

BIANCA ANDREICA-SĂNDICĂ

Drogul

Pagina 11: Entități diagnostice în cadrul tulburărilor mentale și comportamentale date de consumul de substanțe (droguri)
Sanda Patca, Alina Panaete, Bianca Andreica-Săndică

Pagina 25: Adicția: definiție, ipoteze, etape
Sanda Patca, Alina Panaete, Bianca Andreica-Săndică

Pagina 43: Droguri– farmacocinetica, farmacodinamia, tipuri de consum, alte dependențe
Alina Panaete, Sanda Patca, Bianca Andreica-Săndică

Pagina 77: Date epidemiologice ale consumului de droguri
Ioana Andreica, Bianca Andreica-Săndică

Pagina 89: Aspecte legate de recompensă, învățare și neuroplasticitate în consumul de substanțe
Ana-Maria Turcu, Bianca Andreica-Săndică

Pagina 111: Drogurile și sarcina
Sorin Andreica, Bianca Andreica-Săndică

Pagina 127: Principii de tratament în adicții
Bianca Andreica-Săndică

Pagina 141: Tratamentul comorbidităților psihiatrice ale tulburărilor mentale și comportamentale date de consumul de drog
Bianca Andreica-Săndică

Pagina 149: Etiopatogenia tulburărilor mentale și comportamentale date de consumul de drog
Bianca Andreica-Săndică, Mihaela Iancu

¹ Johnson BA, editor. *Addiction Medicine - Science and Practice*. Springer; 2011.

² American Psychiatric Association. *The diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed, text revision. American Psychiatric Association: Washington, DC; 2000.

De-a lungul anilor au fost propuse diferite sisteme de diagnostic și clasificări pentru Tulburări ale utilizării de substanță (droguri).

Există două manuale cu recunoaștere internațională: Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale, aflat în prezent la a IV-a ediție revizuită (DSM IV TR) și Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament – simptomatologie și diagnostic clinic care este la a 10-a revizuire publicată de Organizația Mondială a Sănătății (ICD 10). ICD-10 este o clasificare a tuturor bolilor, leziunilor și cauzelor de deces.

Utilizarea nocivă a unei substanțe (ICD-10)

Consumul dăunător de substanțe este un model repetitiv de consum al substanței care afectează sănătatea, dar nu îndeplinește criteriile pentru sindromul de dependență.

Efectele nocive pot fi acute sau cronice. Exemple de astfel de complicații acute includ fracturile sau alte forme de traumatism, gastrita acută și simptome psihotice acute în urma utilizării substanței.

Complicațiile medicale cronice includ boala hepatică (ficat alcoolic, hepatita C indusă de consumul de droguri injectabile), boli cardio-vasculare, boli respiratorii, variate sechele neurologice și multe altele.¹

Complicațiile psihice pot fi episoade depresive secundare consumului de alcool, psihoze sau tulburări comportamentale induse de substanțe.

Abuzul de o substanță (DSM-IV-TR)

Abuzul de substanță este definit de DSM-IV ca fiind utilizarea repetată a unei substanțe care conduce la una sau mai multe probleme sociale și profesionale.

Ghid de diagnostic pentru abuzul de substanțe DSM-IV –TR.²

A. Un pattern dezadaptativ de utilizare a unei substanțe care duce la deteriorare sau detresă semnificativă clinic manifestată prin unul (sau mai multe) dintre următoarele și care survine în decursul unei perioade de 12 luni:

- (1) uz recurent de o substanță ducând la incapacitatea de a îndeplini obligațiile rolului major la serviciu, la școală sau acasă (de ex., absențe repetate sau performanță redusă în muncă în legătură cu uzul de substanță; absențe, eliminări sau exmatriculări din școală; neglijarea copiilor sau a casei);
- (2) uz recurent de o substanță în situații în care acesta este periculos fizic (de ex., condusul unui automobil sau manipularea unui utilaj atunci când este afectat de consumul unei substanțe);
- (3) probleme legale repetate în legătură cu uzul unei substanțe (de ex., arestări pentru tulburări de conduită în legătură cu o substanță);
- (4) uz continuu de o substanță în ciuda faptului că are probleme sociale sau interpersonale, persistente sau repetate, cauzate sau exacerbate de efectele substanței (de ex. certuri cu soția (soțul) referitoare la consecințele intoxicației, bății).

B. Simptomele nu au satisfăcut niciodată criteriile pentru dependența de o substanță pentru această clasă de substanță.

Abuzul de o substanță este considerat adesea ca fiind mai puțin sever decât dependența. Cele două diagnostice nu pot coexista în același timp, abuzul de substanță fiind înlăturat de diagnosticul de dependență.

Dependența de o substanță

Sindromul de dependență este definit de ambele manuale: DSM-IV-TR și ICD-10 ca un grup de fenomene fiziologice, cognitive și comportamentale, care se dezvoltă după consumul repetat de alcool sau alte substanțe și care tinde să fie perpetuat de la sine.

Dependența apare de obicei la persoanele care utilizează în mod repetat cantități mari de substanțe psihoactive, cum ar fi consumul de alcool în exces 120g/zi (bărbați) sau 80g/zi (femei).

Cu toate acestea, diagnosticul de dependență la o substanță se face în primul rând pe baza criteriilor ce urmează a fi prezentate și nu la un anumit nivel de consum.¹

¹ Johnson BA, editor. *Addiction Medicine – Science and Practice*. Springer; 2011.

² American Psychiatric Association. The diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed, text revision. American Psychiatric Association: Washington, DC; 2000.

³ World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization: Geneva; 1992.

Dependența este definită ca un grup de trei sau mai multe dintre simptomele menționate mai jos, survenind oricând în cursul aceleiași perioade de 12 luni.

Orientări diagnostice pentru dependență și exemple de întrebări utile pentru orientarea diagnosticului.^{2,3}

1. Ați simțit o dorință puternică sau nevoia de a utiliza substanța a căreia nu i-ați putut rezista?

ICD-10: O dorință puternică sau compulsivă de a utiliza substanța.

DSM-IV: Nu există criteriu echivalent menționat în text.

2. Ați dorit să opriți sau să reduceți consumul dar nu ați reușit?

Ați încercat de mai multe ori dar fără succes să opriți sau să reduceți consumul?

ICD-10: Nu există un criteriu echivalent, dar textul menționează că gradul de conștientizare subiectivă a compulsiilor este cel mai frecvent observat în timpul încercărilor de a opri sau controla consumul de substanțe.

DSM-IV: Dorință persistentă sau încercări nereușite de a întrerupe sau controla consumul de substanțe.

3. Ați început utilizarea și ați constatat că vă este greu să o opriți (înainte de a ajunge în starea de intoxicație)?

Ați folosit o cantitate mai mare decât v-ați propus la început sau pentru o perioadă mai lungă decât ați intenționat?

ICD-10: Dificultăți ale capacității de a controla comportamentul legat de consumul de substanță în ceea ce privește debutul, încetarea consumului și cantitatea consumată (pierderea controlului).

DSM-IV: Substanța este adesea consumată în cantități mai mari sau o perioadă mai îndelungată decât s-a intenționat.

4. Ați neglijat sau ați redus activitățile importante cum ar fi sportul, munca sau întâlnirile cu prietenii și rudele?

ICD-10: Neglijare progresivă a plăcerilor sau intereselor datorită consumului de substanță psihoactivă, creșterea timpului necesar pentru obținerea sau administrarea substanței sau pentru revenirea de pe urma efectelor acesteia.

DSM-IV: Neglijarea sau reducerea activităților sociale, ocupaționale sau recreaționale datorită utilizării unei substanțe.

5. Petreceți mult timp pentru utilizarea substanței sau pentru a vă reveni din efectele cauzate de aceasta?

ICD-10: Inclus în criteriul de mai sus.

DSM-IV: O mare parte a timpului petrecut pentru obținerea substanței sau pentru recuperarea din efectele sale.

6. Ați constatat că trebuie să folosiți o cantitate mai mare de substanță pentru a obține același efect, sau că folosirea aceleiași cantități are efecte mai reduse decât înainte?

ICD-10: Existența toleranței – este necesară creșterea dozei pentru a obține efectele produse inițial la doze mai mici.

DSM-IV: Toleranța, definită prin una din următoarele: A. Nevoie de a crește semnificativ cantitatea de substanță pentru a obține efectele dorite; B. Efect semnificativ diminuat la administrarea continuă a aceleiași cantități de substanță.

7. Oprirea sau reducerea utilizării v-a provocat vreodată probleme cum ar fi... (enumerăm simptomele sevrajului expectate).

Ați consumat vreodată pentru a vă menține departe de probleme sau pentru a scăpa de aceste probleme?

ICD-10: Starea psihologică de sevraj – reducerea sau încetarea consumului de substanță determină apariția sindromului caracteristic de sevraj pentru substanță sau utilizarea aceleiași substanțe (sau a uneia asemănătoare) pentru înlăturarea sau evitarea simptomelor de sevraj.

⁴ Potenza MN. Should addictive disorders include non-substance related conditions?. *Addiction*; 2006; 101(s1):142–151.

DSM-IV: Abstenență, manifestată prin oricare dintre următoarele:

A. Sindromul de abstenență caracteristic substanței; B. Aceeași substanță (sau o substanță înrudită) este luată pentru a ușura sau evita simptomele de abstenență.

8. V-a cauzat vreodată consumul de substanțe probleme fizice sau psihice? Dacă da întocmiți o listă cu ele.

Ați continuat să utilizați substanța după ce v-ați dat seama că a cauzat probleme? Se va menționa problema.

ICD-10: Persistența în utilizarea substanței în ciuda evidenței clare a unor consecințe nocive.

DSM-IV: Consumul de substanță continuă în ciuda problemelor fizice sau psihice persistente sau recurente cauzate sau exacerbate de substanță.

O caracteristică esențială a sindromului de dependență este prezența consumului de substanță psihoactivă sau a dorinței imperioase de a consuma.

Conștientizarea subiectivă a compulsiilor de a consuma substanța este cel mai des prezentă în timpul încercărilor de a înceta și controla consumul de substanță.

Dependența de substanțe din DSM-IV este definită foarte asemănător cu cea din ICD-10. Sindromul de dependență se aplică mai multor substanțe psihoactive care au potențial de întărire a utilizării, cum ar fi: benzodiazepinele, opiaceele, canabisul, psihostimulantele, nicotina, cofeina și steroizii anabolizanți. Cu toate acestea, elementele sindromului nu se aplică neapărat la toate substanțele.

Dependența poate apărea de asemenea pentru comportamente repetitive care nu implică administrarea de substanțe psihoactive, cum ar fi: jocurile de noroc, cumpărături compulsive, exerciții fizice compulsive, nu doar tulburările de control ale impulsurilor.⁴

Sindromul de sevraj la substanțe

Sindromul de sevraj la o substanță apare la persoanele cu dependență

când este redusă cantitatea de substanță administrată. Este o manifestare importantă a modificărilor neurobiologice care stau la baza dependenței.

În general caracteristicile sindromului de sevraj sunt opuse efectelor imediate ale substanței. Sindromul de sevraj variază semnificativ de la o substanță la alta. Sindromul de sevraj este definit ca un grup de simptome, cu asociere și severitate variabile, care apare după oprirea sau scăderea cantității de substanță după un consum repetat și prelungit și/sau în doze mari a unei substanțe.

Ghid de diagnostic pentru sindromul de sevraj la substanță: ^{2,3}

ICD-10: Dovezi clare de încetare recentă sau de reducere a cantității de substanță consumată, de obicei după utilizarea prelungită și/sau în doze mari ale acesteia. Starea de sevraj este unul dintre principalii indicatori ai sindromului de dependență.

DSM-IV: Apariția unui sindrom specific substanței datorat încetării (sau reducerii) utilizării excesive și prelungite a unei substanțe.

ICD-10: Simptome și semne compatibile cu caracteristicile cunoscute unui sindrom de sevraj particular unei substanțe. Simptomele fizice variază în funcție de substanța folosită. Tulburările psihice (ex. anxietate, depresie, tulburări de somn) sunt de asemenea comune sevrajului. De obicei, pacientul raportează că simptomele de sevraj sunt înlăturate de reluarea consumului de substanță.

DSM-IV: Sindromul specific substanței cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială, profesională sau în alte domenii importante de funcționare.

ICD-10: Simptomele nu sunt mai bine explicate de prezența unei afecțiuni medicale care nu are legătură cu consumul de substanțe și nu sunt mai bine reprezentate de o altă tulburare mentală sau comportamentală.

DSM-IV: Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de o altă tulburare mentală.

² American Psychiatric Association. The diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed, text revision. American Psychiatric Association: Washington, DC; 2000.

³ World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization: Geneva; 1992.

¹ Johnson BA, editor. *Addiction Medicine - Science and Practice*. Springer; 2011.

² American Psychiatric Association. *The diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed, text revision. American Psychiatric Association: Washington, DC; 2000.

³ World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization: Geneva; 1992.

ICD-10: Diagnosticul diferențial: Multe simptome prezente în sevrajul la substanțe pot fi de asemenea cauzate de alte condiții psihiatrice cum ar fi anxietatea, tulburările depresive.

DSM-IV: nu exista criterii

Debutul și evoluția sevrajului sunt limitate în timp și sunt legate de tipul de substanță și dozele consumate în mod obișnuit imediat înainte de începutul perioadei de abinență.

Sunt cunoscute trei tipuri de sevraj: sevrajul simplu fără complicații, sevrajul cu convulsii și sevrajul cu delir. ^{2,3}

Alte entități diagnostice

Cele trei tulburări – dependența de substanță, abuzul de substanță și utilizarea nocivă – nu cuprind întregul spectru de utilizări repetitive, dăunătoare sau potențial dăunătoare.

În anii '70 OMS propune alte condiții caracterizate de consumul repetitiv de substanță pentru a completa sindromul de dependență.

Termenii propuși de comisia OMS au fost: „utilizare dezaprobată”, „utilizare dăunătoare”, „utilizare periculoasă” și „utilizare disfuncțională”.¹

1. Utilizarea dezaprobată - când consumul este sancționat din punct de vedere legal sau nu este aprobat de către societate sau o anumită parte din aceasta.
2. Utilizarea dăunătoare - se referă la consumul de către persoane care se află în situații care implică o scădere importantă sau totală a toleranței la substanțe, de exemplu vârstnici, copiii, femeii însărcinate (pentru făt), femeii în perioada de lactație (pentru copil).
3. Utilizarea periculoasă - semnalează consumul de substanțe în situații de risc organic (consum de alcool la un pacient hepatic) sau când este inoportun (consumul de alcool înainte de a conduce un autovehicul).

Poate fi sancționat sau nu din punct de vedere legal. Acest concept este similar cu cel de comportament de risc.

În formularea OMS acest consum a fost definit ca fiind dăunător fizic și psihic dar în alte definiții, „periculos” încorporează consecințele sociale și juridice .

Utilizarea periculoasă a substanțelor este uneori menționată ca fiind „la risc”, „riscantă”, având „risc mediu” sau „risc ridicat”.¹

4. Utilizare disfuncțională – caracterizată printr-un pattern dezadaptativ de consum care duce la afectarea funcționării psihice sau sociale, de exemplu, pierderea locului de muncă sau probleme maritale.

Utilizarea termenului de „consum periculos”

Consumul moderat de alcool este considerat cel de 2 sau mai puține unități pe zi pentru bărbați, 1 unitate sau mai puțin pe zi pentru femei, iar pentru persoanele peste 65 ani, 1 unitate sau mai puțin pe zi. O unitate însemnând 12g alcool pur care corespunde aproximativ unei beri de 330ml sau unui pahar de vin de 125ml sau 40ml de țarie.

Consumul riscant semnifică un nivel actual de consum sau un mod de a consuma care este probabil să dea naștere la probleme dacă persistă în viitor. OMS a stabilit că utilizarea periculoasă corespunde consumului a peste 1 u/zi la femei și peste 2 u/zi la bărbați

Consumul „problematic” este un mod de a consuma substanțe care produce consecințe negative asupra sănătății fizice și/sau psihice; aici intră și consumul episodic de cantități mari de alcool (>6 unități la o singura ocazie).

Consum moderat SUA vs Australia ^{5,6}

	1 băutură standard (g alcool pur)	Bărbați (< 65 ani)		Femei	
		/zi	/săpt.	/zi	/săpt.
SUA	14	≤ 4	≤ 14	≤ 3	≤ 7
Australia	10	≤ 4	≤ 28	≤ 2	≤ 14

¹ Johnson BA, editor. Addiction Medicine – Science and Practice. Springer; 2011.

⁵ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping Patients Who Drink Too Much – A Clinician’s Guide. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Rockville; 2005.

⁶ Stockle CS. Review of the Australian Alcohol Guidelines: Health risks and benefits. 2001.

¹ Johnson BA, editor. *Addiction Medicine - Science and Practice*. Springer; 2011.

² American Psychiatric Association. *The diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed, text revision. American Psychiatric Association: Washington, DC; 2000.

³ World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization: Geneva; 1992.

În alte țări consumul periculos este definit variabil ca un consum regulat a mai mult de 29 băuturi standard (290g alcool) pe săptămână pentru bărbați sau mai mult de 15 băuturi standard (150 g alcool) pe săptămână pentru femei și fără a ține cont de recomandarea existenței a două zile pe săptămână fără alcool atât pentru bărbați cât și pentru femei.

În unele țări din Asia consumul periculos sau riscant sunt utilizările de alcool care conduc la intoxicații de minimum două ori pe lună.¹

În cazul utilizării altor substanțe folosirea termenului „periculos” sau „riscant” nu pare atât de importantă (ex. pentru nicotină - tutun).

Consumul periculos de substanțe a apărut în proiectele timpurii ale ICD-10 dar a fost omis din versiunea publicată și a fost considerat a fi inclus în abuz.

În DSM-IV unul din cele 4 criterii ale abuzului de substanță este utilizarea repetată a substanței în situații în care consumatorul este pus în pericol.² Acest criteriu este cunoscut de mulți ca „utilizare periculoasă”.

Tulburări psihice induse de substanță

În DSM-IV și ICD-10 sunt specificate mai multe tulburări psihice induse de substanță.

DSM-IV-TR amintește de următoarele tulburări induse de consumul de substanțe: delirium, demența persistentă, tulburarea amnesică persistentă, tulburarea psihotică, tulburarea afectivă, tulburarea anxioasă, disfuncția sexuală și tulburarea de somn.²

ICD-10 codifică: sindromul de sevraj cu delirium, tulburarea psihotică, sindromul amnesic, tulburarea psihotică reziduală și cu debut tardiv și alte tulburări mentale și comportamentale induse de substanțe.³

În continuare vom discuta despre trei dintre ele: deliriumul, sindromul amnesic și tulburarea psihotică, ele figurând în ambele manuale de diagnostic.

Deliriumul

Deliriumul poate să apară în abuzul de substanță, iar uneori diagnosticul este pus la persoanele cu intoxicație acută.

Intoxicația cu delirium este un diagnostic acceptat de DSM-IV dar nu și de ICD-10. Cel mai frecvent este întâlnit în sindromul de sevraj sever la alcool sau substanțe sedativ-hipnotice.

Criterii de diagnostic pentru delirium tremens:³

A. Simptome prodromale: insomnie, tremor, frică, convulsii

B. Caracteristici clinice: tulburări câmpului de conștiință și confuzie, halucinații vii și iluzii care afectează orice sistem sensorial, tremor marcat, deliruri, agitație, insomnie sau inversarea ritmului somn-veghe, hiperactivitate vegetativă.

Tulburarea clasică este delirium tremens indus de alcool, care este o stare confuzională toxică de scurtă durată, dar uneori pune viața în pericol însoțind tulburările somatice. Acesta este de obicei o consecință a întreruperii absolute sau relative a alcoolului persoanele cu dependență severă, cu o istorie lungă de utilizare. Debutul său poate fi precedat de sindromul de sevraj simplu/cu convulsii.³ Un delir similar de retragere este observat după întreruperea benzodiazepinelor sau a altor hipnotice-sedative, dar tremorul nu este atât de intens în acest caz.¹

Tulburarea psihotică

Psihoza și/sau simptomele psihotice însoțesc în multe cazuri tulburările datorate consumului de substanță.

În unele cazuri acest lucru reflecta o tulburare independentă, cum ar fi schizofrenia, în altele, psihoza este o consecință a consumului de substanțe.

Uneori mecanismul de producere rămâne neclar. ICD-10 definește tulburările psihotice induse de substanță ca un grup de fenomene psihotice, care apar în timpul sau imediat după consumul unei substanțe psihoactive (de obicei în 48h) și care se caracterizată prin halucinații vii (de obicei auditive, dar pot interesa toate sistemele senzoriale), false identificări, deliruri și/sau idei de referință (de multe ori de natură paranoidă sau persecutorie), tulburări psihomotorii (excitație sau stupor) și afect anormal, care poate varia de la frică intensă la extaz.³ Senzorialitatea este de obicei

¹ Johnson BA, editor. *Addiction Medicine – Science and Practice*. Springer; 2011.

³ World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization: Geneva; 1992.