depozitează în majoritatea organelor, inclusiv în creier. Heroina are un grad mai mare de solubilitate lipidică și se regăsește în cantități mai mari decât produsul natural morfina. Acțiunea de bază a opiaceilor se răsfrânge asupra receptorilor opiaceici care sunt de trei tipuri: μ , κ și σ . Acești receptori sunt plasați în sistemul nervos central, periferic, dar și în aparatul digestiv. Metabolismul opiaceelor este hepatic. Creșterea toleranței este rapidă, fiind cauzată de micșorarea numărului receptorilor și a sensibilității [21]. Se consideră că activarea receptorilor μ din sistemul mezolimbic ar implica creșterea eliberării dopaminei care participă la formarea dependenței.

Putem presupune prezența dependenței de opiacee⁴ atunci când:

1. Toleranța este determinată de:
 - necesitatea de creștere marcantă a dozei de substanță pentru a atinge nivelul de intoxicație (efectul);
 - diminuarea marcantă a efectului, dacă se continuă consumul aceleiași cantități de substanță;
2. Sevrăjul este relevat de următoarele situații:
 - apariția sindromului caracteristic de sevrăj la întreruperea consumului;
 - substanța respectivă (sau alta înrudită) este consumată pentru a ameliora sau a îndepărta sindromul de sevrăj;
3. Substanța este adesea consumată în cantități mai mari sau pentru o perioadă mai de lungă durată decât individul a intenționat inițial;
4. Există o dorință persistentă de consum sau de eșecuri la intenția de a întrerupe acest consum;
5. O mare perioadă de timp este consacrată necesității de a obține substanța;
6. Activitățile de importanță socială, ocupaționale sau recreaționale sunt reduse sau anulate din cauza consumului de substanță;
7. Consumul de substanță este continuat în pofida faptului că pacientul este conștient de problemele de sănătate.

Clasificarea opiaceelor

După mecanismul de acțiune:

I. Agoniști ai receptorilor opiaceici (totali și parțiali):

Papaverine, morfine, codeine, heroine, hydromorphone, oxycodone, levoalphaacetylmethadol (LAAM), metadol, fentanyl, meperidine, hydrocodone, metadone, pentazocine, pethidine, propoxyphene. Tratamentul cu agoniști ai receptorilor opiaceici contribuie la activizarea în continuare a receptorilor și înlăturarea simptomelor de sevrăj.

II. Agoniști parțiali/antagoniști – sunt agoniști pentru un tip de receptori și antagoniști pentru alții: Buprenorphine.

III. Antagoniști ai receptorilor opiaceici: naloxone. Aceste substanțe blochează receptorii opiaceici și, respectiv, efectul drogului administrat devine nul.

După proveniență, opiaceele pot fi:

- de proveniență vegetală (morphine, codeine, thebaine);
- de proveniență semisintetică (heroine, hydromorphone);
- de proveniență sintetică (tramadol, buprenorphine, fentanyl, promedol).

Diagnosticul (a se vedea Protocolul Clinic Național pe Tratamentul Farmacologic cu metadonă 2014)

Va include criteriile CIM-10, comorbiditățile somatice și psihice. Datele anamnestice vor avea următoarea structură: date biografice, istoricul dependenței (debut,

⁴ Caseta 8. Criteriile de diagnostic în dependența de opiacee. Protocol clinic național PCN – 225: Tratamentul farmacologic cu metadonă al dependenței de opiacee

droguri administrate, modul de administrare, toleranța, stările de sevrăj, contextul în care se administrează drogurile, repercusiunile asupra familiei, statutului social, descrierea stării de intoxicare, supradozări, tratamente administrate anterior), examenul somatic, inclusiv date anamnestice, tratamente administrate la moment, examenul psihiatric și antecedentele psihiatrice, antecedente penale, comportamentul sexual, inclusiv protejarea relațiilor sexuale prin utilizarea prezervativului, motivarea pacientului pentru abandonarea consumului de droguri. Colectarea anamnezei privind produse/substanțe stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora, tratamentul narcologic, precum și examenul fizic.

Anamneza narcologică trebuie să includă următoarea informație⁵:

- lista substanțelor întrebuințate, inclusiv alcoolul și combinații de substanțe psihoactive;
- vârsta pacientului în momentul începerii consumului;
- modalitatea de consum al produselor/substanțelor stupefiante sau al medicamentelor cu efecte similare acestora;
- caracteristica consumului pe parcursul vieții (în ultima perioadă și în momentul examinării);
- schimbarea efectului substanțelor psihoactive în decursul timpului;
- anamneza toleranței, supradozei și a sindromului de sevrăj;
- perioadele de abținere și tentativele de stopare a consumului de produse/substanțe stupefiante sau al medicamentelor cu efecte similare acestora;
- complicațiile legate de consumul produselor/substanțelor stupefiante sau al medicamentelor cu efecte similare acestora (hepatite, abscese, HIV/SIDA infecție);
- probleme curente, inclusiv gradul de dependență;
- caracterul și rezultatele tratamentelor precedente ale dependenței.

Investigațiile obligatorii: Efectuarea testelor de determinare a produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora în lichidele biologice ale organismului (urină, salivă, sânge). Consultația psihologică.

Investigațiile recomandate: Efectuarea testelor de determinare a produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora în lichidele biologice ale organismului (urină, salivă, sânge) poate avea loc pe parcursul tratamentului la indicația medicului.

Înainte de începutul tratamentului, după o discuție cu pacientul cu privire la perioada îndelungată a tratamentului, poate fi efectuat testul de urină pentru depistarea opiaceelor, testele HIV/SIDA, sifilis, hepatite virale, radiografia toracelui. Prezența de benzodiazepine crește riscul complicațiilor în timpul farmacoterapiei. Unele medicamente pot genera rezultate pozitive false de prezență a drogului (L-DOPA pentru amfetamine, ambroxol pentru LSD, trimipramina pentru opiacee, neuroleptice din grupul tioxantene pentru fenciclidină).

⁵ Caseta 5. Evaluarea consumului produselor/substanțelor stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora și a dependenței. Protocol clinic național PCN – 225: Tratamentul farmacologic cu metadonă al dependenței de opiacee, dependenței. Protocol clinic național PCN – 225: Tratamentul farmacologic cu metadonă al dependenței de opiacee.

Tablou clinic

Supradozarea cu opiacee

Supradozarea poate avea loc când consumatorul administrează drogul episodic și nu își cunoaște doza suportată, când se reia consumul după o pauză, coadministrarea altor substanțe cu efect sedativ ca benzodiazepine, neuroleptice, antidepressive triciclice, alcool, unele anticonvulsive.

Se consideră că din cauza supradozării pe glob decedează anual circa 70 000 – 100 000 de persoane. Se constată o deficiență progresivă de oxigenare a țesuturilor, inclusiv a creierului, fapt care produce starea de inconștiență a pacientului. Decesul poate surveni peste câteva minute sau ore și se asociază cu o scădere a ritmului cardiac și a tensiunii arteriale. Totodată, datele documentului UNODC dedicat supradozării cu opiacee (2013) raportează că persoanele HIV-pozitive au un risc de supradozare cu 74% crescut față de cele HIV-negative, cauza estimată fiind consumul injectabil [22, 23]. Supradozarea nonletală poate contribui în mod semnificativ la morbiditate, inclusiv hipoxie cerebrală, edem pulmonar, pneumonie și aritmii cardiace, ceea ce poate duce la spitalizări prelungite și leziuni cerebrale. Efectul cumulativ în cazul administrării comune cu alte substanțe se produce în cazul administrării substanțelor cu acțiune GABA-inhibitoare cum sunt benzodiazepinele și alcoolul. Depresia respiratorie este simptomul constatat frecvent în consumul acestor substanțe. Simptomele de bază ale supradozării (mioza, tulburarea de conștiință și depresia respiratorie) sunt criteriile pentru care trebuie începută terapia de resuscitare. Antidotul utilizat în supradozare de opiacee este Naloxona, disponibilă inclusiv în instituțiile penitenciare. De asemenea, naloxona este utilizată în cadrul programelor de reducere a riscurilor și programelor schimbului de seringi în comunitate. Medicamentul are afinitate crescută pentru receptori μ , fiind un antagonist al acestora. Este utilizat pentru cazurile de supradozare cu opiacee (heroina, morfina). Efectul bazat este de a preveni inhibiția respiratorie și a sistemului nervos central. Este administrat inițial intravenos, acționează aproape momentan și are o durată de acțiune de circa 30-90 de minute (timp de semiviață 1-1,5 ore), fiind necesară repetarea administrării. Indicele-limită de supresie a respirației este 10 expirații pe minut [38]. Măsurile urgente în cazul supradozării cu opiacee includ alimentarea cu oxigen, naloxone 0,4-0,8 mg intravenos/intramuscular (doza va putea fi repetată peste 2 minute, în lipsa efectului, până la o doză maximă de 10 mg). După administrarea de naloxone, este posibilă apariția stării de sevraj opiaceic, hipertensiune arterială, rar aritmie sau edem pulmonar. Totodată, naloxone este actualmente unicul medicament administrat în supradozarea cu opiacee. Rezultatele au indicat scăderea deceselor. Instruirea consumatorilor în vederea cunoașterii simptomelor și a tehnicii de prim ajutor face parte din asistența completă a dependenței de opiacee.

Alte simptome de intoxicare cu opiacee:

Fundalul afectiv: euforie, calmul.

Conștiința și coordonarea: sunt intacte la doze mici.

Sistemul vegetativ: prag scăzut la concentrațiile de CO_2 , inhibă sistemul respirator, hipotensiune.

Prin stimularea hemoreceptorilor trunchiului cerebral, provoacă grețuri și vomă.

Mioză (stimulare parasimpatică).

Retenție urinară.

Tranzit gastrointestinal scăzut, constipații. Se constată intestin balonat, iar investigațiile nu atestă patologie organică. Scăderea dozelor contribuie la ameliorarea situației.

În cazul utilizării îndelungate se depistează următoarele dereglări: la sistem endocrin – la femei scade concentrația hormonului foliculostimulant și luteinizant, crește prolactina și, în consecință, apar dereglări de ciclu menstrual, scăderea libidoului, galactoree; la bărbați – scăderea nivelului de testosteron și hormonului adrenocorticotrop.

Dependența de opiacee

Consumatorul de opiacee prezintă simptome clinice care pot sugera consumul drogului: labilitate afectivă, iritabilitate, scăderea performanțelor școlare, universitare sau la serviciu, schimbarea cercului de comunicare, hiponutriție, disomnii, inversarea ritmului somn-veghe, depistarea drogului în urină. Examenul fizic constată aspect fizic general epuizat, tegumente uscate, hepatită, ciroză hepatică, HIV, endocardită, pneumonie, nefrită, flebită, polinevrită. Până la urmă, pacienții devin apti de muncă doar când administrează drogul, iar interesele sunt limitate doar la procurarea drogului. Nu este specifică starea de demență sau sindromul amnestic.

Simptome de sevraj

Debutul sevrajului este în funcție de gradul de biodisponibilitate al substanței, timpul de înjumătățire (semiviață), modul de administrare, modul de metabolizare și, concomitent, afecțiunile hepatice sau renale ale consumatorului. Totodată, diferite substanțe au timp de înjumătățire diferit. În cazul heroinei, sevrajul apare în 6-12 ore după ultimul consum și are o durată de 5-7 zile, iar în cazul metadonei, sevrajul apare peste 2-3 zile și durează până la 3 săptămâni. Tabloul clinic uneori este asemănător unei stări gripale. Cazurile letale sunt rare. O stare distimică sau depresivă poate agrava sevrajul [22]. Simptomele generale sunt următoarele: anorexie, grețuri, algiile abdominale, în articulații, musculare, mioclonii, insomnie, agitație, căscat, sialoree, midriază, transpirații abundente, rinoree, strănut, tremor, piloerecție, diaree, vomă.

Tipuri de intervenții

Tratamentul dependenței opiaceice

Procesul de asistență a pacientului cu dependență de opiacee poate fi divizat în câteva etape: diagnosticare a dependenței, tratamentul stării de sevraj, reabilitare și postreabilitare. Metadona se folosește, de asemenea, în oncologie și cardiologie pentru managementul durerilor acute.

Etapa de diagnosticare – o gamă de proceduri de screening, examinări clinice și laborator în care, în afara stabilirii dependenței, se va elabora un program de procedee terapeutice. Cu pacientul se va încheia un contract de asistență cu specificarea responsabilităților și a drepturilor.

Etapa de tratament a stării de sevraj presupune măsurile farmacoterapeutice și psihoterapeutice aplicate în momentul lipșirii drogului. Include tratamentul stării de sevraj.

Etapa de reabilitare include asistența psihoterapeutică și socială.

Etapa de postreabilitare se axează pe asistența ambulatorie, inclusiv psihoterapie, grupuri de asistență de la egal la egal.

Indicații pentru desfășurarea perioadei de sevrăj în condiții de staționar:

- Lipsă de suport din partea aparținătorilor;
- Dependența de două și mai multe droguri;
- Ineficacitatea tratamentului ambulatoriu;
- Acces ușor la drog în condiții de ambulatoriu;
- Istoric de dependență de alcool;
- Vomă, probleme de alimentare;
- Agresivitate sau comportament autolitic;
- Comorbidități psihice;
- Comorbidități somatice severe.

Medicamente utilizate în tratamentul de întreținere a dependenței de opiacee: metadonă (metadona), buprenorphine (buprenorfină), buprenorfină+naloxonă, naltrexonă, LAAM, morfină cu acțiune întârziată, naltrexonă cu acțiune întârziată și dyacethyl-morfină (heroină). Cel mai bine studiat remediu este metadona.

Rezultate obținute în urma intervenției programelor de tratament cu substanțe psihoactive (farmacoterapia):

- Scăderea consumului de droguri;
- Ameliorarea stării sănătății, relațiilor sociale și familiale, inclusiv scăderea riscului de transmisie a hepatitelor, HIV/SIDA, ca urmare a scăderii consumului și a utilizării seringilor;
- Scăderea criminalității;
- Majorarea aderenței pentru alte tipuri de tratamente HIV (ARV) DOTS, Hepatitele virale;
- Scăderea ratei mortalității.

În conformitate cu declarația comună OMS/UNODC/UNAIDS, farmacoterapia pacienților cu dependență de opiacee este o metodă eficientă, sigură și economic motivată.

A. Terapia farmacologică a dependenței de opiacee (tratament farmacologic). Metadona

Actualmente farmacoterapia este una dintre cele mai cost eficiente metode de tratament al persoanelor dependente de opiacee. Pe lângă efectul terapeutic, are un rol important în profilaxia infectării cu hepatite și HIV/SIDA. Farmacoterapia presupune consumul oral (soluție lichidă de 1%), deci dispare consumul intravenos, ceea ce duce la schimbarea de comportament și pericolele asociate cu aceasta. Farmacoterapia administrată la femei reglează sistemul reproductiv și permite regularea ciclului menstrual, dar și planificarea sarcinii. Întotdeauna scopul farmacoterapiei este de a se ajunge la o doză minimă de medicament cu anularea ei ulterioară. Însă uneori tratamentul cu metadonă, morfină, heroină poate dura o viață. Nu se recomandă tratamente de scurtă durată, dezințoxicare, pacientul

va fi motivat de către medic să rămână în tratament o perioadă cât mai îndelungată pentru a evita recăderile. În prezent, țările dezvoltate aplică în majoritatea cazurilor în cadrul farmacoterapiei tratamentul cu agonști ai receptorilor opioizi. Mai multe medicamente pot fi utilizate pentru farmacoterapie, situația variază de la țară la țară. Metadona este utilizată ca antialgic și în asistența pacienților cu maladii oncologice, îngrijirea paliativă sau alte situații cu sindromul durerii cronice. Medicamentul se absoarbe ușor, iar pentru menținerea concentrației plasmatice este suficientă administrarea o dată în zi. Făcând legătura cu receptorii opioizi, consumul ulterior de heroină nu provoacă starea de euforie, iar pacientul nu necesită administrarea drogului dacă doza de medicament este corect ajustată. Metadona, la rândul său, este lipsită de efectul euforizant. Implementarea în masă a farmacoterapiei s-a produs în anii 80-90 după declanșarea epidemiei de HIV/SIDA.

Metadona este considerată standardul de aur în tratamentul dependenței de opiacee. Metoda de administrare este orală sub formă de tablete sau soluție. Este agonist de μ -receptori, cu acțiune inhibitorie asupra sistemului nervos central. Doza zilnică administrată menține concentrația plasmatică stabilă și este detectată peste 30 de minute după administrare. Concentrația maximă se constată după 4 ore de la administrare și timpul de înjumătățire de circa 15-22 de ore cu variații semnificative. Respectiv, anihilează simptomele de sevrăj pentru o perioadă de 24-36 de ore. În timpul sarcinii metabolizarea metadonei crește. Metabolizarea are loc cu participarea enzimelor CYP3A4 (de bază), dar și CYP2D6, CYP1A2, CYP2C9, CYP2C19. Respectiv, substanțele care se metabolizează de aceste enzime vor interacționa cu metadona prin creșterea sau descreșterea concentrației.

Etapele tratamentului farmacologic cu metadonă

1. Etapa de inducție se referă la perioada de inițiere a tratamentului care va fi sub supraveghere medicală până se va ajunge la doza optimă. Prima doză de metadonă (20-30 mg) poate fi administrată nu mai devreme de 6-8 ore de la administrarea drogurilor. Timp de 3 ore pacientul va fi monitorizat, iar doza va fi crescută câte 5-10 mg la fiecare 1-3 zile, cu o creștere săptămânală maximă de 20 mg. Protocolul clinic național prevede aceste etape, dar și aspecte specifice cu privire la administrarea metadonei în locurile de detenție preventivă sau în penitenciare.

Criteriul de doză optimă în primele 2 săptămâni este starea pacientului în perioada de după 3-6 ore după administrare. Dacă vor fi prezente simptome de sevrăj, doza se va mări cu încă 5-10 mg. Vor fi excluse oricare alte droguri, inclusiv alcoolul, existând riscul supradozării. Intervențiile psihosociale sunt extrem de importante pe tot parcursul tratamentului. Astfel, suportul psihosocial pregătește pacientul pentru tratament îndelungat, previne consumul adițional de substanțe, lucrează la aderență și oferă asistență la încheierea tratamentului. Medicii vor lua legătura cu organizațiile neguvernamentale responsabile de oferirea acestui tip de suport.

Durata acestei faze este de 7-14 zile. Administrarea metadonei se va face inițial dimineața pentru a preîntâmpina în timpul zilei posibile simptome de supradozare și, în primul rând, inhibiția respiratorie. În calitate de criteriu al dozei optime vor fi lipsa simptomelor de sevrăj, lipsa dorinței de a consuma alte droguri, lipsa stării euforice în cazul consumului ocazional al altor droguri.

2. Etapa de stabilizare. Scopul acestui stadiu este sistarea dorinței de a consuma ori-

care alt drog. Durata este în limitele a 2-6 săptămâni. Doza optimă va fi găsită în limitele a 60-120 mg, deși nu există limite de mg prevăzute în literatura de specialitate. Aceasta se va aplica în cazurile terapiei adiacente, de exemplu cu antiretrovirale, sau tuberculoase și care modifică metabolismul metadonei și, implicit, doza necesară. În penitenciare, de obicei, dozele administrate pot fi mai mari, au fost înregistrați și pacienți cu peste 280 mg.

3. Etapa de întreținere presupune obținerea unei stabilități fizice și psihice a pacientului. În medie, perioada durează între 1 – 3 ani, dar, desigur, nu există limite exacte. Sunt pacienți care se vor afla în tratament pe parcursul întregii vieți. În acest stadiu corectarea dozei, la fel, este posibilă din motive somatice (maladii infecțioase, ciroză hepatică), medicamentoase sau psihice (tulburare de stres posttraumatic).

4. Încetarea tratamentului poate fi involuntară și voluntară. Doza se va scădea cu 5-10 mg/zi săptămânal, iar pacientului i se vor propune metode alternative de terapie, ca centre de reabilitare, grupuri de asistență reciprocă etc. Încetarea voluntară se va produce în cazul stabilității psihice a pacientului, lipsa de recăderi în situații stresante, lipsa consumului de droguri în paralel cu terapia cu metadonă, stabilitate socială, acordul pacientului. În cazul dozei mai mari de 80 mg, aceasta se va reduce cu 10 mg pe săptămână, iar până la 80 mg – cu 5 mg pe săptămână. Încetarea prematură a terapiei se asociază frecvent cu recăderi și șanse mari de supradozare [23].

În cazul pacienților care se află în tratament cu metadonă pot fi identificate câteva cauze de consum suplimentar de alte substanțe. Este important a selecta corect pacienți pentru program, acest tip de tratament nu se potrivește tuturor. De asemenea, poate influența lipsa de aderență, insuficiența motivației de a renunța la consum definitiv de droguri. În cazuri de codependență, polidrog, necesită consumul suplimentar. Totodată, un factor îl constituie și patologii psihice neasistate la acest tip de pacienți. Dar și doza insuficientă de metadonă duce la consum suplimentar de substanțe ilicite. Va fi analizat minuțios fiecare caz individual, iar excluderea sau încetarea involuntară va fi propusă numai în cazuri de vânzare a preparatului, violență și alte comportamente antisociale grave.

Dependența, fiind o maladie cronică, se caracterizează prin alternarea perioadelor de recidivări și remisii. Astfel, tratamentul dependenței necesită o abordare complexă și de durată. Iată de ce revenirea la consumul de droguri după reabilitare sau după tratament nu trebuie calificată ca un eșec, iar readmiterea pacienților în tratament este admisibilă.

Indicații pentru farmacoterapia cu metadonă:

- Diagnosticul stabilit de dependență opiaceică;
- Acordul informat al pacientului;
- Vârsta de 18 ani împlinită.

Au prioritate în beneficierea de farmacoterapie următoarele persoane:

- femei însărcinate;
- pacienți cu maladii cronice: HIV/SIDA, hepatitele B și C, tuberculoză;
- pacienții cu eșec anterior de abținere de la consumul de droguri;
- pacienți cu comorbidități somatice și psihice (tulburare bipolară, depresie recurentă, tulburare de personalitate emoțional-instabilă).

Deficiențe ale tratamentului cu metadonă:

- sentimentul de disconfort la începutul tratamentului;
- durata lungă de anulare a tratamentului (luni);
- stare de sevraj prelungită;
- este posibilă supradozarea, inclusiv în cazurile de consum paralel de substanțe psihoactive;
- necesitatea de prezentare zilnică la locul de repartizare a metadonei (este posibilă eliberarea medicamentului la domiciliu pentru pacienți permanenți);
- sunt posibile tentative de comercializare a medicamentului.

Doza insuficientă se manifestă cu următoarele simptome: semne gripale, eliminări nazale, strănut, colici abdominale, diaree, tremor, spasme musculare, căscat, sialoree, transpirații, iritabilitate, anxietate, depresie, artralgie.

Supradozarea are următoarele simptome: somnolență, grețuri, vomă, respirație superficială, mioză, hipotermie, hipotensiune arterială, tahicardie, cefalee.

Pacienții aflați în tratament cu metadonă disciplinați, care nu încalcă regimul de tratament și participă activ în cadrul programelor de resocializare pot să beneficieze de eliberarea metadonei la domiciliu. Pentru aceasta trebuie să fie îndeplinite următoarele criterii (mai multe vedeți în Protocolul clinic național „Tratamentul farmacologic cu metadonă”):

- urmează cursul de farmacoterapie minimum 4 luni;
- nu administrează droguri concomitent cu metadonă (confirmat prin testele de urină);
- doza administrată este optimă, fapt confirmat prin stabilitatea și complianța pacientului;
- are condiții minime de păstrare a medicamentului la domiciliu;
- lipsa unor delikte constatate în această perioadă.

Contraindicații pentru farmacoterapia cu metadonă:

- Reacție alergică la metadonă;
- Maladii care se asociază cu dificultăți respiratorii: astm bronșic, sindromul de apnee în timpul somnului, distrofii musculare în progresie, insuficiență respiratorie;
- Prolungirea intervalului Q-T;
- Dereglări de tranzit intestinal, constipații; se vor recomanda alimente bogate în fibre.
- Medicamente care au interacțiuni periculoase cu metadonă (http://www.drugs.com/drug-interactions/methadone-index.html?filter=3&generic_only=).

Terapia cu metadonă în condiții de penitenciar

Interconexiunea dintre serviciul medical ambulatoriu și cel din penitenciar este o condiție importantă pentru continuitatea tratamentului. Pacienții care au ajuns în penitenciar trebuie să fie incluși în lista beneficiarilor de tratament cu metadonă, ce va fi administrat de personalul instruit din instituție. Persoanele care continuă tratamentul

în perioada detenției nu ar avea riscul de a consuma droguri ilegale, de a se infecta cu alte maladii, inclusiv hepatite, HIV/SIDA, pe cale injectabilă. Continuarea tratamentului va exclude riscul supradozării după eliberarea din penitenciar și a decesului. De asemenea, statistic scade riscul recidivismului criminal. Pacienții consumatori anterior de heroină, care sunt în programul de farmacoterapie au o rată mult mai scăzută de consum de droguri ilegale aflându-se în condiții de penitenciar. Deținuții care sunt infectați cu virusul HIV/SIDA, pe lângă farmacoterapie, au posibilitatea de tratament cu antiretroviral în perioada detenției și scăderea riscului de progresie a bolii. La acești pacienți crește aderența pentru tratamentul ARV, deoarece sunt conștienți și nu se confruntă cu sindromul de abinență.

B. Tratamentul farmacologic cu Buprenorfină

Este agonist sau/și agonist parțial de receptori μ . Administrarea poate contribui la apariția sevrajului la prima administrare. Efectul este mai slab comparativ cu agoniștii totali. Are legături puternice cu receptorii cuplați. Este antagonist de receptori δ - și κ . În tratamentul dependenței de opiacee se utilizează uneori compusul dintre buprenorphine + naloxone în proporție 4:1 (Suboxone). Timpul de înjumătățire (semivita) este în medie de 37 de ore. Comparativ cu metadona, are următoarele avantaje: starea de sevraj este mai ușoară, comodă în administrare (3 ori pe săptămână), cuplare puternică cu receptorii, mai comod în reducerea dozelor, mai sigur. Este medicamentul preferat pentru farmacoterapie în timpul sarcinii și mai rar decât metadona provoacă sindromul de abinență neonatal. Doza zilnică administrată este între 8 și 32 mg sublingual. La capitolul dezavantaje, menționăm că este mai dificil a gestiona în inhibiția respiratorie și costul ridicat comparativ cu metadona. Efectele supradozării sunt asemănătoare pentru opiacee cu simptome de sedare, hipotensiune, mioză, depresie respiratorie.

C. Tratamentul cu Naltrexonă

Este un blocant al receptorilor μ și preîntâmpină efectele euforice după consumul de opiacee. Nu are efect psihoactiv, nu apare sevrajul după încetarea tratamentului. Se utilizează în tratamentul dependenței de opiacee și alcool. Condițiile sunt optime când există motivarea pacientului, suportul social și familial. Deoarece poate genera starea de sevraj, se va administra peste 7 zile după administrarea heroinei și peste 10 zile după administrarea metadonei. Tratamentul cu naltrexone este început când pacientul nu prezintă semne de dependență. Indicația de bază pentru naltrexone este profilaxia recăderilor.

Detoxifierea până la începutul terapiei cu naltrexonă

La etapa de detoxifiere se vor administra agoniști α_{2A} receptori: Lofexidine sau Clonidine. Ambele reduc majoritatea simptomelor de sevraj, inclusiv senzația de plăcere după administrarea de opiacee. Simptome ca insomnia, mialgii, artralгии, cefaleea necesită intervenții suplimentare. Ambele medicamente se utilizează ca antihipertensive și există riscul hipotensiunii. În pofida acestui fapt, lofexidine este totuși preferențial. Cifrele minime de tensiune la general ar fi în limitele 90/60 mm col Hg. Doza inițială de clonidine este 0,1 mg per os. Doza de 0,2 mg va fi administrată în cazurile de sevraj sever sau greutatea pacientului peste 90 kg. Metoda de administrare poate fi sublinguală. Ulterior se administrează doza respectivă la 4-6 ore în funcție de necesitate. Metoda de detoxifiere se va aplica în condiții de staționar pentru prevenirea hipotensiunii. Doza de clonidine nu va depăși 1,2 g în primele 24 de ore și 2,0 g în următoarele zile. Doza

va fi scăzută treptat timp de câteva zile după dispariția simptomelor de sevraj pentru a nu provoca criza de hipertensiune. Alte opțiuni presupun asociat cu clonidine să se utilizeze tramadol 400 mg/zi și diazepam 30-60 mg/zi per os. Atunci când sunt contraindicații pentru clonidine, se va putea utiliza un antidepressiv triciclic. În cazurile de diaree se va administra metoclopramide sau domperidone. Mialgia ar putea fi tratată cu nesteroidiene (ibuprofen, ortofen) și miorelaxante (baclofen). Insomnia rebelă poate fi tratată cu oxibutirat de sodium 1-2 g per os. Durata medie este de 5-7 zile, după care se va micșora doza și se va înceta administrarea peste 10-15 zile. Nu sunt indicate hemodializa sau diureza forțată. Administrarea intravenoasă a soluțiilor de glucoză sau poliionice se va face doar în cazul vomei cu deshidratare. Detoxifierea va fi doar prima etapă în procesul de durată al tratamentului pacientului cu dependență opiaceică.

Administrarea naltrexonei pentru prevenirea recăderilor în consumul de opiacee

Doza inițială va fi de 25 mg, apoi 25 mg peste o oră. Doza săptămânală va fi de 350 mg care va fi administrată în conformitate cu una din schemele de mai jos:

- 50 mg pe zi;
- 50 mg pe zi în timpul săptămânii și 100 mg sâmbăta;
- 100 mg peste o zi;
- 100 mg luni, miercuri și 150 mg vineri;
- 150 mg o dată la 3 zile.

Efecte adverse posibile:

- simptome de sevraj (inhibiție, algi);
- simptome depresive, iritabilitate; inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei acționează pozitiv asupra depresiei cauzate de naltrexone;
- anxietate, agitație;
- insomnie;
- erupții cutanate;
- apetit scăzut;
- vertij.

Dacă pacientul reia consumul opiaceelor după administrarea de naltrexonă, este posibilă supradozarea din cauza scăderii toleranței. Asocierea terapiei familiale sau cognitiv-comportamentale este indicată. Naltrexona poate fi utilizată sub formă de implant pentru perioade de 30-60 de zile. Tratamentul cu naltrexone este mai scurt decât cu agoniști totali sau parțiali (methadone, buprenorphine). Totuși, tratamentul cu agoniști este mult mai utilizat și preferat decât cel cu naltrexone.

Consumul concomitent de substanțe psihoactive

Consumul concomitent de substanțe este frecvent constatat la pacienții care urmează farmacoterapia cu metadonă. Cel mai des, pe lângă metadonă, sunt consumate în paralel alcoolul și benzodiazepinele. Cauzele acestui consum sunt ca regulă doza insuficientă a preparatului sau polidependența de diferite substanțe, necesitatea obținerii stării euforice, tratamentul voluntar al insomniei, anxietății, stărilor depresive, stărilor de stres, dependența de benzodiazepine, alcool. Din aceste considerente, testele regulate de urină și depistarea la timp a altor comorbidități constituie o necesitate în cadrul farmacoterapiei.

Particularități la femei și copii: Probleme legate de adicție și tratament

Farmacoterapia la femei și în timpul sarcinii

Farmacoterapia administrată la femei permite normalizarea ciclului menstrual și planificarea sarcinii. Femeile care se află în farmacoterapie vor fi încurajate să continue tratamentul în timpul sarcinii. Doza de metadonă ar putea fi ajustată în timpul trimestrului II și III de sarcină, dar și după naștere. Unii copii născuți ar putea prezenta simptome de sevraj. Drogurile administrate în timpul sarcinii pot provoca dependența la nou-născut. Ca exemplu:

- Canabisul generează cumularea tetra-hydro-cannabinolului în creierul nou-născutului.
- Opiaceele pot provoca avort spontan, greutate mică a nou-născutului, cu toate acestea nu se recomandă oprirea bruscă a administrării opiaceelor, în special în primul și ultimul trimestru al sarcinii. Metadona nu este toxică pentru făt, de aceea se recomandă continuarea tratamentului pe perioada sarcinii. Mama poate continua tratamentul cu metadonă și în perioada alăptării.
- Psihostimulentele pot provoca starea de hipertensiune la mamă, hemoragii intrauterine.
- Benzodiazepinele pot cauza defecte intrauterine, ale căilor urinare, patologii neurologice sau sindromul de abinență neonatal.

Sindromul de abinență neonatal

Se manifestă prin excitație a sistemului nervos central (insomnie, tremor, hiperactivitate, convulsii, iritabilitate), dispepsii intestinale, creștere scăzută în greutate, respirație deficitară, căscat, strănut, erupții cutanate, hiperpirexie, sialoree, fotosensibilitate. Simptomele apar în primele 72 de ore după naștere. În cazurile grave se admite administrarea orală a soluției de morfină. Evaluarea și tratamentul se va face cu ajutorul scalei Finnegan.

Alăptarea

În cazul dozei de metadonă până la 80 mg/zi, mama va fi stimulată să alăpteze în continuare (dacă nu este HIV sau HVC, HVB pozitivă). Orice creștere peste 10 mg va necesita evaluarea copilului pentru semne de intoxicație. Nu se recomandă alăptarea dacă mama continuă să consume ilegal alte substanțe psihoactive.

Tratamentul cu agoniști (tratamentul de substituție) întotdeauna va fi doar o parte componentă a asistenței complexe în asociere cu psihoterapia, asistența socială, grupurile de reabilitare și tratarea comorbidităților. Acest tip de tratament contribuie la menținerea pacientului în cadrul familial, social și creșterea indicelui de calitate a vieții.

2.1.6. SUBSTANȚE VOLATILE

Sunt compuși chimici care au proprietatea de a se evapora în contact cu aerul. Inhalarea acestor substanțe produce efecte psihice. Aceste substanțe pot fi sub formă de dizolvanți, spray-uri, gaze sau nitriți.

Aspecte farmacologice și proprietăți:

- Proprietăți lipofile și absorbție rapidă în timpul inhalării;
- Intoxicarea acută apare peste 3-5 minute (10-15 inhalări);
- Concentrație plasmatică maximă peste 15-30 de minute;
- Timpul de semiviață variază de la ore la zile în funcție de substanță;
- Metabolizare hepatică și renală;
- Se acumulează în organe cu conținut mare de lipide (ficat, creier);
- Trece bariera hematoencefalică.
- Substanțele volatile sunt atractive datorită accesibilității și prețului, iar starea de intoxicație este de scurtă durată.

Tablou clinic

Simptome de consum recent:

- ochi hiperemiați;
- strănut și tuse (asemănător infecției respiratorii);
- miros de substanță consumată;
- aspect exterior care confirmă consumul (pete de adezivi, dizolvanți);
- simptome de intoxicație (tulburări de comportament, vorbire, conștiință, transpirații abundente, eliminări nazale).

Supradozare

Simptome de intoxicație acută:

- tulburări de vorbire;
- mișcări necoordonate;
- dezorientare;
- tremor;
- cefalee;
- ideeație delirantă;
- tulburări ale percepției vizuale;
- ataxie, stupoare, convulsii, comă.

În cazul consumului cronic toleranța crește repede. Sindromul de dependență este mai puțin specific comparativ cu alte substanțe psihoactive. Starea de sevraj se poate instala în cazul consumului cronic și încetării spontane a consumului.

Simptomele stării de sevraj:

- pot apărea peste 24-48 de ore după ultimul consum;
- insomnie;
- tremor;
- grețuri;
- transpirații abundente;
- simptome iluzorii.

Intervenții

Tratamentul farmacoterapeutic este simptomatic. Intervenția nonfarmacologică este orientată spre motivarea pacientului, asistența psihoterapeutică, intervenția la nivel familial și social.

Particularități la femei și copii

- Reducerea conținutului de oxigen în creierul fătului. Efectele pot fi similare cu sindromul alcoolismului fetal.
- Dereglări ale sistemului urinar.
- Pierderea în greutate.
- Deteriorarea celulelor reproductive, fapt care reduce probabilitatea concepției și sarcinii în viitor.
- Rezultat letal posibil pentru mamă și copil în caz de consum în doze mari.

Bibliografie recomandată:

1. Paronis, Carol A. Principles of Drug Action: Pharmacokinetics and Pharmacodynamics. Chapter 1, In: Cohen, L.M., Collins, F.L., Jr., Yound, A.M., McChargue, D.E., Leffingwell, T.R., & Cook, K.L., Eds. *Pharmacology and Treatment of Substance Abuse*, New York, Routledge, 2009.
2. Koob, George F. Neurobiology of Addiction. Chapter 5. In: Cohen, L.M., Collins, F.L., Jr., Yound, A.M., McChargue, D.E., Leffingwell, T.R., & Cook, K.L., Eds. *Pharmacology and Treatment of Substance Abuse*, New York, Routledge, 2009.
3. el-Guebaly, Nady. Cross-Cultural Aspects of Addiction, edited by Galanter, Marc and Kleber, Herbert D. In: *Textbook of Substance Abuse Treatment*, Fourth Edition, Chapter 4, 2008, p.45-52.
4. Alcoholics Anonymous, 4th Edition, Chapters 1-7 (p.1-103). Nace, Edgar P. The History of Alcoholics Anonymous and the Experiences of Patients. In: M. Galanter and H.D. Kleber, Eds., *Textbook of Substance Abuse Treatment*, Fourth Edition, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2008, Chapter 35, p.499-509.
5. Moos, Rudolf H. and Timko, Christine. Outcome Research on 12-Step and Other Self-Help Programs. In: M. Galanter and H.D. Kleber, Eds. *Textbook of Substance Abuse Treatment*, Fourth Edition, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2008, Chapter 36, p. 511-521.
6. Workgroup on Substance Abuse Self-Help Organizations, Self-help organizations for alcohol and drug problems: Towards evidence-based practice and policy, February 2003.
7. Kelly, John F., Stout, Robert L., Magill, Molly, Tonigan, J. Scott, and Pagano, Maria E. Spirituality in Recovery: A Lagged Mediation Analysis of Alcoholics Anonymous. Principal Theoretical Mechanism of Behavior Change. *Alcohol Clin Exp Res*, vol. 35, no 3, 2011, p.1-10.
8. Substance Abuse Treatment ADVISORY News for the Treatment Field, *The Role of Biomarkers in the Treatment of Alcohol Use Disorders*, U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, Sept. 2006, vol. 5, issue 4.
9. Wolff, K., Farrell, M., Marsden, J., Monteiro, M.G., Ali, R., Welch, S., & Strang, J. A review of biological indicators of illicit drug use, practical considerations and clinical usefulness. In: *Addictions*, 1999, 94(9), p.1279-1298.
10. Wurst, F.M. et al. (2005) Emerging Biomarkers: new Directions and Clinical Applications. In: *Alcohol Clin Exp Res*, vol. 29, no 3, 2005, p.465-473.
11. Victoria Police. 2002. *Custodial Drug Guide: Medical Management of People in Custody with Alcohol and Drug Problems*. Mornington, Victoria, Australia: Custodial Medicine Unit, Victoria Police.
12. AIHW (Australian Institute of Health and Welfare) 2002, *2001 National Drug Strategy Household Survey: First Results*, Drug Statistics Series No. 9, AIHW cat. no. PHE 35. AIHW, Canberra, <http://www.aihw.gov.au>
13. Di Castelnuovo, A.; Costanzo, S.; Bagnardi, V.; et al. Alcohol dosing and total mortality in men and women: An updated meta-analysis of 34 prospective studies. In: *Archives of Internal Medicine* 166:2437–2445, 2006. PMID: 17159008.
14. Saivin, S; Hulot, T; Chabac, S; Potgieter, A; Durbin, P; Houin, G. Clinical Pharmacokinetics of Acamprosate. In: *Clinical Pharmacokinetics*, Nov 1998, 35 (5), p.331-345.
15. C Heather Ashton, DM, FRCP. BENZODIAZEPINE EQUIVALENCY TABLE. Available at <http://www.bcnc.org.uk/equivalence.html>.
16. Benzodiazepine Equivalence Chart. Available at: <http://www.mental-health-today.com/rx/benzo.htm>.
17. Benzodiazepine Dose Conversions (oral). Available at: http://globalrph.com/benzodiazepine_calc.htm.
18. Benzodiazepine Equivalency/Half-Life/Dose Chart. Available at: <http://www.bluelight.org/vb/threads/99918-Benzodiazepine-Equivalency-Half-Life-Dose-Chart>
19. Copeland, J., Swift, W., Howard, J., Roffman, R., Stephens, R. & Berghuis, J. A Randomised Controlled Trial of Brief Interventions for Cannabis Problems Among Young Offenders. In: *Drug and Alcohol Dependence*, 2001, vol. 63(s1), p.32.
20. Marshall K¹, Gowing L, Ali R, Le Foll B. Cochrane Database Syst Rev . 2014 ;12: CD008940. doi: 10.1002/14651858.CD008940.pub2. Epub 2014 Dec 17. Pharmacotherapies for cannabis dependence.
21. Young, R., Saunders, J., Hulse, G., McLean, S., Martin, J. & Robinson, G. Opioids. In: Hulse, G., White, J. & Cape, G. (eds.) *Management of Alcohol and Drug Problems*, Oxford University Press, South Melbourne, 2002, p. 79–99.
22. Opioid overdose: preventing and reducing opioid mortality. Discussion paper WHO/UNODC 2013. United Nations, 2013.
23. Tratamentul farmacologic cu metadonă al dependenței de opiacee. Protocol clinic

național. PCN-225. Chișinău, 2015.

24. Paterniti S¹, Dufouil C, Alperovitch A. Long-term benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly: the Epidemiology of Vascular Aging Study. *J Clin Psychopharmacol.* 2002 Jun; 22(3):285-93.
25. Ministerul Sănătății, Protocol clinic național PCN – 225: Tratatamentul farmacologic cu metadonă al dependenței de opiacee. Chișinău, 2015.
26. Nastas, I., Boronin, L., Nacu, A., Revenco, M. Aspecte clinice, psihologice și de tratament în dependența de alcool. Îndrumar metodic. Chișinău: F.E.P. „Tipografia Centrală”, 2015.
27. Clinical Manual of Addiction Psychopharmacology, Second Edition. Edited by Henry R. Kranzler, M.D., Domenic A. Ciraulo, M.D., and Leah R. Zindel, R.Ph., M.A.L.S.. 2014.
28. Prelipceanu, D. *Psihiatrie Clinică*. București: Editura Medicală, 2013. ISBN 978-973-39-0719-0.
29. George Arana, Jerrold Rosenbaum. *Handbook of Psychiatric Drug Therapy*, 4th ed., 2001.
30. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Synopsis of Psychiatry. IX Ed. Williams and Wilkins, 2003.
31. The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment, Fifth Edition. Edited by Marc Galanter, M.D., Herbert D. Kleber, M.D., and Kathleen T. Brady, M.D., Ph.D. 2015.
32. Веселовская Н.В., Коваленко А.Е. Наркотики. Москва: Триада-X, 2000.

2.2. SUBSTANȚE PSIHOACTIVE CU ACȚIUNE STIMULANTĂ (PSHOSTIMULANTELE)

Psihostimulantele reprezintă un grup de substanțe sintetice și de origine vegetală ce provoacă o creștere a energiei și a activității prin stimularea sistemului nervos central (amfetamina, metamfetamina, cocaina, nicotina, khat-ul, cafeina, MDMA (Metilendioxi-metamfetamina), ecstasy). Se utilizează în medicină pentru tratamentul pe termen scurt al obezității, narcolepsiei și al hiperactivității cu deficit de atenție la copii. Metoda de administrare: intravenos, intranasal, oral, prin fumat. Există stimulatoare de tip amfetaminic (amfetamina, dexamfetamina, metilfenidat cocaină și derivații săi, metildioximetamfetamina (MDMA).

Aspecte epidemiologice

Se constată creșterea consumului derivaților de amfetamină, în special a metamfetamini, pe piața Americii de Nord și cea europeană. Deși Mexic, Statele Unite ale Americii, China, Thailanda și Iran (Republica Islamică) continuă să raporteze cele mai mari cantități de metamfetamină confiscate la nivel mondial, există dovezi că traficul de metamfetamină este din ce în ce mai mare la nivel mondial [4]. În Republica Moldova în 2014 existau 216 persoane la evidență ca și consumatori de amfetamine și 21 de cazuri noi înregistrate (conform datelor IBBS).

Principalul drog injectat în ultima lună, %

	Drogul utilizat	2009	2012
Chișinău	Metamfetamine	15,3	49,1
	Heroină	8,9	25,7
	Extract de opiu	69,2	20,4
Bălți	Heroină	4,3	28,4
	Extract de opiu	92,2	68,4
Tiraspol	Amfetamine	-	16,2
	Crocodil (desomorfin)	-	25,3
	Extract de opiu	87,6	37,0
Rîbnița	Extract de opiu	-	69,8
	Heroină	-	30,2

Potrivit studiului KAP, în anul 2012 în rândul tinerilor de 15-24 de ani, prevalența consumului amfetaminelor pe durata vieții a fost de 0,1%, iar al consumului de ecstasy – de 1,2%.

Aspecte farmacologice

Amfetaminele activează sistemul nervos central și sistemul simpatic prin creșterea neurotransmițătorilor cu acțiune dezinhibantă sau prin mecanismul de inhibiție a recaptării acestora. Neurotransmițătorii implicați sunt dopamina, noradrenalina și serotonina.

Tablou clinic

EFFECTE ASUPRA SISTEMULUI NERVOS CENTRAL

Euforie, creșterea activității fizice și psihice, creșterea performanțelor cognitive, inhibiția apetitului, reducerea somnului.

Efecte asupra sistemului simpatic

Creșterea tensiunii arteriale, tahicardie, hipertermie [3].

Administrarea injectabilă are cel mai puternic și cel mai rapid efect, dar și riscuri de supradozare.

Fumatul are acțiune la fel de puternică, iar inhalarea intranasală are efect mai slab, dar mai de durată. Administrarea orală are cea mai prelungită acțiune, dar, în același timp, și cea mai slabă.

Supradozare

EFFECTELE ACUTE ALE PSIHOSTIMULANTELOR

A. Fizice:

- tahicardie;
- midriază;
- hipertermie;
- tahipnoe;
- aritmii;
- spasm vascular de diametru mic;
- inapetență;
- insomnie.

B. Psihice:

- efect energizant;
- senzație de claritate ideatorie;
- creșterea performanței intelectuale;
- creșterea libidoului;
- comunicabilitate crescută;
- creșterea dispoziției.

Efecte ale consumului cronic de psihostimulante

A. Fizice:

- hipoponderabilitate/anorexie;
- deprivare de somn;
- maladii respiratorii;
- maladii cardiovasculare;
- cefalee;
- carie dentară;
- convulsii.

B. Psihice:

- anxietate marcată;
- stare de confuzie;
- tendința de izolare;
- tulburări mnestic;
- hipoprosexie;
- agresivitate;
- reacții distimice/depressive;
- halucinații;
- tulburări de panică;
- formarea rapidă a sindromului de dependență;
- reacții psihotice.

Administrarea metamfetaminei în timpul sarcinii are drept consecință hipoponderabilitatea fătului și tulburări comportamentale.

Administrarea metamfetaminei în timpul sarcinii are ca rezultat hipoponderabilitatea fătului și tulburări comportamentale.

Supradozare

Supradozarea cu stimulatoare poate fi suspectată pornind de la examinarea locului consumului, semnele clinice prezente la persoană sau din spusele altor persoane.

- Panică;
- Frică de moarte;
- Hiperactivitate;
- Excitație motorie (persoana este agitată, nu-și găsește locul);
- Creșterea tensiunii arteriale (până la ictus în caz de supradozare cu cocaină);
- Amplificarea bătăilor cordului;
- Tegumentele umede;
- Cefalee puternică cu dureri pulsatile;
- Senzația de presiune, dureri în regiunea cutiei toracice;
- Spumă din cavitatea bucală;
- Greață, vomă.

Sindrom de sevraj cauzat de psihostimulante

- Depresie;
- Hipoprosexie;
- Somnolență/insomnie;
- Tulburări mnestic;
- Anxietate;
- Libidou scăzut;
- Deficit energetic;
- Iritabilitate;
- Cefalee;
- Accidente cerebrale;
- Insuficiență renală;
- Stop cardiac.

Intervenții

Acordarea primului ajutor în caz de supradozare cu stimulatoare. Se aplică procedeele generale de acordare a primului ajutor. Se va crea un mediu sigur pentru prevenirea automutilărilor, sau accidentărilor cauzate de hiperagitație. Administrarea preparatelor neuroleptice, tranchilizante și sedative. Supraveghere și suport psihologic. O descriere mai detaliată cu privire la acordarea primului ajutor se găsește mai jos.

2.2.1. AMFETAMINA ȘI METAMFETAMINA

Aspecte epidemiologice

Psihostimulantele tip amfetaminic (ATS) și alte substanțe noi continuă să domine piața de droguri, conform World drug Report 2015. Metamfetamina domină prin numărul de capturi efectuate în Asia de Est și Sud-Est. Concomitent, s-a stabilit numărul consumatorilor de metamfetamină în America de Nord și Europa [1]. Conform raportului, în 2013 metamfetamina nu a reprezentat cea mai mare parte de capturi de psihostimulante tip amfetaminic în asemenea țări din Europa ca Cehia, Slovacia, Țările Baltice, Cipru, Grecia, Portugalia, Belarus și Republica Moldova.

Aspecte farmacologice

Amfetamina poate fi sub formă de soluție bazică sau săruri cu administrare orală, intramusculară, intravenoasă sau intranazală. Metamfetamina, la fel, poate fi injectată, inhalată, fumată sau administrată oral. Efectul psihostimulant este datorat creșterii intrasynaptice a dopaminei și noradrenalinei și, într-o măsură mai mică, a serotoninei. În medicină sunt utilizate pentru tratamentul narcolepsiei și al deficitului de atenție cu hiperactivitate. Metildioximetamfetamina, substanță cu acțiune stimulantă și halucinogenă, este cunoscută sub denumirea ecstasy. Consumul mare de amfetamine și metamfetamine se explică, de asemenea, prin costurile joase și simplitatea producerii preparatului în condiții casnice cu substanțe procurate din orice magazin.

Tablou clinic

Sindromul de dependență psihică se instalează peste 3-5 administrări intravenoase sau 2-3 săptămâni de administrare orală mai mult sau mai puțin regulată. Doza uzuală orală este de 5-20 mg pentru ambele substanțe, dar toleranța crește rapid și poate ajunge la 1 g pentru amfetamină și circa 0,8 g pentru metamfetamină. Sevrăjul poate apărea peste 9 ore după consum și poate dura de la 1 la 10 săptămâni. Metabolismul este hepatic, circa 30-40%, restul eliminându-se pe cale renală. Perioada de înjumătățire (semiviață) este de 12-36 de ore în cazul amfetaminei și circa 8-17 ore în cazul metamfetaminei. Variația este cauzată de tipul de izomer și PH-ul urinei (1, 2). În cazul PH-lui bazic de urină (mai mare de 6,6) timp de 24 de ore se elimină circa 40-45% din substanță, iar în PH cu preponderență acid (mai mic de 6,6) eliminarea ajunge la circa 78%.

Efecte psihice ale consumului:

- euforie;
- hiperactivitate;
- hiperprosexie;
- lipsa senzației de oboseală.

Efecte fizice:

- aritmii;
- midriază;
- dilatarea bronhiilor;
- grețuri;
- vomă;
- frisoane;
- transpirații;
- apetit scăzut.
- diaree;

Intoxicare acută și supradozarea:

- insomnie;
- tulburare de panică;
- disforie;
- tremor;
- convulsii;
- agitație psihomotorie;
- stare psihotică (halucinații, delir)

Simptome de sevrăj

- Confuzie;
- Agresivitate;
- Panică;
- Excitație motorie;
- Convulsii;
- Hipoprosexie;
- Hiper/hiposomnie;
- Hipomnezie;
- Anxietate;
- Scădere libido;
- Anergie;
- Cefalee;
- Comă;
- Deces.

Intervenții în starea de sevrăj:

- Asistența se va efectua într-un mediu confortabil pentru pacient;
- Benzodiazepine (efectul somnifer și anxiolitic);
- Antipsihotice în stări psihotice;
- Antidepresive în depresii. Unele studii arată eficacitatea bupropionei (Wellbutrin, Zyban) [51, 52].

Acordarea primului ajutor în caz de supradozare cu stimulatoare: Se aplică procedeele generale de acordare a primului ajutor. Se va crea un mediu sigur pentru prevenirea automutilărilor sau accidentărilor cauzate de hiperagitație. Administrarea preparatelor neuroleptice, tranchilizante și sedative. Supraveghere și suport psihologic.

Riscul pentru femei și pentru făt

Psihostimulantele sporesc riscul de hipertensiune arterială la mamă, desprindere placentară și hemoragie. Efectele pot varia considerabil în funcție de perioada de gestație în care are loc consumul, frecvență, cantitate și consumul simultan de substanțe psihoactive.

2.2.2. COCAINA

Aspecte farmacologice

Este un alcaloid care se obține din frunzele arbustului de coca (Eritroxylon coca)

Cocaina se utilizează sub diverse forme:

- ♦ Frunze de coca, care sunt mestecate sau fierte sub formă de ceai.
- ♦ Basuca – cocaina pastă (baza) – cu o puritate de 35%, răspândită în America de Sud, poate fi fumată ca atare sau în amestec cu tutun sau marijuana.
- ♦ Cocaina hidroclică, care se mai numește „cocaina de stradă”, cu o concentrație de aproximativ 25-35%, uneori puritatea putând atinge 100%. Această substanță poate fi injectată sau prizată și este solubilă în apă.
- ♦ Cocaina bază liberă (Crack), care este obținută prin extracție cu solvenți și are o puritate de 100%. Este insolubilă în apă și se consumă fumată. Uneori este folosit amestecul de crack cu heroina (amestec numit speedball) care provoacă sevrăj pronunțat.

La nivel mondial se constată o descreștere a zonelor de producere și, probabil, a consumului. Este produs aproape exclusiv în Bolivia, Columbia și Peru [3]. În Europa sunt

disponibile două forme de cocaină, cea mai uzuală fiind pudra de cocaină (cocaina hidroclohidă). Mai puțin disponibilă este cocaina crack [2]. În 2010, conform studiului KAP din 2010, în Republica Moldova, prevalența consumului de cocaină pe durata vieții este de 0,1% [46].

Are acțiune stimulantă și anestezică. Stimulează sistemul nervos simpatic prin blocarea recaptării dopaminei, noradrenalinei și serotoninei.

Metabolism

- Acțiune rapidă (2-8 minute);
- Concentrație plasmatică maximă peste 5-30 de minute;
- Acțiune de scurtă durată: timp de înjumătățire (semivie) 15-30 de minute după administrare intravenoasă și 30-60 de minute după inhalare);
- Metabolizare hepatică;
- Metaboliți neactivi se constată în sânge și urină peste 24-36 de ore după consum, iar în firele de păr – **săptămâni-luni de zile după consum**.

Tablou clinic

Efectele consumului acut și cronic sunt asemănătoare celor provocate de metamfetamină. Deoarece timpul de înjumătățire (semivie) este mai scurt decât la metamfetamină, are neurotoxicitate mai mică, mai rar se constată stările psihotice, iar stările de sevraj sunt mai scurte.

Intoxicare acută și supradozarea

Efecte fiziologice:

- tahicardie;
- creșterea frecvenței respirației;
- vasoconstricție;
- creșterea tensiunii arteriale;
- hipertermie;
- transpirații;
- midriază;
- apetit scăzut;
- creșterea performanței fizice;
- hemoragie cerebrală.

Efecte psihice:

- euforie;
- creșterea performanței intelectuale;
- durata somnului redusă;
- halucinații;
- idei delirante paranoid.

Acordarea primului ajutor în situația de supradozare cu cocaină este aceeași ca în cazul altor stimulatoare. Se aplică procedeele generale de acordare a primului ajutor. Se va crea un mediu sigur pentru prevenirea automutilărilor sau accidentărilor cauzate de hiperagitație. Administrarea preparatelor neuroleptice, tranchilizante și sedative. Supraveghere și suport psihologic.

Starea de sevraj

Este maximă peste 2-4 zile după întreruperea consumului și are următoarele simptome:

- disforie (dar nu depresie) cu durată de până la 10 săptămâni;
- fatigabilitate;
- insomnie/somnolență;
- agitație psihomotorie;
- apetit crescut;
- vise colorate cu conținut neplăcut.

Tipuri de intervenții

- Terapii propuse ca și în cazul amfetaminei se referă la naltrexone (50 mg/zi) [7] sau dexamfetamina [6]. Nu există date concludente pentru terapia cu agonști dopaminici sau antidepressive.
- Benzodiazepine pe termen de scurtă durată pentru reducerea anxietății, agitației, ameliorarea somnului.
- Terapie cognitiv-comportamentală.
- Asistență socială, psihologică, alte metode psihoterapeutice.

Bibliografie recomandată:

1. Nihon Shinkei Seishin Yakurigaku Zasshi. 2013 Aug;33(4):155-60. [Genetic vulnerability of methamphetamine dependence].[Article in Japanese] Moriya Y, Kasahara Y, Sora I.) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25069251>
2. Jayaram-Lindström N et al (2008). Naltrexone for the treatment of amphetamine dependence: a randomized, placebo-controlled trial. In: American Journal of Psychiatry, 165:1442-8.
3. O'Malley, Stephanie S. & Kosten, Thomas R., (2006). "Pharmacotherapy of Addictive Disorders", edited by Miller, William R. and Carroll, Kathleen M. In Rethinking Substance Abuse (pp 240-256), Chapter 15, New York: The Guilford Press.
4. Manuel, J. K., Hagedorn, H. J., Finney J. W. (in press). Implementing Evidence-based Psychosocial Treatment in Specialty Substance Use Disorder Care. Psychology of Addictive Behaviors.

5. McKay, J.R. (2011). Measurement Based Care. VA IOP Training Connecticut, March 28th, 2011.
6. Grabowski J et al (2001). Dextroamphetamine for cocaine-dependence treatment: a double-blind randomized clinical trial. In: Journal of Clinical Psychopharmacology, 21:522-6.
7. Shearer, J. et al (2003). Pilot randomized double blind placebo-controlled study of dexamphetamine for cocaine dependence. In: Addiction, 98:1137-41.
8. Schmitz, J.M. et al (2001). Naltrexone and relapse prevention treatment for cocaine-dependent patients. In: Addictive Behaviors, 26:167-80.
9. Hersh D, van Kirk JR, Kranzler HR (1998). Naltrexone treatment of comorbid alcohol and cocaine use disorders. In: Psychopharmacology (Berlin), 139: 44-52.
10. Soares, B1., Lima Reisser, A.A., Farrell, M., Silva de Lima M. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Feb 17;(2):CD003352. doi: 10.1002/14651858.CD003352. pub2. WITHDRAWN: Dopamine agonists for cocaine dependence.
11. Lima, M.S1., Reisser, A.A., Soares, B.G., Farrell, M. Antidepressants for cocaine dependence. WITHDRAWN: Antidepressants for cocaine dependence. [Cochrane Database Syst Rev. 2010]
12. Newton T. Roache J. De La Garza R. et al. Bupropion reduces methamphetamine-induced subjective effects and cue-induced craving. In: Neuropsychopharmacology 31:1537-1544, 2006.
13. Elkashef, A.M. et al. 2008. Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence. In: Neuropsychopharmacology, 33: 1162-1170.

2.3. SUBSTANȚE PSIHOACTIVE CU ACȚIUNE HALUCINOGENĂ (HALUCINOGENELE)

În acest grup de substanțe se includ acelea care provoacă în cantități mici halucinații și alte simptome psihopatologice asociate.

Aspecte epidemiologice

Substanțele au un istoric de peste 2000 de ani de când sunt cunoscute. Erau folosite de indienii americani în timpul ritualurilor magice. Sunt cunoscute peste 100 de substanțe halucinogene de origine naturală și sintetică. Cu scop de consum, în calitate de drog sunt utilizate mult mai puține, dintre care fac parte: psilocibina (extras în 1958 dintr-un soi de ciuperci mexicane), mescalina (extras dintr-o specie de cactuși), substanța sintetică dietilamida acidului lisergic (LSD), fenciclidina, ketamina (utilizată și ca anestezic), la fel unele medicamente cu efect colinoblocant.

Proprietăți. Toate substanțele halucinogene au efecte simpatomimetice pronunțate manifestate prin tahicardie, tremor, hipertensiune arterială, transpirații, tulburări de vedere, midriază. Mecanismul de acțiune este legat de influența catecolaminică.

Clasificare. Majoritatea substanțelor halucinogene se referă la psihodelice (substan-

țe care provoacă tulburări de gândire și conștiință asemănătoare cu transa sau stările de vis. Sub aspect farmacologic, sunt agoniști (5-HT_{2A} receptori), substanțe disociative (din acest grup fac parte mai multe tipuri de substanțe ca antagoniști MMDA, agoniști κ - σ - și receptori opioide, fenciclidina, ketamina etc.), colinoblocantele (atropina, trihexyphenidyl etc.).

2.3.1. DIETILAMIDA ACIDULUI LISERGIC

Este un drog psihodelic semisintetic, sintetizat din acidul lisergic, derivat din cornul de secară, o ciupercă a grânelor, ce de obicei se regăsește pe secară. Se răspândește sub formă de praf, soluție, capsule sau pastile. Se administrează oral, de obicei. Uneori se amestecă cu tutunul și se fumează, dar poate fi și injectat. Acțiunea se manifestă după consumul a 20-35 mg.

Simptome de intoxicare acută

Apar peste o oră după consum și durează în medie 8-12 ore. Substanța provoacă dereglări de percepție, gândire și tulburări afective. Halucinațiile sunt preponderent vizuale, dar și auditive, tactile. Starea afectivă se manifestă prin alternanța stării euforice cu anxietate și atacuri de panică.

Se constată exacerbară senzațiilor și a percepțiilor, simptome de depersonalizare și derealizare. Pacienții invocă senzația de percepere a funcționării organelor interne, dar și hipermezie. Comportamentul derivă din doza administrată: creșterea dozei se asociază cu comportament agresiv sau autoagresiv. Starea psihotică este de aspect halucinator-delirant cu o durată de câteva zile. Conținutul trăirii depinde și de starea afectivă trăită anterior consumului, dar și de mediul ambiant, care influențează, la fel, senzațiile psihopatologice.

Supradozare

Supradozarea apare rar și nu prezintă pericol pentru viață. Totuși, consumatorii pot manifesta depresie severă sau schizofrenie. În intoxicație severă – halucinații, panică, psihoză.

Sindrom de sevraj

Se dezvoltă pe parcursul primelor zile. Simptome tipice: depresie, adeseori cu idee autolitică. Durata de la o zi până la o săptămână. Uneori se constată recidiva psihotică fără consumul repetat al substanței halucinogene (flashback) cu o durată de câteva minute sau ore.

Toleranța crește rapid la consumul cronic. Spre deosebire de cocaină sau metamfetamină, nu creează dependență psihică.

Tipuri de intervenții

Nu există medicație farmacologică specifică. Se vor administra simptomatic benzo-diazepine, antipsihotice sau antidepressive. Sub aspect de asistență psihologică, pacienții adeseori răspund la intervenția verbală de anihilare a stării de anxietate sau panică.

2.3.2. PSILOBICINA ȘI MESCALINA

Simptome de intoxicare:

Psilobicina – acțiunea de la o doză de 4-8 mg apare peste 15 minute. Acțiunea maximă apare peste 90 de minute, dar durează până la 5-6 ore. Mescalina provoacă halucinații de la o doză de 200-500 mg cu o durată de 1-2 ore. Intoxicarea cu aceste două substanțe se manifestă cu halucinații caleidoscopice, derealizare și depersonalizare. Pacienții memorează, ca regulă, simptomele avute.

2.3.3. FENCICLIDINA

Inițial era folosită în anestezie și de medicii veterinari, dar din cauza agitației, a dezorientării și a stărilor de delirium după intervenții, nu mai este utilizată. Din 1967, în Statele Unite ale Americii este utilizată în calitate de drog de stradă (angel dust, crystal, peace, super grass, super weed, rocket fuel etc.). Se poate fuma sau se administrează intravenos. Fiind o substanță lipofilă, se menține mult timp în organism, doza înjumătățită fiind constatată peste trei zile după administrare. Mecanismul este unul simpatomimetic și colinergic.

Simptome de intoxicare

Dozele până la 5 mg sunt considerate mici, iar acțiunea apare peste 5 minute și durează 30 de minute. Simptomele sunt următoarele: euforie, relaxare, anxietate până la starea de agitație, disartrie, ataxie, rigiditate musculară, confuzie, salivatie excesivă și febră. Doza de 5-10 mg provoacă stare de confuzie, halucinații, iar doza peste 10 mg poate provoca stări de catalepsie. Dozele peste 25-50 mg pot provoca convulsii sau stări comatoase, hipertermie, creșterea tensiunii arteriale, mișcări stereotipe, halucinații vizuale și auditive. Stările psihotice apar de la doze moderate cu sindrom paranoid sau maniacoal cu tahifrenie, labilitate afectivă, râs sau plâns spontan și comportament dezordonat. Se constată amnezia episodului psihotic. Simptomele psihotice durează de la 24 de ore până la o lună. Sunt posibile stări de flashback, dar mai atenuate.

Sindrom de sevraj

Toleranța crește lent după consumul cronic. Dependența este una psihică. Încetarea bruscă a consumului se asociază cu starea de disconfort, somnolență, fatigabilitate, indispoziție, parestezii, tremor, mioclonii. Consumul cronic de fenciclidină se asociază cu un sindrom psihoorganic cerebral, care poate ceda mult dacă pacientul încetează consumul. Recidivele sunt frecvente.

Tipuri de intervenții

Farmacologic, în stările de urgență se administrează simptomatic benzodiazepine sau antipsihotice.

2.3.4. KETAMINA

În anii optzeci a devenit pe larg utilizată în Statele Unite ale Americii și în Europa. Este folosită în medicină în calitate de anesthetic (asemănător cu PCP) și veterinarie în

calitate de tranchilizant, de aceea are denumirea de Horse Drug și deseori este furată din magazinele veterinare. Are efect rapid și de scurtă durată, creând dependență foarte rapid. Se consumă intramuscular, prin inhalare, oral și intravenos. Administrarea a 2-3 ml intramuscular provoacă efect peste 10 minute și durează circa 3 ore. Ketamina, gammadutiratul și ecstazy intră în categoria *Club Drugs*.

Efecte clinice

Ketamina blochează unii receptori opioizi din creier în SNC, ceea ce duce la senzația de detașare emoțională.

Stare euforică, depersonalizare, derealizare, tulburare de schemă corporală, halucinații vizuale fantastice. Starea de intoxicare maximă este asemănătoare stării oneiroide. La etapa de revenire se poate constata agitație psihomotorie, tahicardie, gură uscată, dificultatea în respirație, greață, vomă, spasm muscular, paralizie temporară.

Sindrom de sevraj

Fatigabilitate, indispoziție, iritabilitate. Dependența psihică apare rapid, la fel ca și creșterea rapidă a sindromului de toleranță. Recidivele sunt frecvente. Se admite formarea dependenței fizice. Utilizarea îndelungată provoacă probleme la nivelul sistemului urinar, retenție urinară, amnezie.

2.3.5. COLINOLOCANTELE

La acest grup de substanțe se referă substanțele atropinice (măselarița, astmatol, di-medrol – antihistaminic cu efect sedativ și hipnotic, trihexyphenidyl). Acțiunea de bază este psihotomimetică și halucinogenă. *Datura* este o specie anuală, cu aspect cornos, care poate atinge o înălțime de 0,5–1,2 m. Frunzele și semințele acestei plante conțin alcaloizi ca atropine și scopolamine. Se consumă oral.

Simptome de intoxicare acută

Consumul a 10-15 semințe de datură se manifestă prin vertij, relaxare musculară, hipomanie, uneori greață, vomă, algiile abdominale, tahicardie. Durata de acțiune – până la câteva ore. Consumul mai mult de 15-25 de semințe se manifestă prin stări psihotice tip delirium. Fizic, se constată hiperemie facială, cianoză a buzelor, hipertermie, tahicardie. Durata stării psihotice – până la 24 de ore. Zilele următoare seara se pot repeta stări abortive de tip delirium.

Efectele adverse

Gură uscată, creșterea ritmului cardiac, retenție urinară, ataxie.

2.3.6. ANTIHISTAMINICE

Se consumă preferențial împreună cu alcoolul, pentru obținerea stării euforice, sau împreună cu opiaceele, pentru creșterea efectului. Uneori este folosit de beneficiarii tratamentului cu metadonă când doza este insuficientă. Supradozarea se manifestă prin tulburări de conștiință, agitație psihomotorie, stări psihotice delirant-halucinatorii.

2.3.7. ANTIPARKINSONIENE

Reprezentant al acestui grup de substanțe este trihexyphenidylul (cyclodol, romparkin). Consumul a 2-3 tablete (4-6 mg) provoacă starea de euforie. Consumul este de obicei episodic, adeseori cu alte substanțe. Tabloul clinic al intoxicației conține patru etape: *etapa euforică, de confuzie mentală, etapa halucinatorie și de recuperare*. Etapele sunt în funcție de doza administrată. Starea euforică apare peste 20-30 de minute după administrarea medicamentului. Se manifestă cu senzația de greutate corporală, parestezii plăcute, stare euforică, receptivitate crescută la stimuli externi, hipoprosexie, hiperactivitate. Peste 30-40 de minute, în cazul că doza este suficientă, urmează *etapa de confuzie mentală*. Se constată somnolență, dar nu somn, pacienții prezentând în continuare senzații corporale plăcute, depersonalizare, derealizare, receptivitate întârziată la adresări, bradifrenie. Starea durează 2-3 ore, după care evoluează spre halucinații sau spre recuperare. Etapa halucinatorie apare după consumul de doze mari și se manifestă cu halucinații caleidoscopice vizuale. Pacienții compară adeseori halucinațiile avute cu desene animate. Sunt specifice halucinațiile negative ca simptomul țigării dispărute: pacientul vede țigara în mâini, dar ea dispare îndată ce el încearcă s-o apropie de cavitatea bucală. Acești pacienți delimitează totuși halucinațiile avute de realitate. Aspectul clinic este asemănător intoxicației cu alcool, dar fără mirosul specific. Midriaza este tipică. Halucinațiile sunt relatate apoi de pacienți. Starea psihotică este una de delirium tremens.

Starea de sevraj

Consumul a 5-8 tablete de trihexyphenidyl mai mult de 10-15 ori timp de o lună sau o lună și jumătate provoacă la pacient labilitate afectivă, iritabilitate în perioada absenței medicamentului, fapt care indică formarea dependenței. Se constată fenomenul de creștere a toleranței. Sevrajul apare în mediu peste 1-1,5 ani de la consumul medicamentului în doze crescute. Apare peste o zi după încetarea consumului. Simptome: indispoziție, fatigabilitate, mialgii, tremor, mioclonii, hipertonus muscular.

Tipuri de intervenții

În supradozare se vor administra colinomimetice. Starea de sevraj se va trata simptomatic. Asistența psihosocială este indicată ca și altor grupuri de pacienți cu dependență.

Bibliografie recomandată:

1. Kessler, Ronald C., et al, (2001). Patterns and Predictors of Treatment Seeking After Onset of a Substance Use Disorder. In: Arch Gen Psychiatry, Vol. 58, Nov, 1065-1071.
2. Kahan, M. & Marsh, D. 2000, Intoxication, Overdose and Withdrawal. In: Brand, B. (ed.), Management of Alcohol, Tobacco and Other Drug Problems, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto.
3. David A. Williams, William O. Foye, Thomas L. Lemke. Foye's principles of medicinal chemistry. 5th Edition. — Lippincott Williams & Wilkins, 2002. C. 453. 1114 c. ISBN 0683307371

4. Norman S. Miller, MD, FASAM, & Steven S. Kipnis, MD, FACP (2006). Detoxification and Substance Abuse Treatment, TIP 45 (Chpt. 3, pp23-45 & Chpt. 4, pp 47-104), Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Administration, Center for Substance Abuse Treatment.
5. Koob, George F., (2009). Neurobiology of Addiction. Chapter 5. In: Cohen, L.M., Collins, F.L., Jr., Yound, A.M., McChargue, D.E., Leffingwell, T.R., & Cook, K.L., Eds. *Pharmacology and Treatment of Substance Abuse*, New York, Routledge
- f. Revenco M., Prigoda T., Oprea V. *Narcomania și adolescenții: realitățile zilei de astăzi*. Îndrumar pentru adolescenți, pedagogi și părinți. Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic Medicina, 2005.

2.4. ETNOBOTANICE (DROGURI SINTETICE)

Aspecte epidemiologice

Etnobotanicele (spice-uri sau condimente) sunt droguri psihoactive ilegale, constând din amestecuri de ierburi uscate și diverse părți din plante (frunze, tulpini, rădăcini etc.). Aceste produse au fost popularizate pentru prima dată în Europa la mijlocul anilor 2000, fiind vândute ca amestecuri de plante de fumat, tămâie sau odorizante. După ce au devenit cunoscute, spice-urile au intrat rapid pe piața consumatorilor de droguri, de exemplu în rândul tinerilor, aceștia folosindu-le din ce în ce mai frecvent la petreceri din cauza accesibilității ca preț, fiind foarte ieftine în comparație cu alte SPA. Un sondaj efectuat de Flash Eurobarometru în 2014 asupra 13 000 de respondenți între 15-24 de ani în statele membre UE a constatat că 8% au folosit o substanță psihoactivă nouă cel puțin o dată, iar 3% au folosit-o pe parcursul ultimului an. La distribuitori se găsesc sub diferite forme: Silver, Gold, Diamond, Tropical Synergi, Arctic Synergy. Cele mai ridicate niveluri de utilizare în 2015 au fost în Irlanda (9%), Spania, Franța (ambele 8%) și Slovenia (7%) [45]. Etnobotanicele (drogurile sintetice) reprezintă o nouă categorie de droguri psihoactive, create în urma experimentelor și a cercetărilor realizate asupra compoziției și a efectelor drogurilor psihoactive deja existente. Etnobotanicele conțin, în funcție de producător, diferite amestecuri de ierburi. *Exemplu:* coriandru, coadă de leu, floare de lotus albastră, Maconha Brava, cunoscută și sub denumirea de „*marijuana falsă*” și multe altele. Pe lângă aceste plante, amestecurile conțin compuși chimici, cum ar fi: agenți chimici canabimimetici, adică compuși ce mimează efectele canabisului (*ex:* CP-47, 497 – *canabicyclohexan*). Alte exemple de compuși chimici ce imită efectul halucinogen al canabisului: JWH-018, JWH-073 sau HU-210 (*sunt tot agenți canabimimetici*). În afară de acești compuși, esențiali obținerii efectului halucinogen, mai pot conține și diferiți aditivi aromatizanți, cu scopul de a da produsului o aromă specifică; *ex.:* vanilie, miere sau esență de trandafir.

Din categoria drogurilor sintetice fac parte mefedrona (drog stimulant), spice (K-2 sau marijuana sintetică), foxy methoxy (drog halucinogen). Drogurile sintetice sunt comercializate sub denumiri legale, cum ar fi amestecuri de plante uscate, bețișoare parfumate, săruri de baie, îngrășămintă pentru plante, soluții de curățat bijuterii. Plantele halucinogene induc efecte fiziologice și mentale care cuprind în special perturbări ale comportamentului, ale

funcțiilor cognitive și ale percepției, care se pot tulbura până la instalarea halucinațiilor, adică până la modificarea realității. În componența lor se pot găsi urme de amfetamine, methamfetamine, mefedrona, cocaina, heroina, canabinoizi sintetici. Prafurile rezultate se fumează, se ingerează, se prizează, se injectează și poartă diferite nume, precum Magic, Pure, Puff, Strong, Class, Insomnia, Jamaica, Special Cox, Special etc.

Proporția acestor substanțe diferă de la plic la plic, de aceea unii consumatori riscă să consume substanțe impure, amestecuri nocive sau riscă să consume în supradoze. De regulă, se prizează (se trage pe nas) sau se fumează în pipe speciale sau sub formă de țigară. Consumul de prafuri din plicuri „etnobotanice” poate dezvolta dependența fizică și psihică încă de la primul consum, mai ales în cazul substanțelor care conțin metamfetamine.

Tipuri de etnobotanice

Cele trei categorii principale în care se împart aceste droguri sunt:

- canabis sintetic;
- droguri sintetice cu acțiune stimulantă (vândute de obicei ca „săruri de baie”, cu efecte asemănătoare cocainei, metamfetaminei și ecstasy-ului);
- droguri sintetice halucinogene (cu aceleași efecte ca LSD și ecstasy).

Tablou clinic

În funcție de drogul consumat, pot fi resimțite stări de euforie, lipsa oboselii, apetit scăzut, relaxare puternică, amnezie, detașare. Printre efectele secundare se numără dependența fizică și psihică, halucinațiile, atacurile de panică, stări paranoice, comportamentul agresiv. Pot apărea efecte fizice cum ar fi: grețurile, modificarea tensiunii arteriale, convulsii, dificultăți de vorbire, tulburare de conștiință, comă sau deces.

Semne ale abuzului de etnobotanice

Semnele abuzului de droguri sintetice sunt asemănătoare cu cele ale dependenței de alcool sau de droguri de stradă, în funcție de tipul de acțiune:

- schimbări de comportament ca izolarea de familie, furt de bani din familie;
- hiper- sau hiponutriție;
- schimbări de aspect exterior și igienă;
- stări confuzionale;
- probleme legate de somn: insomnii, anxietate, coșmaruri;
- scăderea performanței la școală sau la serviciu;
- deteriorarea relațiilor sociale, lipsa de interes față de prietenii și activitățile de altădată.

Efecte imediate după consumul de etnobotanice:

- dilatarea pupilelor;
- energie crescută;
- stări de amețelă;
- pierderea poftei de mâncare;
- insomnii, tulburări de somn;
- agitație, tremur, neliniște;
- ideatie obsesiv-compulsivă;
- vorbire rapidă, dar bâlbâită;
- creșterea libidoului;
- iritabilitate, panică.

Efecte cronice după o perioadă îndelungată de consum de etnobotanice:

- dependență psihică;
- dependență fizică;
- pierdere în greutate;
- stricarea, căderea dinților;
- episoade psihotice;
- halucinații;
- delir, ideatie bizară, incoerență;
- risc crescut de atacuri cerebrale;
- leziuni cerebrale;
- probleme medicale severe.

2.4.1 MEFEDRONA

Mefedrona (în engleză: mephedrone) este un stimulent sintetic din clasa amfetamine-lor. Acesta substanță este comercializată ca îngrășământ de plante sau sare de baie. Efectele consumului de mefedronă seamănă cu cele avute în timpul consumului de cocaină, amfetamină sau ecstasy. Efecte secundare ale mefedronei: în urma prizării pe nas, poate provoca sângerări și arsuri în zona nazală, halucinații auditive și vizuale, probleme de concentrare și orientare a atenției, pupile dilatate, scrâșnirea dinților (bruxism), probleme de circulație de sânge, erupții cutanate, anxietate, paranoia, convulsii, râsul spontan fără cauză și fără obiect, sentimentul de a fi urmărit, de a suspecta pe toată lumea, anxietate, tulburări de somn, tulburări de comportament cu episoade psihotice.

Semne ale consumului pe termen lung și ale intoxicației cu mefedronă:

- dificultăți de respirație, ochii roșii, pupile dilatate;
- schimbări ale temperaturii corpului, probleme ale termoreglării corpului;
- creșterea pulsului, palpitații, dureri de cap;
- pierderea apetitului alimentar;
- transpirații abundente;
- răcirea extremităților corpului și paloarea lor (albăstrirea vârfurilor degetelor);
- anxietate, depresie, paranoia, agresivitate;
- curgerea nasului (atunci când consumatorul obișnuiește să prizeze pe nas);
- pe termen lung poate crea impotență.

1.4.2. CANABINOIZI SINTETICI

Aceștia se găsesc mai ales în produsele Spice, K2 și imită acțiunea THC-ului, substanța activă din planta de marijuana. Produsele de tip „Spice” conțin canabinoizi sintetici care sunt de fapt substanțe chimice experimentale în cercetare. Aceste substanțe experimentale nu sunt destinate consumului uman, pentru că nu există încă suficiente date despre efectele lor, despre reacțiile adverse, consecințele pe termen lung determinate de consumul lor, potențialul lor de a crea dependență. În urma consumului acestor substanțe, utilizatorul resimte efecte similare consumului de marijuana, însă aceste efecte pot fi de trei-patru ori mai puternice ca intensitate.

Efectele adverse

Lipsa de informații referitoare la compoziția chimică, proveniența ingredientelor și a substanțelor, posibil periculoase, utilizate pentru fabricarea drogurilor etnobotanice provoacă dificultăți la evaluarea riscurilor pentru sănătate și a nivelului de toxicitate. Unele droguri sunt combinate cu alcool și alte droguri ilegale, ceea ce determină efecte secundare și mai periculoase. Consumul de etnobotanice reduce inhibițiile și încurajează comportamentul riscant, crescând astfel șansele ca adolescenții să conducă sub influența drogurilor, să facă sex neprotejat sau să fie implicați în accidente. Majoritatea drogurilor sintetice nu pot fi depistate în urină sau alte analize medicale, ceea ce face ca nivelul de intoxicare să nu poată fi stabilit.

Simptome de sevraj

Printre simptomele de sevraj identificate se constată insomnia, anxietatea, tremurăturile, transpirația, stările depresive, agitația, creșterea tensiunii arteriale.

Tipuri de intervenții

Publicațiile medicale și științifice oferă puține informații referitoare la tratamentul indicat persoanelor care sunt dependente de droguri sintetice. Nu există un tratament standard, deoarece medicii nu au date referitoare la compoziția etnobotanicilor, motiv pentru care se începe cu tratarea simptomelor. În funcție de severitatea dependenței și de manifestările asociate acesteia, persoana dependentă poate începe tratamentul urmând una dintre etapele de tratament descrise mai jos. Se recomandă ca pentru început să se apeleze la câteva ședințe de consiliere psihologică.

În situațiile de dependență de etnobotanice startul tratamentului poate să însemne parcurgerea unor etape: dezalcoolizarea, consilierea psihologică, recuperarea psihologică și comportamentală într-o clinică sau într-un centru staționar, participarea la grupuri de suport pentru neconsumatori/abstinenți.

Dezintoxicarea

În cazul consumului de droguri și a altor substanțe, dezintoxicarea implică, de regulă, spitalizarea și reprezintă un set de intervenții medicale (în special administrarea de medicamente) cu scopul de a controla efectele intoxicației acute și de a diminua simptomele de sevraj. Se acționează pentru eliminarea din organism a substanței față de care pacientul este dependent și pentru ameliorarea stărilor neplăcute de ordin fizic și psihic ce sunt cauzate uneori de abuzul de substanță sau altelei de sevraj. Pe lângă dezintoxicare, pacienții participă la terapii în grup, asistență psihologică și socială, sunt incluși în programe de reabilitare.

Consilierea psihologică

Consilierea psihologică este o formă de intervenție psihologică ce se adresează persoanelor sănătoase aflate în circumstanțe de impas cu privire la rezolvarea unor situații de criză de natură personală, familială, socială sau profesională. Consilierul îl ajută pe client să gestioneze o situație de criză și îl asistă în găsirea unei soluții la problema cu care se confruntă.

Grupuri de sprijin (de suport)

Un grup de suport/sprijin pentru dependenți în recuperare este un cadru care oferă membrilor acestuia posibilitatea de a se menține neconsumatori sau abstinenți. În cadrul ședințelor de grup, membrii grupului pot împărtăși experiențe similare de viață, din perioada consumului sau cea de după oprirea lui, își pot oferi ascultare, înțelegere, se pot încuraja și motiva reciproc pentru a menține un stil de viață sănătos, fără episoade de consum/dependență. Un grup de suport nu este un grup de terapie. Grupul de suport se axează în principal pe sprijinul și ajutorul reciproc. Cele mai cunoscute grupuri de suport pentru dependenți sunt cele ale Alcoolicilor Anonimi, Jucătorilor de noroc Anonimi etc.

Bibliografie recomandată:

1. Mills B, Yepes A, Nugent K. Synthetic Cannabinoids. *Am J Med Sci.* 2015 Jul;350(1):59-62. doi: 10.1097/MAJ.0000000000000466.
2. Castaneto MS, Gorelick DA, Desrosiers NA, Hartman RL, Pirard S, Huestis MA. Synthetic cannabinoids: epidemiology, pharmacodynamics, and clinical implications. *Drug Alcohol Depend.* 2014 Nov 1;144:12-41. doi: 0.1016/j.drugalcdep.2014.08.005. Epub 2014 Aug 18.
3. Ulrich S, Zimmermann PD, Dr. med., Patricia R. Winkelmann, Max Pilhatsch, Josef A Nees, Dr. med., Rainer Spanagel, Prof. Dr. rer. nat., and Katja Schulz, Dr. rer. nat. Withdrawal Phenomena and Dependence Syndrome After the Consumption of „Spice Gold”. *Dtsch Arztebl Int.* 2009 Jul; 106(27): 464–467. Published online 2009 Jul 3. doi: 10.3238/arztebl.2009.0464
4. Auwärter V, Dresen S, Weinmann W, Müller M, Pütz M, Ferreiros N. „Spice” and other herbal blends: Harmless incense or cannabinoid designer drugs? *J Mass Spectrom.* 2009;44(5):832–837. [PubMed]
5. Seely KA, Lapoint J, Moran JH, Fattore L. Spice drugs are more than harmless herbal blends: a review of the pharmacology and toxicology of synthetic cannabinoids. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2012 Dec 3;39(2):234-43. doi: 10.1016/j.pnpbp.2012.04.017. Epub 2012 Apr 26.
6. Gurdal F, Asirdizer M, Aker RG, Korkut S, Gocer Y, Kucukibrahimoglu EE, Ince CH. Review of detection frequency and type of synthetic cannabinoids in herbal compounds analyzed by Istanbul Narcotic Department of the Council of Forensic Medicine, Turkey. *J Forensic Leg Med.* 2013 Aug;20(6):667-72. doi: 10.1016/j.jflm.2013.03.041. Epub 2013 Apr 28.
7. Fantegrossi WE, Moran JH, Radominska-Pandya A, Prather PL. Distinct pharmacology and metabolism of K2 synthetic cannabinoids compared to Δ(9)-THC: mechanism underlying greater toxicity? *Life Sci.* 2014 Feb 27;97(1):45-54. doi: 10.1016/j.lfs.2013.09.017. Epub 2013 Sep 29.
8. www.drugabuse.gov
9. www.interventionsupport.com
10. www.axisresidentialtreatment.com www.altamirarecovery.com

Partea III. DIVERSE GRUPURI POPULAȚIONALE. GESTIONAREA COMORBIDITĂȚILOR

3.1. PACIENȚI CU HIV/SIDA

Pacienții aflați în tratament cu metadonă, după stabilizarea dozei, vor putea începe terapia antiretrovirală. Tratamentul cu metadonă ar trebui făcut în colaborare cu specialiștii HIV, TB și medicii infecționiști pentru a se evita posibilele riscuri de interacțiune farmacologică.

Apariția fenomenelor dementiale în HIV/SIDA face dificilă administrarea terapiei de substituție, având în vedere necesitatea supravegherii. Cel mai frecvent fenomen întâlnit a fost apariția unui ușor sindrom de sevraj care a necesitat, în funcție de clasa medicamentului, o creștere cu 15–25% a dozelor de metadonă. Dintre medicamentele antiretrovirale, Abacavirul (ABC) și Stavudina (d4T) sunt mai frecvent citate.

3.2. PACIENȚI CU HEPATITELE VIRALE VHC/VHB

Se recomandă screeningul la hepatitele B și C, dar și terapie antivirală a hepatitelor, în țări unde acest tratament este pe larg disponibil. Cei cu rezultat negativ vor fi vaccinați pentru hepatita B. Studiile arată că terapia cu Interferon și Ribavirină poate induce simptome ce pot fi confundate cu sevrajul și, în consecință, pot duce la creșterea dozei de metadonă și supradozare. De aceea majoritatea autorilor recomandă inițierea terapiei specifice pentru hepatita C sau B doar la pacienții cu doze sub 40–50 mg metadonă/zi sau trecerea lor pe buprenorfină-naloxonă înaintea inițierii terapiei cu Interferon [6].

3.3. PACIENȚI CU TUBERCULOZĂ PULMONARĂ

La inițierea tratamentului pacienții vor fi testați la tuberculoza pulmonară. Se vor prelungi ambele terapii în cazul prezenței tuberculozei, cu monitorizarea clinică și evaluarea interacțiunilor. Se va ajusta doza de metadonă odată cu inițierea tratamentului la TB, de regulă, doza va fi mărită. Se recomandă consultarea Protocoalelor Clinice de specialitate, la Metadină și TB.

3.4. CATEGORII DE TULBURĂRI PSIHICE ASOCIATE CU CONSUMUL DE SPA

Tulburări psihice:

- depresie;
- tulburare de personalitate antisocială;
- tulburare de personalitate borderline;
- tulburare bipolară;
- tulburare schizoafectivă;
- schizofrenie;
- tulburare de stres posttraumatic;
- sociofobie.

Tulburări asociate cu adicția:

- abuz/dependență de alcool;
- cocaină/amfetamine;
- opioide;
- substanțe volatile;
- marijuana;
- consum combinat de substanțe psihoactive;
- preparate eliberate în bază de prescripție medicală.

Tratamentul integrat al abuzului de SPA și al tulburărilor afective

Depresia

Utilizarea antidepressivelor tricyclice și a inhibitorilor selectivi ai recaptării serotoninei produce efecte bune la pacienții cu depresie care consumă substanțe psihoactive. Pot fi aplicate și la pacienții care fac abuz de substanțe psihoactive, în caz de contradicții minime.

A fost demonstrată efectivitatea utilizării acestora la pacienții cărora le este administrată metadona, la femeile cu alcoolism și depresie.

Tulburările bipolare și tulburările asociate cu abuzul de SPA

Preparatele pentru tratarea tulburărilor bipolare sunt deseori necesare pentru stabilizarea pacienților în vederea asigurării eficienței tratamentului abuzului de substanțe psihoactive. Simptomele tulburărilor asociate cu consumul de cocaină/metamfetamină deseori simulează tulburările bipolare, medicamentele pentru tratarea acestora nu și-au confirmat eficiența și aceste tulburări nu se supun tratamentului cu mijloacele aplicate în tratamentul tulburărilor bipolare.

Schizofrenia și tulburările asociate cu abuzul de substanțe psihoactive

Diagnosticul diferențial al psihozei cu metamfetamină poate fi dificil de realizat. Deseori este necesar tratament medicamentos.

Bibliografie recomandată:

1. Prelipceanu Dan, Ghid clinic de tratament substitutive al dependenței de opiacee, București, ed. Asociației Psihiatrice Române, 2010.
2. Opioid overdose: preventing and reducing opioid mortality. Discussion paper WHO/UNODC 2013. United Nations, 2013.
3. Tratamentul farmacologic cu metadonă al dependenței de opiacee. Protocol clinic național. PCN-225. Chișinău, 2015.
4. Briggs C., Pepperell J.L., “Women, girls, and addiction. celebrating the feminine in counseling treatment and recovery”, Routledge, New York, 2009

5. World Health Organization(WHO),(2009). Women and health: Today's evidence tomorrow's agenda. Geneva, Switzerland:WHO Press.
6. Comorbidity of mental disorders and substance use: A brief guide for the primary care clinician. Monograph Series No. 71.Australia,2008. ISBN: 1-74186-772-X.
7. Kavanagh, D. J., McGrath J., Saunders J. B., Dore G., Clark D. (2002) Substance misuse in patients with schizophrenia: epidemiology and management. *Drugs*, 62, 743-55
8. Degenhardt, L., Hall W., Lynskey M. (2003) Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction*, 98, 1493-504. 5. Harder, V. S., Morral A. R., Arkes J. (2006) Marijuana use and depression among adults: Testing for causal associations. *Addiction*, 101, 1463-72. 6. Patton, G. C., Coffey C., Carlin J. B., Degenhardt L., Lynskey M., Hall W. (2002) Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *British Medical Journal*, 325, 1195-8.
9. Ragg, M., Ahmed T. (2007) Smoking and Mental Health: A review of the literature.

Partea IV. ÎNGRIJIRILE ÎN DEPENDENȚE

4.1. TIPURI DE ÎNGRIJIRI UTILIZATE ÎN DEPENDENȚE

Asistența medicală primară (AMP). Asistența integrată în medicina primară este o bună oportunitate, deoarece este prestată la locul de trai, exact acolo unde clientul trăiește și muncește. Localizarea acestora le oferă medicilor de familie posibilitatea de a stabili o relație strânsă cu clienții și de a înțelege necesitățile zilnice ale acestora. Serviciile comunitare pot colabora și conlucra cu serviciul de asistență primară pentru persoanele drog-dependente prin diferite modalități.

Serviciile specializate. Pentru a îmbunătăți o rețea de tratament și pentru a satisface nevoile de sănătate și cele sociale ale clienților, planificatorii de programe trebuie să includă mai multe servicii specializate, cum ar fi următoarele:

- Serviciile de urgență medicale și de sănătate mintală pot sprijini serviciile comunitare prin oferirea locurilor pentru cazare, precum și serviciilor de laborator care nu pot fi disponibile în cadrul serviciilor sau rețelelor comunitare;
- Programele HIV/SIDA pot presta servicii integrate pentru clienții lor prin intermediul clinicilor;
- Parteneriate cu serviciile comunitare de outreach;
- Reabilitare fizică și/sau asistență la domiciliu pentru acei clienți care nu pot părăsi casa din motive de sănătate;
- Programe de asistență și sănătate la locul de muncă pe care le pot dezvolta serviciile comunitare;
- Programele care promovează locuințe la prețuri accesibile și/sau venitul și ocuparea în câmpul muncii;
- Instruiri pentru abilități sociale și vocaționale/profesionale și oportunități de angajare.

Centrele de zi pentru consumatorii de droguri propun programe psihoterapeutice sau consultative pe baza elaborării unui plan. De regulă, programul este conceput pentru o persoană concretă, luând în considerație necesitățile ei și are un aspect de abordare individualizat. Activitatea acestor centre are la bază evaluarea inițială complexă și regulată a problemelor existente, caracteristicilor personale, suportului psihosocial existent, factorilor stresanți, realizată de personal competent, special pregătit. Pe baza acestei evaluări sunt elaborate mai multe obiective în asistența persoanei, iar progresul este urmărit de-a lungul procesului de îngrijire. O parte componentă a acestui tip de asistență o constituie relațiile cu alte servicii în domeniu și referirea beneficiarilor pentru accesarea lor.

Comunitățile terapeutice. Există două tipuri de programe de reabilitare în cadrul comunităților terapeutice: de scurtă durată și de lungă durată. Programele de scurtă durată, de regulă, includ în calitate de etapă inițială dezintoxicarea și durează de la 30 până la 90 de zile. Programele de durată mai lungă în cadrul comunităților terapeutice prevăd perioada de menținere a abinenței sub supraveghere medicală și durează de la 6 la 12 luni. Mai populare sunt programele de lungă durată ale comunităților terapeutice. Serviciile de reabilitare dispun de un șir de caracteristici care includ: traiul

în comun, consilierea individuală și de grup pentru prevenirea recăderilor, abordarea individualizată a asistenței, dezvoltarea abilităților sociale, instruirea și pregătirea profesională, servicii de asigurare cu loc de trai.

Lucrătorii outreach au apărut în 1981 în Olanda și au mai multe calificative: lucrători stradali, lucrători de acoperire, mentori, mentori-colegi, educatori de la egal la egal etc. Activitatea lucrătorilor outreach constă în stabilirea și menținerea contactului cu utilizatorii de droguri în locurile care le convin acestora. Lucrătorul outreach lucrează concomitent la câteva nivele: cu clientul, cu comunitatea în care se află persoana respectivă, cu societatea în general (serviciile sociale, reprezentanții autorităților). Serviciul outreach implică identificarea și stabilirea unei relații cu persoanele utilizatoare de substanțe în mediul lor natural (acasă, în stradă, parcuri, instituții religioase etc.), pentru a le implica în orice tip de intervenție în vederea reducerii prejudiciilor legate de consumul de substanțe și promovării abinenței.

Ar putea fi util de avut lucrători outreach care au o experiență personală de consum de droguri, însă acest lucru nu este obligatoriu. Un aspect important al implicării clienților este de a elabora o politică a „ușilor deschise” și de a facilita accesul la servicii. Flexibilitatea, accesibilitatea și siguranța trebuie să fie principii directe.

Echipele outreach trebuie să includă persoane din comunitățile cu care intenționează să lucreze serviciile de tratament. Lucrătorii de la egal la egal pot fi un exemplu viu, care arată că este posibil de a fi o parte productivă a societății.

Intervenții psihoterapeutice: Dacă în consiliere se lucrează în special asupra evenimentelor și proceselor externe, psihoterapia își propune să influențeze procesele intrapsihice care mențin consumul de drog sau interferează cu tratamentul. Există numeroase studii care au dovedit eficiența intervențiilor psihoterapeutice asociate tratamentului substitutiv. Dintre acestea, mai bine documentate sunt intervențiile de tip cognitiv-comportamental și cele de tip interviu motivațional.

Implicarea utilizatorilor și elaborarea planurilor individuale de tratament sau îngrijiri

Se recomandă ca echipele Serviciului de Tratament Bazat pe Comunitate să elaboreze planuri individuale de tratament, deoarece fiecare client este unic. La elaborarea unui plan de tratament, personalul trebuie să respecte pe deplin viziunile sociale, culturale, spirituale ale pacientului și să țină cont de rețelele de suport. Planurile de îngrijiri trebuie întotdeauna să evalueze și să identifice punctele forte ale persoanei și domeniile problematice. Acestea pot fi utilizate la selectarea serviciilor de care au nevoie persoanele, inclusiv la referirea către serviciile prestate de alte agenții din comunitate. Un plan de îngrijiri trebuie să includă clientul ca partener. Această înseamnă că clientul participă pe deplin la stabilirea scopurilor tratamentului (de exemplu, reducerea nivelului de consum/abinență), cadrului de timp și abordărilor față de tratament. Un plan de îngrijiri poate include diverse intervenții, de la ședințe de instruire la consilierea pentru promovarea autonomiei.

Satisfacerea necesităților clienților poate fi efectuată prin realizarea acțiunilor repetate de outreach, screening, managementul cazului, evaluări în profunzime, elaborarea planurilor mai ample de tratament și prestarea tratamentelor sau intervențiilor corespunzătoare.

4.2. SERVICII DE TRATAMENT BAZATE PE COMUNITATE (STBC)

Asistența unui pacient cu dependență presupune o componentă importantă care ține de societatea/comunitatea și familia pacientului. În programele de reducere a riscurilor și reabilitare pentru pacienții cu dependențe sunt utilizate metode de abordare multidisciplinară și managementul de caz. Aceste servicii vor fi implementate neapărat și vor cuprinde în conținutul lor diverse activități, inclusiv terapii de grup, programul 12 pași, terapii individuale. Terapia cognitiv-comportamentală va fi una din terapiile care și-a demonstrat eficacitatea. Una dintre tipurile de asistență eficace, utilizată în țări ca Olanda, Statele Unite ale Americii, este terapia FACT (Flexible Assertive Community Treatment), metodă care presupune asistența permanentă a pacientului prin intermediul echipei care cuprinde psihiatru (sau specialist în dependențe), asistent social, nursă, psiholog, manager de caz, lucrător de la egal la egal. Echipa discută fiecare caz în parte în timpul ședinței, iar pacientului i se oferă acele servicii de care el are nevoie la moment: asistență psihologică, rezolvarea problemelor sociale, inclusiv locuința protejată, aranjarea la serviciu, discuția cu vecinii, poliția la necesitate, administrarea medicamentului la timp cu acordul pacientului. Spre deosebire de alte tipuri de tratament existente (inclusiv Assertive Community Treatment, utilizat mai mult în Statele Unite), serviciile orientate activ spre pacient (noțiunea Flexible din titlu presupune aceasta) au un randament mai mare, inclusiv față de serviciile în cadrul Centrelor Comunitare de Sănătate Mentală, care presupune aceeași asistență, dar mai mult în cadrul Centrului decât în afara lui.

Pacienții clienții trebuie informați foarte clar despre gama de opțiuni de tratament disponibile, e necesar să fie explicate integral și clar riscurile și beneficiile pe care le pot avea. Programul ar trebui să fie convenit cu pacientul și renegociat pe tot parcursul tratamentului. Discuțiile echipei în vederea schimbării planurilor de tratament ar trebui să aibă loc în mod regulat. Unul din punctele forte ale serviciului de tratament bazat pe comunitate este faptul că aceste servicii pot fi prestate oriunde și oricând este nevoie, de exemplu chiar și la domiciliul persoanei. Serviciile pot fi încadrate în sistemul de sănătate publică, dar, de asemenea, și organizațiile neguvernamentale (ONG-uri), care joacă un rol important în prestarea acestora, uneori fiind chiar unicele în comunitate.

Posibili parteneri în comunitate pot fi:

- organizații de protecție a drepturilor omului;
- lideri comunitari și religioși;
- unități de comerț;
- servicii medicale, precum clinicile și spitalele;
- organizații și lideri de tineret;
- servicii sociale;
- media.
- Serviciile bazate pe comunitate au următoarea destinație:
- A ajuta clienților să-și dezvolte abilitățile de gestionare a propriei vieți în comunitate;
- A răspunde la diversitatea necesităților clienților;

- A asigura cele mai bune rezultate posibile în problema utilizării drogurilor și a drog-dependenței;
- Evaluare și gestionare de caz;
- Suport psihosocial, precum consilierea, interviul motivațional și terapia cognitiv-comportamentală;
- Consilierea personală și pentru modul de viață (individual, de grup);
- Tratatament farmacologic profesional asistat (de exemplu, managementul abstenenței, tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee, tratamentul tulburărilor colaterale);
- Intervenția de reducere a riscurilor, așa ca programul schimb de seringi;
- Apartamente protejate;
- Programe comunitare structurate furnizate prin programe de tratament de zi sau de seară;
- Legături cu serviciile protejate de management și recuperare;
- Coordonarea serviciilor nespecializate pentru a satisface nevoile clienților.

Beneficiile STBC

Evidențele demonstrează că atunci când clienții le utilizează, are loc o diminuare a internărilor de urgență și a numărului de zile în staționar.

- Este mai puțin invaziv ca alte tratamente (rezidențial, spitalicesc, terapie intensivă etc.).
- Este mai ușor accesibil tratamentul.
- Este mai mică absența de la viața familială, socială.
- Este concentrat asupra integrării sociale din start.
- Este atractiv pentru pacienți.
- Este mai flexibil decât alte modalități de tratament.
- Este încurajată independența pacientului în mediul natural.
- Este accesibil pentru pacienți, familii și comunitate.
- Contribuie la educarea comunității și reducerea stigmei.
- Se concentrează asupra abilitării comunitare.

4.3. NIVELE DE ÎNGRIJIRI SPECIALIZATE ALE PACIENȚILOR CU DEPENDENȚE

În tratamentul dependențelor de lungă durată rata eficacității depinde mult de serviciul ambulator, iar spitalizarea este indicată doar în foarte puține cazuri de dependențe, de obicei legată de supradozare. Nivelele de intervenție sunt descrise în Protocolul clinic național (PCN – 225) „**Tratatamentul farmacologic cu metadonă al dependenței de opiacee**”⁶, însă pentru facilitarea studierii le readucem în text.

⁶http://old.ms.gov.md/_files/15033-Protocol%2520clinic%2520national%2520OPIACEE%2520%252019.09.2014%25281%2529.pdf

Nivelul I. Ambulatoriu

Descrierea serviciilor

- Outreach.
- Vizite ocazionale.
- Ședere limitată.
- Frecvență: săptămânal sau o dată la două zile, zilnic pentru mulți clienți.
- Exemplu: consultare de ambulatoriu, inclusiv îngrijiri psihosociale și tratament farmacologic, servicii sociale suplimentare.

Grupul-țintă

- Persoane afectate de consumul de droguri și/sau dependență care nu sunt în contact cu tratamentul aplicat.
- Pacienții clienții care beneficiază de intervenții de reducere a consecințelor dependenței de droguri asupra sănătății și a consecințelor sociale.
- Pacienții clienții diagnosticați cu grade de severitate care pot fi gestionate cu resursele disponibile sau care au beneficiat de tratament la un nivel mai intens și starea lor s-a îmbunătățit într-o măsură care le permite să beneficieze de acest nivel de tratament, inclusiv pacienții clienții cu „diagnostice duble” sau tulburări mintale ușoare (sau mai severe, însă stabile).

Nivelul II. Îngrijiri intensive de ambulatoriu/spitalizare parțială

Descrierea serviciilor

- Tratatament într-un context ne-rezidențial, de exemplu servicii de asistență primară.
- Ședere de câteva ore, dimineața, după-amiază sau ambele. Frecvență: zilnic.
- Exemplu: clinică de zi/centru pentru vizite ocazionale.

Grup-țintă

- Pacienți clienți diagnosticați cu grade de severitate care pot fi gestionate în cadrul unui program ambulatoriu. Se potrivește cel mai bine pentru persoanele care necesită îngrijiri de înaltă intensitate, care pot fi prestate zilnic, pe parcursul vizitelor de câteva ore. Acest nivel poate implica componentele care există în mod normal în programele rezidențiale, mai structurate.

Nivelul IV. Spitalul

Descrierea serviciilor

- Tratatament spitalicesc. Accent pe îngrijirile medicale generale și specializate.
- Include îngrijiri prestate tipic în context rezidențial, așa ca îngrijiri medicale, psihiatrice, psihosociale profesionale, detoxifiere, monitorizarea tratamentului medicamentos, evaluare, tratament, reabilitare, abordări bazate pe familie etc. sub supravegherea specialiștilor acreditați în sănătate.

Grup-țintă

- Persoane, în special cele cu o formă severă a tulburării sau cele dintr-un grup de risc de nivel înalt, care necesită detoxifiere asistată de medicamente.
- Necesități ce derivă din tulburări legate de consumul de substanțe cu complicații medicale și de sănătate mintală moderate și severe.
- Tulburări medicale și mintale subacute ce necesită toate dintre resursele disponibile într-un spital general sau specializat.

<i>Situații de urgență / Intervenția de criză</i>	
1. Instituții de tratament inițial	Îngrijirile sunt prestate utilizatorilor la faza acută, înainte de internare pentru tratament.
2. Gestionarea sevrajului și detoxifiere	Gestionarea sevrajului și a intoxicației acute prin intermediul asistenței profesionale (toxicologice) de consultanță; ca regulă, pentru perioade de mai puțin de o lună.
3. Reabilitare	Programul intermediar are scopul de a preveni recidivele.
4. Mijloace de trai durabile	Reintegrare socială, precum și măsuri de suport pentru succesul pacientului/clientului pe piața locurilor de muncă, suport social și locuință.
5. Implicarea familiei	La cererea pacientului/clientului, familia sa va fi implicată în terapie.
6. Asistență juridică	Servicii prestate pentru a răspunde necesităților pacienților/clientilor cu dependență de droguri, care au comis o crimă legată de istoria lor de consum de droguri.
7. Prevenirea consumului de droguri	Consiliere, suport psihologic, informare și terapii de familie.
9. Promovarea sănătății	Activități menite să încurajeze pacienții/clientii de a integra stilul sănătos de viață.
10. Altele	Vor fi specificate alte servicii prestate.

Bibliografie recomandată:

1. UNODC, TREATNET: Quality Standards for Drug Dependence Treatment and Care Services. New York, 2012.
2. UNODC, Departamentul de institutii penitenciare. Manual de procedură în implementarea Programului de Schimb de Seringi, distribuirea prezervativelor și a dezinfectanților în sistemul penitenciar din Republica Moldova. Chișinău, 2015.
3. Miller, William R. (2006). Motivational Factors in Addictive Behaviors, edited by Miller, William R. and Carroll, Kathleen M. In: *Rethinking Substance Abuse*, Chapter 9, New York: The Guilford Press, p134-150. Lundahl, Brad & Burke, Brian L. (2009). The Effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: A Practice-Friendly Review of Four Meta-Analyses. In: *Journal of Clinical Psychology: in Session*, Vol 65(11), 1232-1245.
4. Tooley&Moyers (2012). Motivational Interviewing in Practice, edited by Walters and Rotgers. In: *Treating Substance Abuse Theory and Technique*, Third Edition, Chapter 2, New York: The Guilford Press, p.28-47.
5. Carroll, Kathleen M. and Rounsaville, Bruce J. (2006). Behavioral Therapies: *The Glass Would Be Half Full If Only We Had a Glass*, edited by Miller, William R. and Carroll, Kathleen M. In *Rethinking Substance Abuse*, Chapter 14, New York: The Guilford Press, p.223-239.
6. Litt, Mark D., Kadden, Ronald M., and Stephens, Robert S. (2005). Coping and Self-Efficacy in Marijuana Treatment: Results From the Marijuana Treatment Project. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 73, No. 6, 1015-1025.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE GENERALE

1. United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2015 (United Nations publication, Sales No. E.15.XI.6).; http://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf.
2. ICD-10, Clasificarea Tulburărilor Mentale și de Comportament, ediția 10., ed. ALL, București, 1998. 420 p.
3. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh312/111-118.pdf>.
4. Adv Psychosom Med. 2011;30:22-60. doi: 10.1159/000324065. Epub 2011 Apr 19. Addiction and brain reward and antireward pathways. Gardner EL1.
5. Pol J Pharmacol. 2001 Jul-Aug;53(4):303-17. Drug addiction. Part II. Neurobiology of addiction. Vetulani J1.
6. Karen D. et al. Cognitive Dysfunction and Anxious-Impulsive Personality Traits Are Endophenotypes for Drug Dependence; Am J Psychiatry. 2012; vol. 169, Issue 9, September 2012, p. 926-936.
7. Nihon Shinkei Seishin Yakurigaku Zasshi. 2013 Aug;33(4):155-60. [Genetic vulnerability of methamphetamine dependence]. [Article in Japanese] Moriya Y, Kasahara Y, Sora I. Available

- at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25069251>.
8. Victoria Police. 2002. Custodial Drug Guide: Medical Management of People in Custody with Alcohol and Drug Problems. Mornington, Victoria, Australia: Custodial Medicine Unit, Victoria Police.
 9. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders DSM-V; American Psychiatric Association, 2013, 5th ed.
 10. The ICD-10 classification of Mental and Behavioural Disorders; World Health Organisation, Geneva, 1992.
 11. AIHW (Australian Institute of Health and Welfare) 2002, 2001 National Drug Strategy Household Survey: First Results, Drug Statistics Series No. 9, AIHW cat. no. PHE 35. AIHW, Canberra. Available at: <http://www.aihw.gov.au>.
 12. Di Castelnuovo, A.; Costanzo, S.; Bagnardi, V.; et al. Alcohol dosing and total mortality in men and women: An updated meta-analysis of 34 prospective studies. *Archives of Internal Medicine* 166:2437–2445, 2006.
 13. Résolution du Parlement européen du 5 septembre 2007 sur une stratégie de l'Union européenne pour aider les États membres à réduire les dommages liés à l'alcool (2007/2005(INI)). Disponible: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&language=FR&reference=P6-TA-2007-377>.
 14. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (1993). Improving Treatment for Drug-Exposed Infants. Tip 5. DHHS Publication No. (SMA) 93-2011.).
 15. WHO Brief Intervention Study Group, 1996.
 16. Saivin, S., Hulot, T., Chabac, S., Potgieter, A., Durbin, P., Houin, G. (Nov 1998). "Clinical Pharmacokinetics of Acamprosate". *Clinical Pharmacokinetics* 35 (5): 331-345.
 17. C Heather Ashton, DM, FRCP. BENZODIAZEPINE EQUIVALENCY TABLE. Available at: <http://www.bcnc.org.uk/equivalence.html>.
 18. Benzodiazepine Equivalence Chart. Available at: <http://www.mental-health-today.com/rx/benzo.htm>.
 19. Benzodiazepine Dose Conversions (oral). Available at: http://globalrph.com/benzodiazepine_calc.htm.
 20. Benzodiazepine Equivalency/Half-Life/Dose Chart. Available at <http://www.bluelight.org/vb/threads/99918-Benzodiazepine-Equivalency-Half-Life-Dose-Chart>.
 21. United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2014 (United Nations publication, Sales No. E.14.XI.7).
 22. Latt, N., White, J., McLean, S., Lenton, S., Young, R. & Saunders, J. 2002, 'Central Nervous System Stimulants', in Hulse, G., White, J. & Cape, G. (eds.) 2002, Management of Alcohol and Drug Problems, ch. 8, Oxford University Press, South Melbourne, p. 124–140.
 23. Jayaram-Lindström N et al (2008). Naltrexone for the treatment of amphetamine dependence: a randomized, placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 165:1442-8.
 24. Grabowski J et al (2001). Dextroamphetamine for cocaine-dependence treatment: a double-blind randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21:522-6.
 25. Shearer J et al (2003). Pilot randomized double blind placebo-controlled study of dexamphetamine for cocaine dependence. *Addiction*, 98:1137–41.
 26. Schmitz JM et al (2001). Naltrexone and relapse prevention treatment for cocaine-dependent patients. *Addictive Behaviors*, 26:167–80.

27. Hersh D, van Kirk JR, Kranzler HR (1998). Naltrexone treatment of comorbid alcohol and cocaine use disorders. *Psychopharmacology* (Berlin), 139: 44–52.
28. Soares B1, Lima Reisser AA, Farrell M, Silva de Lima M. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Feb 17;(2):CD003352. doi: 10.1002/14651858.CD003352. pub2. WITHDRAWN: Dopamine agonists for cocaine dependence.
29. Lima MS1, Reisser AA, Soares BG, Farrell M. Antidepressants for cocaine dependence. WITHDRAWN: Antidepressants for cocaine dependence. [*Cochrane Database Syst Rev*. 2010]
30. Copeland, J., Swift, W., Howard, J., Roffman, R., Stephens, R. & Berghuis, J. 2001, 'A Randomised Controlled Trial of Brief Interventions for Cannabis Problems Among Young Offenders', *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 63(s1), p.32.
31. Marshall K1, Gowing L, Ali R, Le Foll B. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 ;12: CD008940. doi: 10.1002/14651858.CD008940.pub2. Epub 2014 Dec 17. Pharmacotherapies for cannabis dependence.
32. Kahan, M. & Marsh, D. 2000, 'Intoxication, Overdose and Withdrawal' in Brand, B. (ed.), Management of Alcohol, Tobacco and Other Drug Problems, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto.
33. Medicine in Quotations Online www.acponline.org/cgi-bin/medquotes.
34. David A. Williams, William O. Foye, Thomas L. Lemke. Foye's principles of medicinal chemistry. 5th Edition. — Lippincott Williams & Wilkins, 2002. — C. 453. — 1114 p. — ISBN 0683307371.
35. Young, R., Saunders, J., Hulse, G., McLean, S., Martin, J. & Robinson, G. 2002, 'Opioids', in Hulse, G., White, J. & Cape, G. (eds.) 2002, Management of Alcohol and Drug Problems, Oxford University Press, South Melbourne, p. 79–99.
36. Crespiigny, C., Talmet, J., Modystack, K., Cusack, L. & Watkinson, J. 2003, Alcohol, Tobacco and Other Drugs Guidelines for Nurses and Midwives: Clinical Guidelines, Flinders University and Drug and Alcohol Services Council (DASC), Adelaide.
37. Prelipceanu Dan, Ghid clinic de tratament substitutiv al dependenței de opiacee, București, ed. Asociației Psihiatrice Române, 2010.
38. Opioid overdose: preventing and reducing opioid mortality. Discussion paper WHO/UNODC 2013. United Nations, 2013.
39. Tratamentul farmacologic cu metadonă al dependenței de opiacee. Protocol clinic național. PCN-225. Chișinău, 2015.
40. <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=297514>. În Monitorul Oficial, nr. 186-188, art. nr : 1278.
41. Kunze, H., Becker, T., Priebe, S. (2004) Reform of psychiatric services in Germany: hospital staffing directive and commissioning of community care. *Psychiatric Bulletin*, 28:218-221.
42. Raportul european privind drogurile 2015. Tendințe și evoluții. <http://www.emcdda.europa.eu/edr2015>.
43. <http://www.unodc.org/treatnet>.
44. Paterniti S1, Dufouil C, Alperovitch A. Long-term benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly: the Epidemiology of Vascular Aging Study. *J Clin Psychopharmacol*. 2002 Jun; 22(3):285-93.
45. New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System EMCDDA, Lisbon, March 2015. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/2015/new-psychoactive-substances>.

46. Consumul și traficul ilicit de droguri în Republica Moldova în anul 2014, raport anual. Observatorul Național pentru Droguri. Chișinău, 2015.
47. Vacarciuc Olga, Tatiana Costin, Otilia Scutelnicu, Valeriu Pleșca, Igor Condrat, Vitalie Slobozian, Veronica Zorila, Ana Ciobanu. Consumul și traficul ilicit de droguri în Republica Moldova în anul 2011, raport anual. Observatorul Național pentru Droguri Chișinău, 2012.
48. Vacarciuc Olga, Tatiana Costin, Otilia Scutelnicu, Valeriu Pleșca, Igor Condrat, Vitalie Slobozian, Veronica Zorila, Ana Ciobanu. Consumul și traficul ilicit de droguri în Republica Moldova în anul 2010, Raport anual Chișinău.
49. Di Chiara G. Drug addiction as dopamine-dependent associative learning disorder. *European Journal of Pharmacology* 375 (1999) 13–30.
50. Di Chiara G, Imperato A. Drugs abused by humans preferentially increase synaptic dopamine concentrations in the mesolimbic system of freely moving rats. *Proc Natl Acad Sci USA* 85: 5274–5278.
51. Newton T. Roache J. De La Garza R. et al. Bupropion reduces methamphetamine-induced subjective effects and cue-induced craving. *Neuropsychopharmacology* 31:1537–1544, 2006.
52. Elkashef, A.M. et al. 2008. Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence. *Neuropsychopharmacology* 33: 1162–1170.
53. Alcohol and Other Drugs: A Handbook for Health Professionals. Australian Government. Department of Health and Ageing. National Centre for Education and Training on Addiction (NCETA) Consortium. (2004).
54. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide, Updated 2005 Edition. Bethesda, MD: NIAAA, updated 2005. Available at: pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/clinicians_guide.htm
55. Kranzler, H. R., Van Kirk J. (2001) Efficacy of naltrexone and acamprosate for alcoholism treatment: a meta-analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25, 1335–41.
56. Protocolul Clinic Național: Tratamentul farmacologic cu metadonă, 2014, PCC 255, http://old.ms.gov.md/_files/15033-Protocol%2520clinic%2520national%2520OPIA-CEE%2520%252019.09.2014%25281%2529.pdf.

ANEXE

ANEXA I. TEST AUDIT (ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST)

- ◆ Conține 10 întrebări care pot constata consumul riscant și dependența;
- ◆ Preconizat pentru evaluarea adulților tineri, precum și a celor minori;
- ◆ Valid pentru diferite grupuri de populație, inclusiv femei și minorități etnice;
- ◆ Este un test de autoevaluare;
- ◆ Validitate demonstrată în diferite grupuri culturale;
- ◆ Se face referință la perioada de un an de zile;
- ◆ Punctajul pentru fiecare întrebare este indicat în paranteze;

Pentru a răspunde corect la unele dintre aceste întrebări, trebuie să știți definiția termenului de băutură. Pentru acest test o doză este:

- ◆ o cutie de bere (aproximativ 330 ml de 5% alcool), sau
- ◆ un pahar de vin (aproximativ 140 ml de 12% alcool), sau
- ◆ un pahar mic de lichior (aproximativ 40 ml 40% de alcool). În testul AUDIT doza standard de alcool se echivalează cu 10 grame alcool pur [15].

Conținut:

1. Cât de frecvent consumați băuturi alcoolice?

- (0) Niciodată [Treci la întrebarea 9-10];
- (1) Lunar sau mai puțin;
- (2) De la 2 la 4 ori pe lună;
- (3) De la 2 la 3 ori pe săptămână;
- (4) 4 sau mai multe ori pe săptămână.

2. Care este cantitatea medie (doza) de alcool consumată?

- (0) 1 sau 2;
- (1) 3 sau 4;
- (2) 5 sau 6;
- (3) 7, 8 sau 9;
- (4) 10 sau mai mult.

3. Cât de frecvent consumați șase sau mai multe doze în ziua de consum (ocazional)?

- (0) Niciodată;
- (1) Mai puțin decât lunar;
- (2) Lunar;
- (3) Săptămânal;
- (4) Zilnic sau aproape zilnic.

Treci la întrebările 9 și 10 în cazul în care scorul total pentru întrebările 2 și 3 = 0.

4. Pe parcursul anului trecut, cât de frecvent ai constatat incapacitatea de a stopa consumul de alcool în ziua consumului?

- (0) Niciodată;

- (1) Mai puțin decât lunar;
 (2) Lunar;
 (3) Săptămânal;
 (4) Zilnic sau aproape zilnic.
- 5. Pe parcursul anului trecut, cât de frecvent nu ați îndeplinit fapte așteptate de cei din jur din cauza consumului de alcool?**
- (0) Niciodată;
 (1) Mai puțin decât lunar;
 (2) Lunar;
 (3) Săptămânal;
 (4) Zilnic sau aproape zilnic.
- 6. Cât de des pe parcursul anului trecut ați consumat alcool dimineața pentru a vă restabili după consumul masiv (exagerat) precedent de alcool?**
- (0) Niciodată;
 (1) Mai puțin decât lunar;
 (2) Lunar;
 (3) Săptămânal;
 (4) Zilnic sau aproape zilnic.
- 7. Pe parcursul anului trecut, cât de frecvent ați avut sentimentul de vinovăție sau remușcări după consumul precedent de alcool?**
- (0) Niciodată;
 (1) Mai puțin decât lunar;
 (2) Lunar;
 (3) Săptămânal;
 (4) Zilnic sau aproape zilnic.
- 8. Pe parcursul anului trecut, cât de frecvent ați uitat evenimentele din seara precedentă din cauza consumului de alcool?**
- (0) Niciodată;
 (1) Mai puțin decât lunar;
 (2) Lunar;
 (3) Săptămânal;
 (4) Zilnic sau aproape zilnic.
- 9. Ați fost dumneavoastră sau alte persoane rănite din cauza alcoolului consumat de dumneavoastră?**
- (0) Nu;
 (2) Da, dar nu în ultimul an;
 (4) Da, în ultimul an.
- 10. S-a întâmplat ca cineva din rude, apropiați, medicul dumneavoastră sau un alt lucrător medical să-și manifeste grija legată de consumul de alcool sau vi s-a propus să încetați consumul?**
- (0) Nu;
 (2) Da, dar nu în ultimul an;
 (4) Da, în ultimul an.

Interpretare:

Un punctaj de 8-10 puncte va sugera un consum nociv (de risc) de alcool. În funcție de greutatea medie corporală, particularitățile de metabolism, particularități culturale, va fi influențată media rezultantă. La fel, în cazul persoanelor peste 65 de ani, rezultatul va deveni valid începând cu 7 puncte. Experiența avută sugerează că scorurile între 8 și 15 sunt cele mai adecvate pentru sfaturi simple, concentrate pe reducerea de consum de alcool. Scorurile între 16 și 19 sugerează o scurtă consiliere și monitorizare continuă. Scoruri de 20 sau mai mult în mod clar justifică evaluarea diagnosticului mai departe pentru dependența de alcool [15].

ANEXA II. TEST ASSIST

Medic		Țara		Clinica	
Pacient		Data			

INTRODUCERE (A se citi pacientului)

Vă mulțumim pentru acordul de participare la interviul despre alcool, produse din tutun și alte substanțe psihoactive. O să Vă adresez câteva întrebări referitoare la consumul acestor substanțe pe parcursul vieții și în ultimele trei luni. Aceste substanțe pot fi consumate prin inhalare (fumat), administrare orală, injectare (arătați foaia cu lista substanțelor psihoactive).

Unele substanțe pot fi prescrise de medic (de exemplu, amfetamine, sedative sau substanțe analgezice). În acest interviu nu vom examina medicamentele prescrise de către medicul Dvs. Totuși, sunteți rugat să comunicați dacă ați utilizat aceste medicamente în afara indicațiilor medicului, mai frecvent sau în doze mai mare decât cele prescrise. Deoarece veți fi rugat să ne comunicați informația despre alte substanțe consumate ilegal, investigatorul Vă garantează confidențialitatea informației.

Adnotare: Înainte de adresarea întrebărilor, pacientului i se va transmite foaia cu răspunsuri ASSIST

Întrebarea 1

(dacă pacientul răspunde repetat la unele întrebări, verificați coincidența cu răspunsul anterior. Trebuie constatată cauza discrepanțelor din această întrebare)

Care din substanțele enumerate le-ați consumat vreodată pe parcursul vieții ? (doar utilizare nonmedicală)	Nu	Da
a. Produse de tutungerie (țigări, tutun etc.)	0	3

b. Băuturi alcoolice (bere, vin etc.)	0	3
c. Cannabis (marijuana, iarbă, hashish etc.)	0	3
d. Codeină (crack etc.)	0	3
e. Derivați (produse) amfetaminice (speed, tablete pentru slăbire, ecstasy etc.)	0	3
f. Substanțe care se inhalează (gaz vesel, adezivi, benzină, dizolvanți etc.)	0	3
g. Sedative sau somnifere (Valium, Serepax, Rohypnol etc.)	0	3
h. Halucinogene (LCD, fenciclidina, ketamina etc.)	0	3
i. Opiacee (heroină, morfină, codeină etc.)	0	3
j. Altele (oferiți explicații)	0	3

Monitorizați dacă toate răspunsurile sunt negative. Concretizați dacă răspunsul este „nu” și pentru perioada școlară.

În cazul răspunsului negativ la toate punctele, terminați interviul.

Dacă este un răspuns pozitiv la un oarecare punct din prima întrebare, adresați întrebarea a 2-a referitor la substanțele consumate cândva.

Întrebarea 2

Pe parcursul ultimelor trei luni, cât de frecvent ați consumat substanțele enumerate de Dvs. (prima substanță, a doua substanță)?	Niciodată	O dată sau două ori	Lunar	Săptămă- nal	Zilnic sau aproape zilnic
k. Produse de tutungerie (țigări, tutun etc.)	0	2	3	4	6
l. Băuturi alcoolice (bere, vin etc.)	0	2	3	4	6
m. Cannabis (marijuana, iarbă, hashish etc.)	0	2	3	4	6
n. Codeină (crack etc.)	0	2	3	4	6
o. Derivați (produse) amfetaminice (speed, tablete pentru slăbire, ecstasy etc.)	0	2	3	4	6
p. Substanțe care se inhalează (gaz vesel, adezivi, benzină, dizolvanți etc.)	0	2	3	4	6
q. Sedative sau somnifere (Valium, Serepax, Rohypnol etc.)	0	2	3	4	6
r. Halucinogene (LCD, fenciclidina, ketamina etc.)	0	2	3	4	6
s. Opiacee (heroină, morfină, codeină etc.)	0	2	3	4	6

t. Altele (oferiți explicații)	0	2	3	4	6
--------------------------------	---	---	---	---	---

În cazul răspunsului „niciodată” la toate punctele din întrebarea 2, treceți la întrebarea

Întrebarea 3

Cât de frecvent ați avut dorința imperioasă sau necesitatea de a consuma substanța (prima substanță, a doua substanță) pe parcursul ultimelor trei luni?	Niciodată	O dată sau două ori	Lunar	Săptămă- nal	Zilnic sau aproape zilnic
a. Produse de tutungerie (țigări, tutun etc.)	0	3	4	5	6
b. Băuturi alcoolice (bere, vin etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marijuana, iarbă, hashish etc.)	0	3	4	5	6
d. Codeină (crack etc.)	0	3	4	5	6
e. Derivați (produse) amfetaminice (speed, tablete pentru slăbire, ecstasy etc.)	0	3	4	5	6
f. Substanțe care se inhalează (gaz vesel, adezivi, benzină, dizolvanți etc.)	0	3	4	5	6
g. Sedative sau somnifere (Valium, Serepax, Rohypnol etc.)	0	3	4	5	6
h. Halucinogene (LCD, fenciclidina, ketamina etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiacee (heroină, morfină, codeină etc.)	0	3	4	5	6
j. Altele (oferiți explicații)	0	3	4	5	6

Întrebarea 4

Cât de frecvent consumul de substanță (prima substanță, a doua substanță) a avut drept consecință probleme de sănătate, conflict cu legea, probleme sociale sau financiare pe parcursul ultimelor trei luni de zile?	Niciodată	O dată sau două ori	Lunar	Săptămă- nal	Zilnic sau aproape zilnic
a. Produse de tutungerie (țigări, tutun etc.)	0	4	5	6	7
b. Băuturi alcoolice (bere, vin etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marijuana, iarbă, hashish etc.)	0	4	5	6	7
d. Codeină (crack etc.)	0	4	5	6	7
e. Derivați (produse) amfetaminice (speed, tablete pentru slăbire, ecstasy etc.)	0	4	5	6	7

f. Substanțe care se inhalează (gaz vesel, adezivi, benzină, dizolvanți etc.)	0	4	5	6	7
g. Sedative sau somnifere (Valium, Serepax, Rohypnol etc.)	0	4	5	6	7
h. Halucinogene (LCD, fenciclidina, ketamina etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiacee (heroină, morfină, codeină etc.)	0	4	5	6	7
j. Altele (oferiți explicații)	0	4	5	6	7

Întrebarea 5

Cât de frecvent nu ați îndeplinit ceea ce se aștepta de obicei de la Dvs. din cauza consumului (prima substanță, a doua substanță) pe parcursul ultimelor trei luni?	Niciodată	O dată sau două ori	Lunar	Săptămânal	Zilnic sau aproape zilnic
a. Produse de tutungerie (țigări, tutun etc.)	0	5	6	7	8
b. Băuturi alcoolice (bere, vin etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marijuana, iarbă, hashish etc.)	0	5	6	7	8
d. Codeină (crack etc.)	0	5	6	7	8
e. Derivați (produse) amfetaminice (speed, tablete pentru slăbire, ecstasy etc.)	0	5	6	7	8
f. Substanțe care se inhalează (gaz vesel, adezivi, benzină, dizolvanți etc.)	0	5	6	7	8
g. Sedative sau somnifere (Valium, Serepax, Rohypnol etc.)	0	5	6	7	8
h. Halucinogene (LCD, fenciclidina, ketamina etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiacee (heroină, morfină, codeină etc.)	0	5	6	7	8
j. Altele (oferiți explicații)	0	5	6	7	8

Adresați întrebările 6 și 7 referitor la toate substanțele consumate vreodată (adică cele enumerate în întrebarea 1).

Întrebarea 6

Și-a exprimat un prieten, rudă sau altcineva îngrijorarea în legătură cu consumul de către Dvs. a primei substanțe, substanței a doua etc.) ?	Nu, niciodată	Da, pe parcursul ultimelor 3 luni	Da, dar nu în ultimele 3 luni
---	---------------	-----------------------------------	-------------------------------

k. Produse de tutungerie (țigări, tutun etc.)	0	6	3
l. Băuturi alcoolice (bere, vin etc.)	0	6	3
m. Cannabis (marijuana, iarbă, hashish etc.)	0	6	3
n. Codeină (crack etc.)	0	6	3
o. Derivați (produse) amfetaminice (speed, tablete pentru slăbire, ecstasy etc.)	0	6	3
p. Substanțe care se inhalează (gaz vesel, adezivi, benzină, dizolvanți etc.)	0	6	3
q. Sedative sau somnifere (Valium, Serepax, Rohypnol etc.)	0	6	3
r. Halucinogene (LCD, fenciclidina, ketamina, etc.)	0	6	3
s. Opiacee (heroină, morfină, codeină etc.)	0	6	3
t. Altele (oferiți explicații)	0	6	3

Întrebarea 7

Ați întreprins vreodată tentative nereușite de a controla, diminua sau înceta consumul (prima substanță, a doua substanță etc.)?	Nu, niciodată	Da, pe parcursul ultimelor 3 luni	Da, dar nu în ultimele 3 luni
a. Produse de tutungerie (țigări, tutun etc.)	0	6	3
b. Băuturi alcoolice (bere, vin etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marijuana, iarbă, hashish etc.)	0	6	3
d. Codeină (crack etc.)	0	6	3
e. Derivați (produse) amfetaminice (speed, tablete pentru slăbire, ecstasy etc.)	0	6	3
f. Substanțe care se inhalează (gaz vesel, adezivi, benzină, dizolvanți etc.)	0	6	3
g. Sedative sau somnifere (Valium, Serepax, Rohypnol etc.)	0	6	3
h. Halucinogene (LCD, fenciclidina, ketamina etc.)	0	6	3

i. Opiacee (heroină, morfină, codeină etc.)	0	6	3
j. Altele (oferiți explicații)	0	6	3

Întrebarea 8

	Nu, niciodată	Da, în ultimele 3 luni	Da, dar nu în ultimele 3 luni
<i>Ați consumat vreodată substanțe psihoactive pe cale injectabilă? (Doar consum nonmedical)</i>	0	2	1

IMPORTANT

Pacienții care au consumat substanțe psihoactive injectabile în ultimele trei luni vor fi întrebați despre modelul acestui consum pentru evaluarea riscului și a intervenției care va urma.

CUM SE VA CALCULA SCORUL PROBLEMELOR LEGATE DE CONSUMUL DE SUBSTANȚE PSIHOACTIVE

Pentru fiecare substanță (marcată de la a. la j.) se adună punctele obținute din răspunsurile 2-7 inclusiv. Nu includeți rezultatele obținute de la întrebările 1 sau 8. De exemplu, scorul pentru marijuana va fi calculat în felul următor: întrebarea **2c+3c+4c+5c+6c+7c**.

Observați că întrebarea 5a pentru tutun nu se codifică și va fi calculată după formula: întrebarea **2a+3a+4a+6a+7a**

Tipurile de intervenții se calculează după punctajul obținut pentru fiecare substanță

	Scrieți scorul pentru fiecare substanță	Fără intervenții	Intervenții de scurtă durată	Tratament mai intensiv*
a. Produse de tutungerie		0-3	4-26	27+
b. Băuturi alcoolice		0-10	11-26	27+
c. Cannabis		0-3	4-26	27+
d. Codeină		0-3	4-26	27+
e. Amfetamine		0-3	4-26	27+

f. Solvenți (substanțe volatile)		0-3	4-26	27+
g. Sedative		0-3	4-26	27+
h. Halucinogene		0-3	4-26	27+
i. Opiacee		0-3	4-26	27+
j. Alte substanțe psihoactive		0-3	4-26	27+

ADNOTARE: * Evaluarea în continuare și tratamentul mai intensiv poate fi oferit de specialistul în sănătate din medicina primară sau, după posibilitate, de către specialistul în adicții.

B. OMS - assist v3.0 cardul de răspunsuri pentru pacienți

Cardul de răspunsuri-substanțe

k. Produse de tutungerie (țigări, tutun etc.)
l. Băuturi alcoolice (bere, vin etc.)
m. Cannabis (marijuana, iarbă, hashish etc.)
n. Codeină (crack etc.)
o. Derivați (produse) amfetaminice (speed, tablete pentru slăbire, ecstasy etc.)
p. Substanțe care se inhalează (gaz vesel, adezivi, benzină, dizolvanți etc.)
q. Sedative sau somnifere (Valium, Serepax, Rohypnol etc.)
r. Halucinogene (LCD, fenciclidina, ketamina etc.)
s. Opiacee (heroină, morfină, codeină etc.)
t. Altele (oferiți explicații)

Cardul de răspunsuri (Întrebări ASSIST 2-5)

Niciodată: nu a consumat în ultimele 3 luni

O dată sau de două ori: 1 sau 2 în ultimele 3 luni

Lunar: de la 1 la 3 pe durata unei luni

Săptămânal: de la 1 la 4 pe durata unei săptămâni

Zilnic sau aproape zilnic: de la 5 la 7 ori pe durata unei săptămâni

Cardul de răspunsuri (Întrebări ASSIST 6-8)

Nu, niciodată

Da, dar nu în ultimele 3 luni

Da, în ultimele 3 luni

C. Test de depistare a problemelor legate de consumul de alcool, tutun și droguri (OMS ASSIST V3.0)
CARD DE ESTIMARE a raportului bilateral (feedback) pentru pacienți

Nume: _____ Data testării: _____
Scor pentru problemele legate de o anumită substanță

Substanța psihoactivă	Scor	Evaluarea riscului
a. Produse de tutungerie		0-3 Mic 4-26 Moderat 27+ Înalt
b. Băuturi alcoolice		0-10 Mic 11-26 Moderat 27+ Înalt
c. Cannabis		0-3 Mic 4-26 Moderat 27+ Înalt
d. Codeină		0-3 Mic 4-26 Moderat 27+ Înalt
e. Amfetamine		0-3 Mic 4-26 Moderat 27+ Înalt
f. Solvenți (substanțe volatile)		0-3 Mic 4-26 Moderat 27+ Înalt
g. Sedative		0-3 Mic 4-26 Moderat 27+ Înalt
h. Halucinogene		0-3 Mic 4-26 Moderat 27+ Înalt
i. Opiacee		0-3 Mic 4-26 Moderat 27+ Înalt

j. Altele substanțe psihoactive		0-3 Mic 4-26 Moderat 27+ Înalt
---------------------------------	--	--------------------------------------

Care este semnificația scorului Dvs.?

Mic:	Vă expuneți unui risc minim pentru sănătate și problemelor legate de consumul de substanțe psihoactive.
Moderat:	Vă expuneți riscului pentru sănătate și apariției problemelor legate de consumul de substanțe psihoactive.
Înalt:	Vă expuneți riscului înalt de apariție a problemelor de sănătate, legale, sociale, financiare, interpersonale și sunteți probabil dependent de substanțe psihoactive.

ANEXA III. TEST CAGE

Nume _____
 Data _____
 Scor _____

		DA	NU
1	Ați simțit vreodată necesitatea reducerii consumului de alcool?	1	-
2	Ați fost vreodată deranjat de critici pentru consumul de alcool?	1	-
3	V-ați simțit vreodată rău sau vinovat din cauza consumului de alcool?	1	-
4	Ați început vreodată ziua cu consumul de alcool dis-de-diminează cu scopul de liniștire sau depășire a stării de rău după consumul precedent	1	-

ANEXA IV. TEST DAST - 10

Nume _____
 Data _____
 Scor _____

1	Ați utilizat vreodată droguri fără necesitate medicală? Have you used drugs other than those required for medical reasons?	DA	NU
2	Folosiți mai mult decât un drog concomitent? Do you abuse more than one drug at a time?	DA	NU
3	Sunteți în stare oricând să opriți utilizarea de droguri atunci când doriți? Are you always able to stop using drugs when you want to?	DA	NU
4	Ați avut vreodată goluri în amintiri sau amintiri involuntare în urma utilizării drogurilor? Have you had „blackouts” or „flashbacks” as a result of drug use?	DA	NU
5	V-ați simțit vreodată rău sau vinovat din cauza consumului de droguri? Do you ever feel bad or guilty because of your use of drugs?	DA	NU
6	S-au plâns vreodată părinții Dvs. sau soțul/soția referitor la implicarea Dvs. cu drogurile? Does your spouse or a parent ever complain about your involvement with drugs?	DA	NU
7	V-ați neglijat familia în legătură cu utilizarea drogurilor? Have you neglected your family because of your use of drugs?	DA	NU
8	Sunteți implicat în activități ilegale pentru a obține droguri? Have you engaged in illegal activities in order to obtain drugs?	DA	NU
9	Ați trăit vreodată simptome de sevraj (simțit rău) atunci când ați stopat consumul de droguri? Have you ever experienced withdrawal symptoms (felt sick) when you stopped taking drugs?	DA	NU
10	Ați avut probleme medicale (pierderea memoriei, hepatită etc.) ca rezultat al utilizării drogurilor? Have you had medical problems as a result of your drug use (e.g., memory loss, hepatitis)?	DA	NU

ANEXA V. SCALA CIWA-AR (CLINICAL INSTITUTE WITHDRAWAL ASSESSMENT FOR ALCOHOL SCALE)

Scala revizuită de evaluare a sevrajului la alcool (CIWA-Ar)

Pacient: _____ Data: _____ Ora: _____ (sistem orar de 24 ore, miezul nopții = 00:00)

Pulsul sau ritmul cardiac, calculat pe minut: _____ Tensiunea arterială: _____

GREAȚĂ ȘI VOMĂ Întrebați: „Vă doare stomacul? Ați vomitat?” Observații. 0 absența grețurilor și a vomei 1 grețuri ușoare, fără vomă 2 3 4 greață intermitentă cu răgâieli uscate 5 6 7 grețuri constante, răgâieli uscate frecvente și vomă	TULBURĂRI TACTILE Întrebați: „Aveți senzații de mâncărimă, înțepături, fierbinte, amorțeli sau simțiți furnicături pe sau sub piele?” Observații. 0 absente 1 mâncărimă, înțepături, fierbinte sau amorțeli foarte ușoare 2 mâncărimă, înțepături, fierbinte sau amorțeli ușoare 3 mâncărimă, înțepături, fierbinte sau amorțeli moderate 4 halucinații moderat severe 5 halucinații severe 6 halucinații extrem de severe 7 halucinații continue
TREMOR – Brațele întinse și degetele depărtate. Observații. 0 absența tremorului 1 nu este vizibil, însă poate fi simțit când se pune vârful degetelor pe vârful degetelor 2 3 4 moderat, când brațele pacientului sunt întinse 5 6 7 sever, chiar dacă brațele nu sunt întinse	TULBURĂRI AUDITIVE Întrebați: „Sunteți mai conștient de sunetele din jur? Sunt acestea stridente? Vă înspăimântă? Auziți ceva care vă deranjează? Auziți lucruri care știți că nu sunt în preajmă?” Observații. 0 absente 1 foarte ușoară stridență sau abilitate de a înspăimânta 2 ușoară stridență sau abilitate de a înspăimânta 3 moderată stridență sau abilitate de a înspăimânta 4 halucinații moderat severe 5 halucinații severe 6 halucinații extrem de severe 7 halucinații continue

TRANSPIRAȚII PAROXISTICE Observații. 0 fără transpirație vizibilă 1 transpirație abia perceptibilă, palme umede 2 3 4 transpirații abundente vizibile pe frunte 5 6 7 transpirații abundente	TULBURĂRI DE VEDERE Întrebați: „Vi se pare că lumina este prea sclipitoare? Este culoarea sa diferită? Vă provoacă aceasta dureri de ochi? Vedeți ceva ce Vă deranjează? Vedeți lucruri care știți că nu sunt în preajmă?” Observații. 0 absente 1 sensibilitate foarte ușoară 2 sensibilitate ușoară 3 sensibilitate moderată 4 halucinații moderat severe 5 halucinații severe 6 halucinații extrem de severe 7 halucinații continue
ANXIETATE Întrebați: „Vă simțiți nervos?” Observații. 0 absența anxietății, se simte în largul său 1 ușor anxios 2 3 4 moderat de anxios sau supravegheat, astfel încât anxietatea este presupusă 5 6 7 echivalent stărilor de panică acută, care pot fi văzute în stări de delirium sever sau la reacții schizofrenice acute	DURERI DE CAP, SENZAȚIE DE CAP GREU Întrebați: „Vă simțiți capul altfel? Vă simțiți de parcă ați avea o bandă în jurul capului?” Nu evaluați vertijele sau amețelile. Totodată, evaluați severitatea. 0 absente 1 foarte ușoare 2 ușoare 3 moderate 4 moderat severe 5 severe 6 foarte severe 7 extrem de severe
AGITAȚIE Observații. 0 activitate normală 1 activitate întrucâtva mai mult decât normală 2 3 4 moderat agitat și neliniștit 5 6 7 se mișcă înainte și înapoi aproape pe toată durata interviului sau se agită încontinuu	ORIENTAREA ȘI DEFICIENȚA SENZORIALĂ Întrebați: „Ce zi este? Unde vă aflați? Cine sunt eu?” 0 orientat și poate face adunare în serie 1 nu poate face adunare în serie sau este nesigur referitor la dată 2 dezorientat referitor la dată cu cel mult 2 zile calendaristice 3 dezorientat referitor la dată cu mai mult de două zile calendaristice 4 dezorientat referitor la loc sau persoană

Scor total CIWA-Ar _____ Inițialele evaluatorului _____ Scor maximal posibil 67
Scala CIWA-Ar nu este protejată de drepturile de autor și poate fi liber reprodusă. Această evaluare în vederea monitorizării simptomelor de sevraj poate fi administrată în aproximativ cinci minute. Scorul maximal este de 67 (vezi instrumentul). Pacienții care totalizează mai puțin de 10 puncte de obicei n-au nevoie de medicamente suplimentare pentru sevraj.
Sullivan, J.T.; Sykora, K.; Schneiderman, J.; Naranjo, C.A.; and Sellers, E.M. Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). <i>British Journal of Addiction</i> 84:1353-1357.

ANEXA VI. TESTE DE EVALUARE FINALĂ

1. „Reprezintă un grup de fenomene fiziologice, comportamentale și cognitive în care utilizarea unei substanțe sau a unei clase de substanțe devine prioritară pentru consumator față de alte comportamente care erau anterior mult mai valoroase pentru acest individ. Caracteristica esențială este dorința (adeseori irezistibilă) de a consuma această substanță psihoactivă (drog) care poate să nu mai fie prescrisă medical”. Această definiție se referă la:

- abuz substanță psihoactivă;
- consum substanță psihoactivă;
- intoxicare acută cu substanță psihoactivă;
- dependență de substanță psihoactivă.

2. Care din următoarele criterii nu reprezintă noțiunea de dependență?

- Dorința compulsivă de a folosi substanța;
- Prezența unei boli somatice cauzate de consumul drogului;
- Neglijare progresivă a plăcerilor și intereselor din cauza consumului de substanță psihoactivă, creșterea timpului necesar pentru obținerea sau administrarea substanței sau revenirea de pe urma efectelor acesteia;
- Creșterea toleranței.

3. Metadona este:

- antagonist al receptorilor opioizi;
- agonist/antagonist al receptorilor opioizi;
- agonist al receptorilor dopaminici;

d) agonist al receptorilor opioizi.

4. Care din simptomele enumerate nu sunt specifice sevrajului în alcoolism?

- a) Tahicardie, creșterea tensiunii arteriale;
- b) Crize convulsive;
- c) Euforie, hipersomnie;
- d) Anxietate, agitație.

5. În alcoolism, după încetarea bruscă a consumului de alcool, starea de sevraj apare peste:

- a) 1-2 ore;
- b) 6-24 ore;
- c) 3-5 ore;
- d) 7 zile.

6. Care dintre stările psihotice nu sunt tipice pentru cele alcoolice?

- a) Starea de amănă;
- b) Starea de delirium;
- c) Halucinații olfactive;
- d) Halucinații vizuale.

7. Acamprosate este:

- a) agonist receptori GABA;
- b) agonist receptori dopaminici;
- c) antagonist receptori serotoninici;
- d) agonist parțial receptori opioizi.

8. Care dintre efecte nu sunt specifice benzodiazepinelor ?

- a) Anxiolitic;
- b) Anticonvulsiv;
- c) Vasoconstrictor;
- d) Miorelaxant.

9. Timpul maxim recomandat de OMS pentru consumul continuu de benzodiazepine pentru a preveni dependența este:

- a) o săptămână;
- b) două săptămâni;
- c) trei săptămâni;
- d) patru săptămâni.

10. Care grup de substanțe se are în vedere prin: „Utilizarea medicală este pentru tratamentul pe termen scurt al obezității, narcolepsiei și hiperactivității cu deficit de atenție la copii”?

- a) Substanțe volatile;
- b) Opiace;
- c) Psihostimulante;
- d) Benzodiazepine.

11. Cocaina face parte din grupul:

- a) benzodiazepinelor;
- b) substanțelor volatile;
- c) psihostimulantelor;
- d) opiaceelor.

12. Care din simptomele enumerate nu sunt specifice stării de sevraj în dependența de cocaină?

- a) Disforie;
- b) Depresie;
- c) Agitație psihomotorie;
- d) Apetit crescut.

13. Tratatamentul sevrajului în dependența de substanțe volatile este cu:

- a) inhibitori de recaptare a serotoninei;
- b) inhibitori de recaptare a noradrenalinei;
- c) antidepresive triciclice;
- d) este simptomatic.

14. Tetra-hydro-cannabinol este substanța prezentă în:

- a) marijuana;
- b) alcool;
- c) substanțe volatile;
- d) psihostimulante.

15. Consumatorii cronici ai cărei substanțe prezintă sindromul apato-abulic asemănător cu schizofrenia?

- a) Opiace;
- b) Benzodiazepine;
- c) Coca;

d) Canabis.

16. Agoniști ai receptorilor opioizi sunt substanțe care:

- a) activează receptorii opioizi și înlătură simptomele de sevraj;
- b) activează receptorii opioizi și agravează simptomele de sevraj;
- c) inhibă receptorii opioizi și înlătură simptomele de sevraj;
- d) inhibă receptorii opioizi și agravează simptomele de sevraj.

17. Care din simptome nu sunt tipice intoxicației cu opiacee?

- a) Analgezie;
- b) Mioză;
- c) Midriază;
- d) Constipații.

18. Care dintre opțiuni nu corespunde rezultatelor tratamentului cu metadonă a persoanelor dependente de opiacee?

- a) Scăderea numărului de droguri ilegale consumate;
- b) Scăderea criminalității;
- c) Scăderea ratei mortalității;
- d) Scăderea dozei de metadonă administrată.

19. Pentru farmacoterapie prioritate au (exclueți varianta incorectă):

- a) femei însărcinate;
- b) pacienți cu maladii cronice: HIV/SIDA, hepatitele B și C, tuberculoza;
- c) pacienții care consumă opiacee peste 2 ani;
- d) pacienții noncomplanți și care nu doresc terapia cu agoniști.

20. Subliniați care criteriu face parte din criteriile de contraindicații pentru tratamentul cu metadonă:

- a) Nu administrează droguri concomitent cu metadonă (confirmat prin testele de urină).
- b) Face farmacoterapie minimum 4 luni.
- c) Pacientul are maladii asociate cu depresia respiratorie.
- d) Are condiții minime de păstrare a medicamentului la domiciliu.

21. Buprenorfina este:

- a) antagonist de receptori opioizi;
- b) agonist/antagonist de receptori opioizi;
- c) agonist de receptori dopaminici;

d) agonist de receptori serotoninici.

22. Buprenorfina este utilizată pentru:

- a) tratamentul intoxicației cu opiacee;
- b) farmacoterapie în dependența de opiacee;
- a) tratamentul intoxicației cu substanțe volatile;
- b) tratamentul sevrajului benzodiazepinic.

23. Naltrexone este utilizat pentru:

- a) profilaxia recăderilor în dependența de opiacee;
- b) intoxicare cu substanțe volatile;
- c) tratamentul intoxicației cu canabis;
- d) prevenirea sevrajului în dependența de benzodiazepine.

24. Exclueți varianta incorectă:

- a) Lofexidine și clonidine sunt utilizate pentru tratamentul sevrajului opiaceic.
- b) Ambele provoacă hipotensiune.
- c) Doza inițială de clonidine în sevrajul opiaceic este de 0,1 mg per os.
- d) Naltrexona nu se administrează în dependența de alcool.

25. Exclueți varianta incorectă:

- a) Naloxona se administrează în supradozarea cu psihostimulante.
- b) Naloxona se administrează în supradozarea cu opiacee.
- c) După administrarea de naloxonă este posibilă apariția stării de sevraj.
- d) Naloxona este un agonist al receptorilor opioizi.

26. Exclueți varianta incorectă:

- a) Femeile aflate în farmacoterapie cu metadonă vor fi încurajate să continue tratamentul.
- b) Tuberculoza și HIV/SIDA este o contraindicație pentru continuarea tratamentului de substituție cu metadonă.
- c) Sindromul de abstință neonatal apare în primele 72 de ore după naștere.
- d) Cafeina administrată în timpul sarcinii ar putea avea legătură cu aritmiile fătului sau greutatea mică la naștere.

27. Până la care doză de metadonă administrată de mamă se admite alăptarea? Alegeți varianta corectă:

- a) 50 mg/zi;

- b) 60 mg/zi;
- c) 70 mg/zi;
- d) 80 mg/zi.

28. Excludeți varianta incorectă. Simptome ale consumului de etnobotanice sunt:

- a) schimbări de comportament ca izolarea de familie, furt de bani din familie;
- b) hiper- sau hiponutriție;
- c) scăderea performanței la școală sau la serviciu;
- d) starea crepusculară.

29. „Acest personal are mai multe calificative: lucrători stradali, lucrători de acoperire, mentori, mentori-colegi, educatori de la egal la egal etc. Activitatea lor constă în stabilirea și menținerea contactului cu utilizatorii de droguri în locurile care le convin acestora. Ei lucrează concomitent la câteva nivele: cu clientul, cu comunitatea în care se află persoana respectivă, cu societatea în general (serviciile sociale, reprezentanții autorităților). ” Această definiție se referă la:

- a) medicul de familie;
- b) asistenta medicală din serviciul de medicină primară;
- c) lucrătorii outreach;
- d) pacientul care se află în farmacoterapie.

30. Alegeți răspunsul corect. Morfina este un drog:

- a) de proveniență sintetică;
- b) de proveniență vegetală;
- c) de proveniență semisintetică;
- d) de proveniență mixtă.

