psihiatrie.org

Curs clinic de adicții pentru psihiatri

De la mecanisme la îngrijire

32 de module • modelul 7 Cărări • referințe complete



Ediție corectată și ilustrată • 24 noiembrie 2026

Conceptul 7 Cărări: dr. Ovidiu Balaban-Popa

Cum folosești această ediție

O lectură care îmbină explicația științifică cu practica clinică.

Cursul păstrează cele 32 de module, 237 de secțiuni clinice, 32 de cazuri clinice fictive și 128 de întrebări de autoevaluare cu explicații. Modelul „7 Cărări” este dezvoltat în 24 de capitole, iar atelierul aplicativ include 12 fișe de lucru pentru cursanți.

Fiecare paragraf clinic are trimiteri numerice la sursele secțiunii. La sfârșitul fiecărui capitol se regăsesc intrările bibliografice complete, în format APA, incluzând denumirea tratatului și a capitolului aferent. Numerotarea bibliografică reîncepe în fiecare capitol. Cazurile clinice și exercițiile originale sunt identificate separat.

Referințele bibliografice păstrează baza de documentare din manuscrisul revizuit. Adăugarea trimiterilor la nivel de paragraf nu echivalează cu o validare medicală independentă a întregului text. Anul 2027 asociat tratatului ASAM reproduce informația editorială din exemplarul electronic furnizat.

Două materiale, două utilizări

Acest manual este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății mintale. Caietul separat, „7 Cărări – Caietul meu de 23 de zile”, este conceput pentru pacient: conține explicații accesibile, o temă zilnică de reflecție și spațiu dedicat notițelor personale. Toate câmpurile din caiet sunt completate de către pacient. În ediția tipărită, textul principal este tehnoredactat cu corp de 13 puncte, iar bibliografiile sunt compuse la 10 puncte, cu alineat suspendat și spațiere compactă.

Procesul de realizare

Redactarea, editarea și structurarea inițială: GPT Astra. Revizii pe unități: Grok 4.7 și Gemini 4 Argon. Revizie, adjudecare și corecturi: Claude Opus 5.5. Consolidarea ediției, citările, noul workbook și verificările livrabilelor: Codex. Ilustrațiile folosite în manual: GPT Image integrat; versiunea exactă nu este verificabilă în instrument. Compactarea editorială, eliminarea imaginilor repetate și verificarea ediției din 21 octombrie 2026: Codex. Corecturile editoriale furnizate de utilizator și infograficele clinice noi au fost integrate de Codex la 21 octombrie 2026. Infografice generate prin instrumentul GPT Image integrat și verificate editorial; nu constituie protocoale medicale independente. Revizia din 24 noiembrie 2026 (corectură după DOOM 3, verificarea informațiilor medicale și retușarea infograficelor): Claude Opus 5.5. Corecturile au fost aprobate de dr. Ovidiu Balaban-Popa.

Conceptul original „7 Cărări”: dr. Ovidiu Balaban-Popa. Atribuirea privește arhitectura conceptuală a modelului, nu autoratul întregului curs sau o certificare medicală formală a textului.

Curs educațional destinat profesioniștilor, fără credite EMC. Revizia asistată de AI și confruntarea afirmațiilor selectate cu volumele de referință nu înlocuiesc o revizie medicală umană independentă și nu reprezintă o validare clinică formală a modelului „7 Cărări”. Nu a fost efectuată o actualizare medicală exhaustivă a cursului din surse externe suplimentare. Pentru siguranța clinică și explicațiile din noul caiet al pacientului au fost consultate separat resurse NIAAA și SAMHSA, menționate în cadrul acestuia.

Cuprins

Cum folosești această ediție 2

Cuprins 3

01. Ce înseamnă o tulburare de consum 7

02. Creierul și învățarea în adicție 15

03. Farmacologia explicată simplu 22

04. Vulnerabilitate și impact asupra sănătății 31

05. Prima consultație și interviul clinic 38

06. Analizele și testele toxicologice 46

07. Formularea cazului și diagnosticul diferențial 53

08. Alegerea nivelului de îngrijire 60

09. Intoxicația acută și policonsumul de substanțe 67

10. Sevrajul alcoolic 74

11. Sedativele și întreruperea lor 81

12. Supradozajul și sevrajul la opioide 88

13. Tratamentul tulburării de consum de alcool 95

14. Tratamentul de durată al tulburării de consum de opioide 102

15. Tutunul și produsele cu nicotină 109

16. Canabisul și canabinoizii 116

17. Cocaina și alte stimulante 123

18. Alte substanțe și produse cu compoziție incertă 130

19. Interviul motivațional și intervenția scurtă 137

20. Intervențiile cognitive și comportamentale 144

21. Familia și sprijinul pentru recuperare 151

22. Jocurile de noroc și comportamentele digitale 158

23. Depresia, tulburarea bipolară și psihoza 165

24. Anxietatea, trauma, ADHD și alte comorbidități 172

25. Complicațiile medicale 179

26. Durerea și îngrijirea perioperatorie 185

27. Adolescenții și tinerii 192

28. Sarcina, vârsta înaintată și nevoile specifice 199

29. Reducerea riscurilor și continuitatea îngrijirii 206

30. Etica și situațiile cu presiune externă 213

31. Prevenția și organizarea serviciilor 220

32. Citirea dovezilor și integrarea finală 227

7 Cărări / Construirea unei vieți care susține recuperarea 234

7 Cărări / Cum se citește această versiune 234

7 Cărări / 1. Identitatea modelului 235

7 Cărări / 2. De ce ar putea funcționa 236

7 Cărări / 3. O arhitectură în trei straturi 238

7 Cărări / 4. De la evaluare la formulare 240

7 Cărări / 5. Cum alegem cărarea principală 241

7 Cărări / 6. Cele șapte cărări, pe o singură hartă 242

7 Cărări / 7. Cărarea medicală 243

7 Cărări / 8. Cărarea înțelegerii de sine 244

7 Cărări / 9. Comunitatea 245

7 Cărări / 10. Cărarea spirituală 246

7 Cărări / 11. Corpul și ritmul 247

7 Cărări / 12. Creația și rostul 248

7 Cărări / 13. Reconstrucția 249

7 Cărări / 14. Cum lucrează cărările împreună 250

7 Cărări / 15. Planul de 7 / 30 / 90 de zile 252

7 Cărări / 16. O ședință care se încheie cu un pas utilizabil 253

7 Cărări / 17. Program demonstrativ: 12 întâlniri 254

7 Cărări / 18. Caz demonstrativ: Andrei 256

7 Cărări / 19. Caz demonstrativ: Elena 257

7 Cărări / 20. Caz demonstrativ: Mihai 258

7 Cărări / 21. Revenirea la consum 259

7 Cărări / 22. Ce măsurăm 260

7 Cărări / 23. Echipa și componenta digitală 261

7 Cărări / 24. Cum poate fi evaluat modelul 262

7 Cărări / Fișa 1. Harta comună a celor șapte cărări 264

7 Cărări / Fișa 2. Planul meu pentru șapte zile 265

7 Cărări / Fișa 3. Învăț dintr-o situație dificilă 266

7 Cărări / Fișa 4. Revizuire și continuitate 267

7 Cărări / Note de documentare ale modelului consolidat 268

Atelier / 12 fișe pentru cursanți 269

Fișa 1. Prima consultație 270

Fișa 2. Cronologia cazului 271

Fișa 3. Alegerea cadrului de îngrijire 272

Fișa 4. Interpretarea toxicologiei 273

Fișa 5. Alegerea tratamentului 274

Fișa 6. Planul pentru revenirea la consum 275

Fișa 7. Urmărirea evoluției 276

Fișa 8. Verificarea unei afirmații 277

Fișa 9. 7 Cărări – Harta comună 278

Fișa 10. 7 Cărări – Plan pentru șapte zile 279

Fișa 11. 7 Cărări – Învăț dintr-o situație dificilă 280

Fișa 12. 7 Cărări – Revizuire și continuitate 281

Evaluarea parcursului de studiu 282

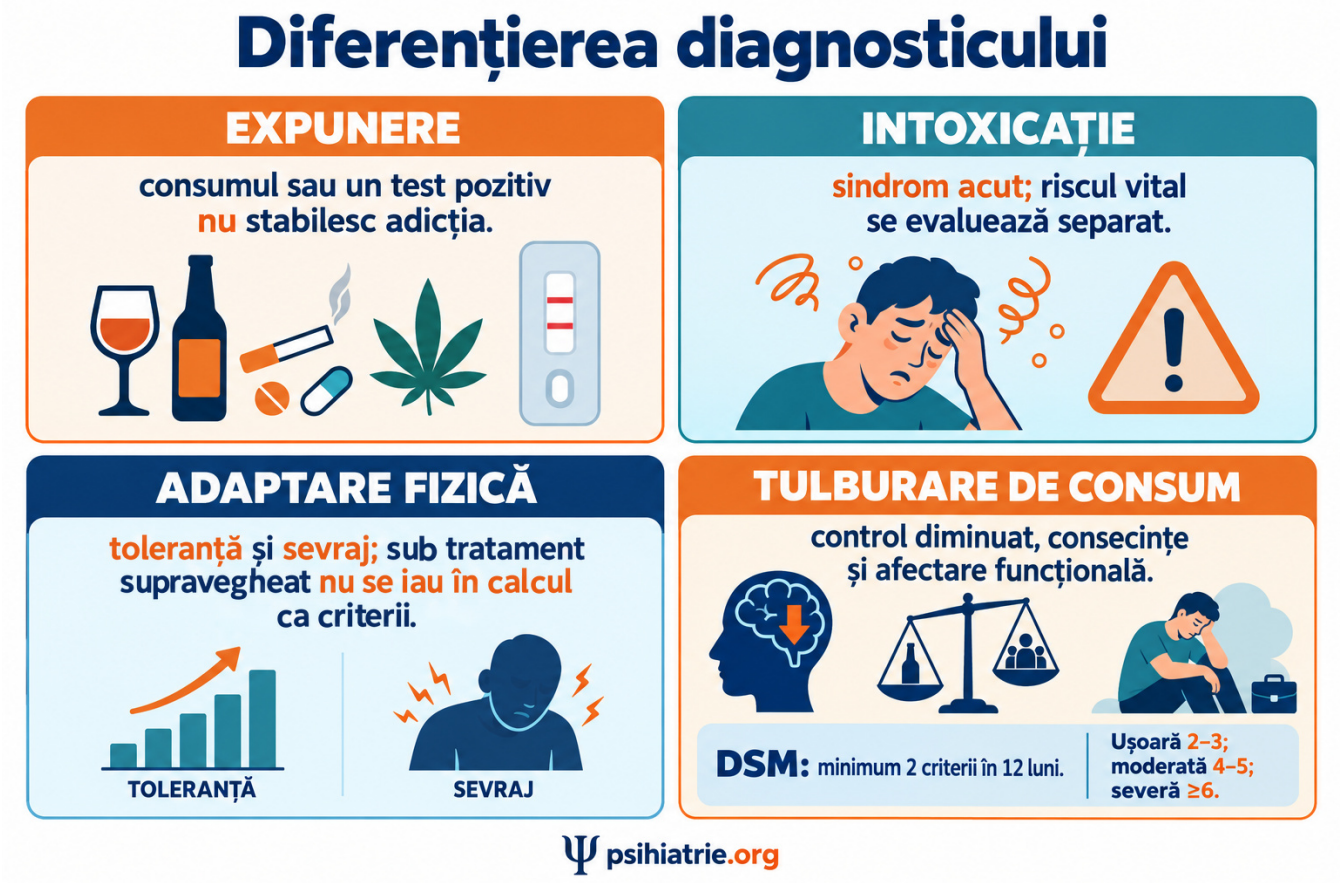
Indice de termeni 283

Partea I / Fundamente și evaluare

01. Ce înseamnă o tulburare de consum

Înainte de a alege o conduită terapeutică, este esențial să delimităm cu precizie entitatea clinică pe care o tratăm. Consumul (expunerea), intoxicația acută, dependența fizică (neuroadaptarea) și tulburarea de consum descriu fenomene distincte. O persoană poate prezenta o intoxicație acută severă în absența unui istoric de adicție, în timp ce o altă persoană poate suferi de o tulburare de consum severă fără a manifesta semne clinice evidente în momentul consultației. Diagnosticul psihiatric se întemeiază pe tiparul comportamental, pe consecințele funcționale și pe evoluția longitudinală. Cantitatea declarată și investigațiile de laborator contribuie la evaluare, dar nu pot înlocui anamneza și examenul clinic. Acest prim modul stabilește vocabularul conceptual comun al întregului curs. [1, 2]

Sinteză vizuală / Diferențierea diagnosticului



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1, 2, 4-9]

Ce vei putea face după lectură

• Să diferențiezi adaptarea fiziologică (toleranța și sevrajul) de tulburarea de consum de substanțe. [3]

• Să structurezi criteriile diagnostice și să argumentezi clinic gradul de severitate. [3]

• Să explici pacientului diagnosticul într-un limbaj medical riguros, clar și nonstigmatizant. [3]

1. Patru întrebări clinice diferite

A consumat persoana o substanță psihoactivă? Se află în prezent în stare de intoxicație acută? S-a adaptat fiziologic organismul la administrarea repetată? Există un tipar persistent caracterizat prin pierderea controlului și consecințe negative? Aceste patru întrebări nu primesc în mod obligatoriu același răspuns. Intoxicația reprezintă un sindrom acut, reversibil, determinat de efectele recente ale unei substanțe asupra sistemului nervos central. Sevrajul apare în urma reducerii sau întreruperii unei expuneri repetate și prelungite, pe fondul unei neuroadaptări fiziologice. În schimb, tulburarea de consum vizează un sindrom biopsihosocial și comportamental mult mai amplu. [1, 2]

Prin urmare, nu deducem existența unei adicții dintr-o administrare izolată, din simpla detecție a unui metabolit în urină sau dintr-un episod singular de sevraj. Totodată, un pacient integrat profesional și cu o prezentare exterioară îngrijită poate îndeplini un număr semnificativ de criterii diagnostice. Evaluarea clinică explorează impactul real al substanței în viața persoanei, inclusiv tentativele eșuate de reducere a consumului și costurile personale sau relaționale suportate. Aspectul general al pacientului nu confirmă și nu infirmă diagnosticul. [1, 2]

2. Consum la risc, consum nociv și diagnostic

Consumul la risc (hazardous use) crește probabilitatea apariției unor consecințe dăunătoare, în timp ce consumul nociv (harmful use) a generat deja afectări somatice sau psihice. De exemplu, autoadministrarea unor substanțe sedative înainte de a conduce un autovehicul creează un risc major imediat, chiar dacă nu s-a soldat încă cu un accident rutier. Complicațiile somatice și psihiatrice asociate consumului impun atenție clinică chiar și atunci când numărul criteriilor nu atinge pragul formal pentru o tulburare de consum. Intervenția preventivă sau terapeutică nu trebuie amânată până la instalarea unei forme severe de boală. [1]

Sintagma „consum cu risc scăzut” are o valoare strict relativă: nu garantează absența riscului și nu se traduce printr-un prag cantitativ universal sigur. Riscul real depinde de profilul farmacologic al substanței, de concentrație, de policonsum, de prezența sarcinii, de comorbiditățile somatice sau psihiatrice și de contextul administrării. În foaia de observație consemnăm concret comportamentul și consecința clinică: consum de alcool înaintea șofatului, căderi prin sedare cumulativă sau absenteism profesional repetat. Evităm etichetele vagi, precum „consum problematic”, neînsoțite de descrierea clinică a fenomenului. [1]

3. Cum organizăm criteriile DSM

În paradigma DSM prezentată în tratatele de referință, tulburarea de consum presupune un tipar dezadaptativ care generează suferință clinică sau disfuncție semnificativă, manifestat prin cel puțin două criterii pe parcursul aceleiași perioade de 12 luni. Cele 11 criterii diagnostice pot fi grupate didactic în patru domenii – grupare utilizată în Adolescent Addiction: Epidemiology, Assessment, and Treatment, în timp ce Addiction Psychiatric Medicine: A Comprehensive Board Review utilizează trei categorii. Tabelul de mai jos oferă o sinteză didactică și nu înlocuiește interviul clinic structurat. Fiecare criteriu reținut trebuie documentat printr-un exemplu concret și corelat cu clasa specifică de substanțe evaluată. [4-6]

În practica diagnostică, nu contabilizăm aceeași informație clinică în dreptul mai multor criterii fără o justificare distinctă. De exemplu, faptul că un pacient consumă alcool zilnic nu demonstrează automat, prin sine, atât prezența toleranței, cât și existența cravingului sau eșecul îndeplinirii rolurilor sociale. Explorăm separat intenția inițială a pacientului, cantitatea și durata efectivă a consumului, eforturile anterioare de reducere și consecințele apărute. Fiecare clasă relevantă de substanțe se evaluează individual; policonsumul nu justifică formularea unui diagnostic global nediferențiat. [4-6]

Domeniu clinic	Elemente de explorat în interviu
Control diminuat asupra consumului	Consum în cantități mai mari sau pe o perioadă mai îndelungată decât s-a intenționat; dorință persistentă sau încercări infructuoase de a reduce ori controla consumul; timp considerabil alocat procurării, consumului sau recuperării; craving (dorință intensă sau nevoie imperioasă de a consuma).
Afectarea funcționării sociale	Neîndeplinirea obligațiilor majore de rol (profesionale, școlare sau familiale); continuarea consumului în pofida problemelor interpersonale sau sociale persistente; abandonarea sau reducerea unor activități sociale, ocupaționale ori recreative importante.
Consum în situații de risc și consecințe	Consum recurent în situații în care acesta este periculos din punct de vedere fizic; continuarea consumului în pofida conștientizării unei probleme somatice sau psihice persistente ori recurente, induse sau exacerbate de substanță.
Adaptare farmacologică (fiziologică)	Toleranță; sindrom de sevraj caracteristic sau administrarea substanței (ori a uneia înrudite) pentru a ameliora sau evita simptomele de sevraj – cu aplicarea excepției diagnostice pentru tratamentele administrate strict sub supraveghere medicală adecvată.

Tabel didactic de sinteză. [1, 2, 4-9]

4. Dependența fizică nu este suficientă pentru diagnostic

Toleranța desemnează fie diminuarea efectului la menținerea aceleiași doze, fie necesitatea creșterii marcate a dozei pentru a obține efectul inițial. Dependența fizică reprezintă neuroadaptarea organismului la expunerea repetată, astfel încât reducerea dozei sau întreruperea administrării declanșează un sindrom de sevraj specific. Aceste două fenomene farmacologice pot apărea în mod fiziologic pe parcursul unui tratament medicamentos corect condus. Pentru substanțele administrate exclusiv conform indicației și sub supraveghere medicală adecvată, toleranța și sevrajul nu se contabilizează automat drept criterii pentru diagnosticul unei tulburări de consum. [4, 7]

Această excepție diagnostică nu scutește însă clinicianul de evaluarea celorlalte nouă criterii comportamentale. Existența unei prescripții medicale nu exclude pierderea controlului,

escaladarea neautorizată a dozelor, procurarea din surse multiple sau continuarea administrării în pofida consecințelor nocive. Invers, un pacient aderent la schema prescrisă care dezvoltă simptome de disconfort la întreruperea bruscă a medicației nu trebuie etichetat drept „dependent” în sens adictiv. Siguranța deprescrierii și a sevrajului se gestionează separat de încadrarea adictivă; în cazul benzodiazepinelor și al altor sedative, întreruperea abruptă poate antrena complicații medicale severe, detaliate în modulul dedicat sevrajului. [4, 7]

5. Severitatea clinică şi remisiunea

În sistemul DSM, severitatea tulburării de consum se cuantifică în funcție de numărul criteriilor prezente: 2–3 criterii definesc forma ușoară, 4–5 criterii forma moderată, iar prezența a 6 sau mai multe criterii definește forma severă. Acest scor dimensional nu reprezintă însă o scală a urgenței medicale imediate: un episod izolat de supradozaj cu opioide sau deprimante SNC poate fi letal chiar și la o persoană care nu întrunește criteriile unei forme severe. În consecință, consemnăm distinct în documentație severitatea tulburării de fond, riscul vital acut, complicațiile somatice sau psihiatrice și resursele de sprijin ale pacientului. [4, 8]

Specificatorii de remisiune descriu evoluția longitudinală a unei tulburări diagnosticate anterior. Conform reperelor din sursele citate, remisiunea timpurie desemnează o perioadă de cel puțin 3 luni, dar mai mică de 12 luni, în care nu mai este îndeplinit niciun criteriu diagnostic (cu excepția posibilă a cravingului), în timp ce remisiunea susținută presupune menținerea acestei stări timp de 12 luni sau mai mult. Se specifică suplimentar dacă pacientul se află într-un mediu controlat, unde accesul la substanță este restricționat. Obținerea remisiunii nu implică încetarea suportului terapeutic sau a monitorizării clinice. [4, 8]

6. Sistemele DSM şi ICD nu sunt traduceri mecanice

Manualul DSM a unificat fostele categorii de „abuz” și „dependență” într-o singură tulburare dimensională cu grade de severitate, în timp ce clasificarea ICD păstrează distincția nosologică dintre consumul nociv și dependența de substanțe. Tratatul Seminars in Addiction Psychiatry descrie pentru ICD-11 organizarea diagnosticului de dependență în jurul a trei axe centrale: controlul diminuat asupra consumului, prioritatea crescută acordată substanței în detrimentul altor activități și neuroadaptarea fiziologică (toleranță sau sevraj). Întrucât sursa menționată analizează și versiunea de dezvoltare a ICD-11, utilizăm această paralelă în scop conceptual, fără a substitui manualul oficial de codificare în vigoare. [1, 5]

În documentele medico-legale și clinice precizăm întotdeauna sistemul taxonomic utilizat și argumentele clinice. Nu echivalăm mecanic două criterii DSM (formă ușoară) cu un diagnostic de dependență conform ICD. Comunicarea cu pacientul păstrează un limbaj medical centrat pe persoană: vorbim despre „pacient cu tulburare de consum”, „rezultat toxicologic pozitiv sau negativ” și „episod de reluare a consumului”. Nu condiționăm niciodată acordarea îngrijirii medicale de acceptarea formală a unei etichete diagnostice. Îi putem explica pacientului: „Organismul dumneavoastră s-a adaptat farmacologic la substanță; acum trebuie să evaluăm împreună dacă există și o diminuare a controlului asupra utilizării și cum vă putem sprijini în deplină siguranță.” [1, 5]

Schema conceptuală: Întrebările care separă conceptele

• Expunere (Consum)

• Efect acut (Intoxicație)

• Adaptare fizică (Toleranță / Sevraj)

• Tipar comportamental (Tulburare de consum) [1, 2, 4-9]

Notă: Cele patru noduri reprezintă domenii distincte de evaluare clinică, nu etape evolutive obligatorii prin care trece fiecare pacient. Prezența unui nod nu demonstrează automat existența următorului. [1, 2, 4-9]

Idei de reținut

• Consumul, intoxicația acută, sevrajul și tulburarea de consum se evaluează ca entități clinice distincte.

• Un comportament de consum cu risc înalt justifică intervenția clinică chiar înainte de întrunirea pragului diagnostic pentru o tulburare de consum.

• Toleranța și sevrajul apărute în cursul unei administrări medicale adecvate nu stabilesc, singure, diagnosticul de adicție.

• Gradul de severitate DSM nu înlocuiește evaluarea urgenței medicale sau psihiatrice.

• Remisiunea clinică poate coexista cu persistența cravingului, care rămâne o țintă terapeutică activă.

• Precizează întotdeauna sistemul diagnostic utilizat și adoptă un limbaj clinic centrat pe persoană. [1, 2, 4-9]

Caz clinic fictiv: aplică raționamentul

Irina, în vârstă de 49 de ani, își administrează seara un sedativ prescris medical de doi ani. După ce omite accidental două doze consecutive, prezintă insomnie marcată, anxietate și tremor fin al extremităților. Solicită o consultație deoarece a citit pe internet că apariția oricărui simptom de sevraj înseamnă că a devenit „dependentă”. Afirmă că nu a depășit niciodată doza recomandată și că nu a solicitat prescripții suplimentare de la alți medici. Nu ai verificat încă istoricul complet al prescripțiilor, eventualul consum de alcool, funcționarea cotidiană sau tentativele anterioare de reducere a dozei. Pacienta este cooperantă, dar se teme că îi vei întrerupe brusc tratamentul în cursul aceleiași zile. Nu descrie crize convulsive și nu prezintă stare confuzională. Consultația permite o evaluare clinică completă și conturarea unui plan terapeutic etapizat. Cazul este fictiv și are scop exclusiv didactic. [3]

Care este formularea clinică inițială cea mai adecvată? [1, 2, 4-9]

A. Pacienta prezintă posibile simptome de sevraj prin întrerupere; evaluăm siguranța medicală imediată și explorăm separat criteriile pentru o eventuală tulburare de consum.

B. Prezența sevrajului confirmă, prin ea însăși, o tulburare severă de consum de sedative.

C. Întrucât medicamentul a fost prescris medical, nu mai este necesară nicio evaluare suplimentară.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: A. [1, 2, 4-9]

Opțiunea A: Această abordare delimitează corect neuroadaptarea fiziologică de tiparul comportamental adictiv. Clinicianul clarifică molecula, doza, durata expunerii, momentul ultimei administrări și riscul de sevraj complicat, explorând ulterior controlul asupra consumului, consecințele funcționale și eventuala asociere cu alte substanțe (precum alcoolul). Se explică pașii terapeutici și se evită oprirea bruscă, nesupravegheată. [1, 2, 4-9]

Opțiunea B: Deși sevrajul are o importanță clinică majoră pentru siguranța pacientei, el nu stabilește singur diagnosticul de tulburare de consum sau severitatea acesteia. În contextul unei administrări medicale conforme, toleranța și sevrajul nu sunt suficiente pentru încadrarea adictivă. O etichetare prematură poate compromite alianța terapeutică și poate precipita o întrerupere riscantă. [1, 2, 4-9]

Opțiunea C: Faptul că substanța provine dintr-o prescripție medicală nu exclude nici riscurile somatice ale întreruperii, nici posibilitatea existenței altor criterii de tulburare de consum. Trebuie evaluate modul real de administrare, asocierile medicamentoase, raportul risc-beneficiu și siguranța unui eventual protocol de reducere treptată a dozei (tapering). [1, 2, 4-9]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Un test toxicologic urinar pozitiv este suficient pentru stabilirea diagnosticului de tulburare de consum? [4, 9] [4, 9]

A. Da, dacă rezultatul este confirmat prin cromatografie.

B. Nu; rezultatul indică doar expunerea recentă în limitele metodei analitice, iar diagnosticul necesită evaluare clinică.

C. Da, pentru orice substanță administrată în afara unei prescripții medicale.

Răspuns corect: B. Diagnosticul de tulburare de consum vizează un tipar persistent de diminuare a controlului, consecințe negative și alte criterii clinice. Chiar și o expunere confirmată prin metode definitive nu oferă informații despre frecvența consumului, afectarea funcționării sau pierderea controlului. Rezultatul de laborator trebuie întotdeauna integrat în anamneză și în examenul clinic. [4, 9]

Întrebarea 2. Care dintre următoarele situații corespunde formei moderate în clasificarea DSM? [4] [4]

A. Un consum zilnic, indiferent de numărul criteriilor întrunite.

B. Un episod acut cu risc vital ridicat, fără alte date anamnestice.

C. Prezența a patru criterii diagnostice documentate în intervalul de 12 luni.

Răspuns corect: C. Severitatea în sistemul DSM este definită prin numărul de criterii îndeplinite: 4–5 criterii indică o formă moderată. Urgența medicală poate fi maximă la orice prag de severitate DSM. Frecvența consumului și periculozitatea unui episod sunt variabile clinice esențiale, dar nu substituie documentarea riguroasă a criteriilor. [4]

Întrebarea 3. Ce semnificație are prezența cravingului la un pacient care nu a mai întrunit niciun alt criteriu diagnostic în ultimele 14 luni? [8] [8]

A. Exclude în mod obligatoriu încadrarea în remisiune.

B. Este compatibilă cu specificatorul de remisiune susținută.

C. Demonstrează recăderea completă și reactivarea tuturor criteriilor.

Răspuns corect: B. Criteriile diagnostice permit persistența cravingului în definiția remisiunii timpurii și susținute. Cravingul rămâne însă o țintă clinică importantă pentru psihoterapie și farmacoterapie: nu trebuie confundat cu reluarea consumului, dar nici ignorat atunci când creează suferință sau risc de recădere. [8]

Întrebarea 4. Care dintre următoarele formulări este adecvată pentru consemnarea în foaia de observație? [1] [1]

A. „Pacient murdar la testul de urină.”

B. „Pacient lipsit de voință.”

C. „Rezultat pozitiv pentru analitul testat; se interpretează în context clinic.”

Răspuns corect: C. Terminologia medicală descriptivă transmite informații obiective și verificabile, fără judecăți morale. Un rezultat pozitiv reprezintă o constatare analitică de laborator, în timp ce etichetele stigmatizante pot distorsiona raționamentul clinic al echipei și pot submina încrederea pacientului în actul medical. [1]

Termeni explicați

Craving (nevoie imperioasă de consum): dorință intensă, intruzivă sau impuls greu de stăpânit de a consuma o substanță psihoactivă. [1, 2, 4-9]

Toleranță: diminuarea efectului farmacologic al aceleiași doze în urma expunerii repetate sau necesitatea creșterii dozei pentru obținerea efectului inițial. [1, 2, 4-9]

Remisiune: perioadă definită în care criteriile diagnostice ale unei tulburări de consum prezente anterior nu mai sunt îndeplinite (cu excepția posibilă a cravingului), conform regulilor sistemului de clasificare utilizat. [1, 2, 4-9]

Note despre documentare

Distincțiile terminologice, criteriile diagnostice, gradele de severitate și specificatorii de remisiune au fost confruntate cu pasajele citate. Cazul clinic și întrebările de autoevaluare sunt originale. [3]

Comparația cu sistemul ICD reflectă abordarea din Seminars in Addiction Psychiatry (2021), care analizează și versiunea de dezvoltare a ICD-11, fără a reprezenta un ghid oficial de codificare administrativă. [3]

Intervalele temporale ale remisiunii au fost armonizate prin confruntarea cap. 37 din ASAM Essentials cu Board Review (p. PDF 8). [3]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). The ASAM essentials of addiction medicine (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 2, „Recommended Use of Terminology in Addiction Medicine” (pp. 8–13).

[2] Chambers, R. A., & Masterson, K. G. (2025). Introduction to addiction psychiatry. Cambridge University Press. Capitolul 2, „Specific Symptom Sets: Clinical Phenomenology” (pp. 36–78). DOI: 10.1017/9781009501439

[3] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 1: Ce înseamnă o tulburare de consum – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[4] Colón-Rivera, H. A., Aoun, E. G., & Vaezazizi, L. M. (2023). Addiction psychiatric medicine: A comprehensive board review. Elsevier. Capitolul 1, „General Principles of Substance Use Disorders” (pp. 1–10).

[5] Day, E., & Morris, J. (2021). Historical and conceptual approaches to addiction. In E. Day (Ed.), Seminars in addiction psychiatry (2nd ed., pp. 1–14). Cambridge University Press. DOI: 10.1017/9781911623199

[6] Essau, C. A. (2020). Comorbidity of addictive problems: Assessment and treatment implications. In C. A. Essau & P. H. Delfabbro (Eds.), Adolescent addiction: Epidemiology, assessment, and treatment (2nd ed., pp. 291–318). Academic Press. DOI: 10.1016/B978-0-12-818626-8.00011-6

[7] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). The ASAM essentials of addiction medicine (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 10, „Pharmacokinetic and Pharmacodynamic Principles” (pp. 55–60).

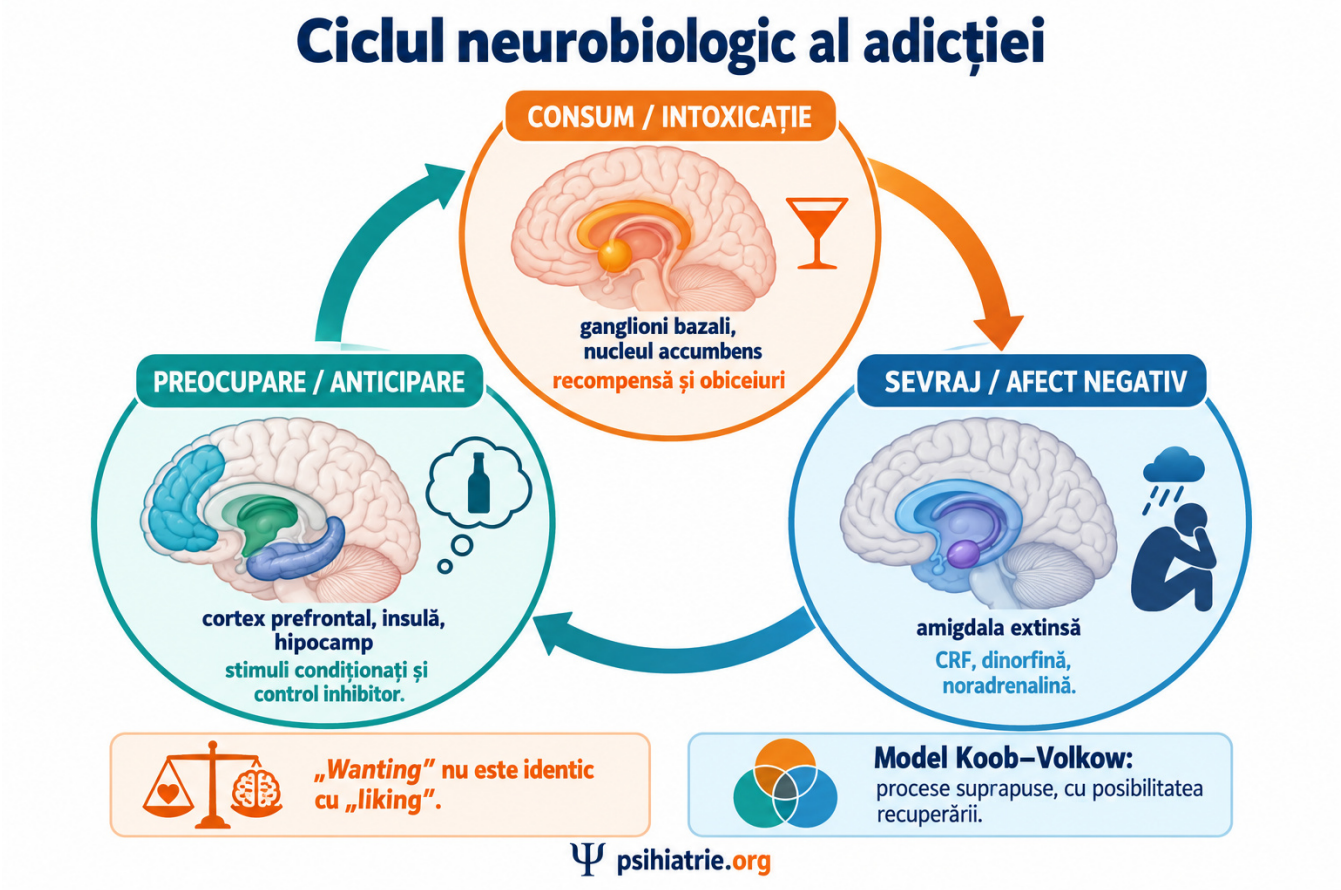
[8] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). The ASAM essentials of addiction medicine (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 37, „Identification and Treatment of High-Risk Alcohol Use and Alcohol Use Disorder: An Overview” (pp. 233–239).

[9] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). The ASAM essentials of addiction medicine (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 32, „Laboratory Assessment” (pp. 197–202).

02. Creierul și învățarea în adicție

Adicția implică interacțiunea dinamică dintre multiple circuite neurobiologice și factorii de mediu. Sistemul de recompensă facilitează învățarea asociativă, circuitele stresului amplifică reactivitatea la disconfort, memoria condiționată leagă anumite contexte, persoane sau stări afective de actul consumului, iar rețelele controlului executiv – responsabile de evaluarea consecințelor și inhibarea impulsurilor – devin vulnerabile. Aceste mecanisme explică de ce un pacient poate avea intenția sinceră de a întrerupe consumul și, cu toate acestea, poate recădea în prezența stimulilor declanșatori. Înțelegerea neurobiologiei oferă ținte terapeutice concrete, fără a reduce persoana la o singură arie cerebrală sau la nivelul unui singur neurotransmițător. [1, 2]

Sinteză vizuală / Ciclul neurobiologic al adicției



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1, 2, 4]

Ce vei putea face după lectură

• Să diferențiezi ranforsarea (întărirea) pozitivă de ranforsarea negativă în menținerea consumului. [3]

• Să explici rolul clinic al stimulilor condiționați, al automatismelor și al controlului executiv. [3]

• Să transpui un model neurobiologic într-o formulare de caz utilă pentru pacient și planul terapeutic. [3]

1. Recompensa nu înseamnă doar plăcere

În psihologia învățării, un comportament este întărit (ranforsat) atunci când consecințele sale cresc probabilitatea repetării lui în viitor. În întărirea (ranforsarea) pozitivă, actul este urmat de un efect dezirabil: euforie, relaxare sau facilitarea interacțiunii sociale. Dopamina joacă un rol central în semnalizarea erorii de predicție a recompensei și în consolidarea asocierilor dintre stimuli, acțiuni și rezultate (atribuirea de salienţă motivaţională – incentive salience). Ea nu reprezintă un simplu „rezervor biochimic al fericirii”: efectele sale depind de regiunea cerebrală, de subtipul de receptori, de amplitudinea și dinamica eliberării fazice sau tonice, precum și de modularea prin alte sisteme de neurotransmisie. [1, 2]

Substanțele cu potențial adictiv generează semnale dopaminergice rapide și supranormale, care depășesc amploarea recompenselor biologice naturale. Expunerea repetată orientează disproporționat atenția și motivația către substanță și către stimulii care o precedă. Treptat, pacientul poate investi tot mai puțină energie în activități care oferă recompense lente sau moderate, precum relațiile familiale, activitatea profesională ori hobbyurile. Explicația clinică adecvată este aceea că mecanismele învățării motivaționale au fost deturnate prioritar către consum, nu că pacientul și-ar fi pierdut ireversibil capacitatea de a trăi bucuria. [1, 2]

2. Când consumul are funcţia de a reduce suferinţa

În întărirea (ranforsarea) negativă, un comportament se consolidează deoarece înlătură sau atenuează o stare aversivă, neplăcută. Termenul „negativ” desemnează matematic scăderea sau îndepărtarea unui stimul disforic, nicidecum o pedeapsă. Un pacient poate continua să consume pentru a-și calma anxietatea, disforia, insomnia sau simptomele somatice de sevraj. Acest mecanism explică persistența adicției chiar și în stadiile în care efectul euforizant inițial s-a diminuat considerabil: ameliorarea rapidă a suferinței imediate cântărește mai greu în decizia de moment decât consecințele negative îndepărtate. [1]

Conform modelului neurobiologic descris în tratatul ASAM și detaliat de Koob și Volkow, expunerea cronică produce atât o hipofuncție a circuitelor recompensei, cât și o hiperactivare a sistemelor cerebrale ale stresului, inclusiv circuite ale amigdalei extinse și semnalizare prin CRF, dinorfină și noradrenalină. În perioadele de abstinență, persoana poate experimenta o stare de vulnerabilitate emoțională crescută, anhedonie și toleranță scăzută la frustrare. Cu toate acestea, clinicianul nu trebuie să atribuie automat orice dispoziție depresivă doar sevrajului sau neuroadaptării: tulburările afective independente, trauma psihică, durerea cronică și factorii de stres social necesită o evaluare paralelă riguroasă. [1, 5]

3. Dorinţa, plăcerea şi stimulii condiţionaţi

A dori intens o substanță (wanting, legat de atribuirea salienței motivaționale) și a resimți plăcere în urma administrării ei (liking, plăcerea hedonică) sunt procese neurobiologice disociabile, aspect subliniat de Chambers și Masterson. Un pacient poate relata cu deplină sinceritate că nu îi mai place efectul substanței și că îl detestă, dar că resimte în continuare o nevoie imperioasă greu de stăpânit. Un loc familiar, o notificare pe telefon, o stare de oboseală sau o emoție negativă pot deveni stimuli condiționați (indici) care declanșează anticiparea consumului și pregătesc răspunsul motor înainte ca persoana să realizeze o deliberare conștientă completă. [1, 4]

În timpul consultației reconstruim secvențial un episod concret de consum: Unde se afla pacientul? Ce a simțit în plan somatic și emoțional? Ce stimuli a observat? Ce s-a întâmplat imediat după administrare? Această analiză permite intervenții țintite: modificarea traseului zilnic, limitarea contactului cu contexte asociate consumului, pregătirea unei acțiuni alternative sau antrenarea toleranței față de valul de craving. Obiectivul nu este evitarea utopică a oricărei emoții neplăcute, ci formarea unor răspunsuri adaptative care pot fi activate atunci când un stimul declanșator nu poate fi ocolit. [1, 4]

4. Automatisme, impulsivitate şi compulsivitate

Impulsivitatea definește tendința de a acționa rapid, cu o evaluare insuficientă a consecințelor ulterioare, în timp ce compulsivitatea desemnează repetarea persistentă a unui comportament, dificil de oprit chiar și în prezența unor efecte vădit nocive. Cele două dimensiuni se pot suprapune în evoluția clinică. Modelele neurobiologice descriu implicarea predominantă a striatului ventral (nucleul accumbens) în fazele inițiale de recompensă și motivație, urmată de recrutarea progresivă a circuitelor striatale dorsale pe măsură ce consumul capătă caracterul unui obicei automatizat. Această tranziție reprezintă o hartă funcțională a rețelelor cerebrale, nu localizarea adicției într-un punct fix al creierului. [1, 2]

Cortexul prefrontal susține planificarea, flexibilitatea cognitivă, compararea opțiunilor și inhibarea răspunsurilor inadecvate. Stresul acut, privarea de somn, comorbiditățile psihiatrice și efectele directe ale substanțelor pot fragiliza acest control executiv. Din acest motiv, simpla recomandare adresată pacientului de „a lua decizii mai înțelepte” este clinic insuficientă. Putem reduce povara decizională în momentele critice prin structurarea unor pași simpli, rutine zilnice, acces rapid la tratament și planuri de siguranță prestabilite. Dificultatea de autocontrol nu anulează autonomia pacientului și nici capacitatea sa de învățare terapeutică. [1, 2]

5. Vulnerabilitatea: model poligenic și probabilistic

Factorii genetici, etapele de neurodezvoltare și mediul de viață interacționează continuu. Vulnerabilitatea genetică nu presupune existența unei „gene unice a adicției”, ci contribuția cumulativă a numeroase variante genetice ale căror efecte sunt modulate de expunerea la substanțe și de experiențele de viață. Adolescența constituie o fereastră critică de vulnerabilitate, întrucât maturizarea timpurie a circuitelor limbice (căutarea noutății și sensibilitatea la anturaj) precedă maturizarea completă a controlului executiv prefrontal. Acest decalaj neurobiologic explică riscul populațional crescut, dar nu predestinează evoluția unui anumit adolescent. [1]

Experiențele adverse din copilărie, stresul cronic, disponibilitatea substanțelor și absența suportului social pot amplifica vulnerabilitatea biologică, în timp ce relațiile securizante și accesul timpuriu la îngrijire oferă factori de protecție. Nu interpretăm niciodată o estimare statistică de heritabilitate drept procentul în care boala unui individ este „determinată genetic”. Antecedentele heredocolaterale de adicție nu reprezintă un verdict, ci un reper clinic care justifică o prevenție atentă și o explorare sistematică a resurselor și factorilor protectori ai persoanei. [1]

6. Ce poate și ce nu poate arăta neuroimagistica

Studiile de tomografie cu emisie de pozitroni (PET) și rezonanță magnetică funcțională sau structurală (fMRI/MRI) evidențiază diferențe semnificative de activitate metabolică, disponibilitate receptorială, conectivitate și volum între grupurile de pacienți cu adicții și loturile martor. Unele dintre aceste modificări se corelează cu intensitatea cravingului, cu deficitele de control inhibitor sau cu riscul de recădere, fiind extrem de valoroase pentru înțelegerea mecanismelor patogenice. Totuși, ele nu transformă o investigație neuroimagistică uzuală într-un test diagnostic individual capabil să confirme sau să infirme o tulburare de consum: diagnosticul rămâne fundamental clinic. [2]

În interpretarea literaturii științifice trebuie distinse vulnerabilitățile neurobiologice preexistente de efectele neurotoxice ale expunerii cronice, precum și de influențele confundante ale mediului ori ale comorbidităților psihiatrice. Totodată, studiile longitudinale documentează un potențial real de neuroplasticitate și recuperare parțială sau substanțială a unor funcții după menținerea abstinenței. În comunicarea cu pacientul evităm formulările fataliste despre un „creier distrus ireversibil”, explicând că, deși neuroadaptările pot fi persistente, creierul își păstrează capacitatea de reorganizare prin tratament și învățare. [2]

7. Transpunerea mecanismelor în planul terapeutic

Modelul neurobiologic în trei stadii – (1) consum excesiv și intoxicație (binge/intoxication), (2) sevraj și afect negativ (withdrawal/negative affect), respectiv (3) preocupare și anticipare (preoccupation/anticipation) – oferă o matrice practică pentru alegerea intervențiilor. Stabilizăm sevrajul și tratăm comorbiditățile afective, susținem reconstrucția recompenselor naturale, reducem reactivitatea la stres și antrenăm strategii de gestionare a stimulilor declanșatori. Farmacoterapia (atunci când are indicație specifică) și intervențiile psihosociale acționează sinergic asupra acestor verigi. Pacientul nu are nevoie să memoreze denumiri neuroanatomice complexe pentru a beneficia de o explicație funcțională clară. [1]

Un plan terapeutic bine articulat leagă fiecare intervenție de mecanismul clinic predominant observat la pacient. Dacă episoadele de consum sunt precipitate de conflicte interpersonale, intervenția vizează reglarea emoțională și comunicarea; dacă tabloul este dominat de sevraj, prioritatea zero este stabilizarea medicală; dacă viața cotidiană s-a golit de surse de satisfacție, recuperarea trebuie să includă reconstrucția activităților cu sens. Acest ciclu tristadial reprezintă un model orientativ: pacienții nu parcurg întotdeauna aceleași etape în aceeași succesiune sau cu aceeași intensitate. [1]

Schema conceptuală: Trei procese care se pot întreține reciproc și ținta intervențiilor

- Recompensă și consum acut (Ganglionii bazali / Striatul ventral)
- Disconfort, sevraj și stres (Amigdala extinsă)
- Stimuli condiționați și anticipare (Cortexul prefrontal / Rețelele executive)
- Control executiv și alternative (Ținta intervențiilor terapeutice integrate) [1, 2, 4]

Notă: Model calitativ inspirat din sinteza neurobiologică ASAM. Procesele se pot suprapune în practică; schema nu impune o succesiune obligatorie și nu cuantifică activitatea cerebrală a unui pacient individual. [1, 2, 4]

Idei de reținut

• Ranforsarea pozitivă consolidează consumul prin adăugarea unui efect dezirabil, iar ranforsarea negativă prin ameliorarea unui disconfort sau a sevrajului.

• Dorința imperioasă de consum (wanting) poate persista intens chiar și atunci când plăcerea resimțită (liking) scade.

• Stimulii condiționați și automatismele comportamentale constituie ținte clinice directe în prevenirea recăderii.

• Controlul executiv funcționează în cadrul unei rețele neurobiologice puternic influențate de stres, somn și context.

• Vulnerabilitatea genetică este probabilistică și poligenică, nu un destin implacabil.

• Neuroimagistica de cercetare explică mecanisme la nivel de grup, dar nu înlocuiește diagnosticul clinic psihiatric. [1, 2, 4]

Caz clinic fictiv: aplică raționamentul

Andrei, în vârstă de 36 de ani, relatează că alcoolul nu îi mai oferă plăcerea și relaxarea de altădată. După câteva zile de abstinență devine însă neliniștit, prezintă insomnie și are gânduri recurente legate de băutură. În drumul de la serviciu spre casă trece zilnic pe lângă magazinul de unde își cumpăra de obicei alcool și începe să negocieze cu sine ideea că „o singură seară de consum” l-ar ajuta să se liniștească. Resimte o rușine intensă deoarece conștientizează consecințele negative și, cu toate acestea, impulsul rămâne foarte puternic. Nu ai stabilit încă în ce măsură neliniștea reprezintă un sevraj prelungit, o tulburare anxioasă comorbidă sau o combinație a ambelor, însă pacientul nu prezintă în acest moment semnele unei urgențe medicale acute. Îți solicită o explicație pe care să o poată înțelege și un plan concret înaintea următorului drum spre casă. Cazul este fictiv și are rol didactic. [3]

Care formulare explică cel mai adecvat situația clinică, fără a închide prematur diagnosticul diferențial? [1, 2, 4]

A. Dacă substanța nu mai produce plăcere, mecanismele adicției nu mai sunt active.

B. Căutarea reducerii disconfortului și stimulii condiționați din mediu pot întreține impulsul de consum; în paralel, evaluăm cauzele anxietății și ale insomniei.

C. Un nivel scăzut de dopamină explică integral tabloul și poate fi diagnosticat direct din relatarea pacientului.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: B. [1, 2, 4]

Opțiunea A: Plăcerea hedonică (liking) și dorința motivațională (wanting) nu sunt identice. Comportamentul de consum poate fi menținut prin ranforsare negativă (ameliorarea unei stări aversive) și prin reactivarea asocierilor condiționate din mediu. Absența euforiei nu exclude adicția și nici nu scutește clinicianul de evaluarea unei eventuale tulburări depresive sau anxioase. [1, 2, 4]

Opțiunea B: Această formulare integrează ranforsarea negativă și rolul stimulilor condiționați (magazinul de pe traseu), păstrând deschisă evaluarea sevrajului, a anxietății și a tulburărilor de somn. Planul imediat poate combina stabilizarea clinică, modificarea traseului spre casă și o strategie prestabilită de gestionare a cravingului. [1, 2, 4]

Opțiunea C: Nu putem măsura sau deduce concentrația sinaptică de dopamină din simpla conversație clinică, iar adicția implică multiple sisteme neurochimice. O explicație reducționistă ignoră factorii declanșatori concreți și simptomele clinice asupra cărora putem interveni imediat. [1, 2, 4]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Continuarea consumului cu scopul de a atenua o stare de disconfort sau sevraj reprezintă un exemplu de: [1] [1]

A. Întărire (ranforsare) negativă.

B. Pedeapsă pozitivă.

C. Absență a învățării asociative.

Răspuns corect: A. Comportamentul este consolidat prin înlăturarea sau reducerea unei stări aversive. Termenul „negativ” nu are conotație morală sau punitivă. Această distincție arată de ce tratamentul trebuie să abordeze suferința din abstinență și să ofere alternative de reglare emoțională, nu doar să discute efectele euforizante ale substanței. [1]

Întrebarea 2. Ce utilitate clinică are identificarea unui stimul condiționat (indiciu de consum)? [1] [1]

A. Demonstrează că pacientul nu își dorește cu adevărat schimbarea.

B. Permite anticiparea situației și pregătirea unui răspuns adaptativ înaintea momentului de risc.

C. Confirmă existența unei leziuni cerebrale ireversibile.

Răspuns corect: B. Stimulii asociați repetat cu substanța pot reactiva automat așteptarea consumului și cravingul. Identificarea lor concretă ajută la restructurarea mediului și la antrenarea strategiilor de coping, fără a emite judecăți despre moralitatea pacientului sau despre presupuse leziuni structurale. [1]

Întrebarea 3. Prezența antecedentelor familiale de tulburări de consum semnifică: [1] [1]

A. O evoluție inevitabilă către adicție.

B. Un diagnostic clinic deja prezent la descendent.

C. O vulnerabilitate probabilistică ce trebuie interpretată în interacțiune cu mediul și dezvoltarea persoanei.

Răspuns corect: C. Riscul adictiv rezultă din interacțiunea complexă dintre factorii poligenici, neurodezvoltare și experiențele psihosociale. Istoricul familial justifică vigilență preventivă și o anamneză atentă, dar nu decide destinul clinic al individului, ale cărui resurse și factori protectori rămân esențiali. [1]

Întrebarea 4. Care este concluzia științifică prudentă în urma unui studiu de neuroimagistică realizat pe grupuri de pacienți? [2] [2]

A. Diferențele medii observate contribuie la înțelegerea mecanismelor neurobiologice, fără a constitui, singure, un test diagnostic individual.

B. Fiecare pacient cu adicție prezintă exact aceeași modificare imagistică.

C. Evaluarea clinică psihiatrică devine inutilă.

Răspuns corect: A. Studiile imagistice de grup evidențiază corelații statistice între structură, funcție și comportament, însă variabilitatea interindividuală și direcția cauzalității impun prudență. O imagine cerebrală nu poate fi utilizată izolat ca probă diagnostică a adicției sau a incapacității de recuperare. [2]

Termeni explicaţi

Întărire (ranforsare): proces al învățării prin care consecința unui comportament crește probabilitatea repetării acestuia în viitor (prin adăugarea unui stimul apetitiv în ranforsarea pozitivă sau prin înlăturarea unui stimul aversiv în ranforsarea negativă). [1, 2, 4]

Control executiv: ansamblul proceselor cognitive prefrontale care permit planificarea, evaluarea consecințelor, flexibilitatea decizională și inhibarea unui răspuns nepotrivit. [1, 2, 4]

Stimul (indiciu) condiționat: semnal intern sau extern care, fiind asociat în mod repetat cu administrarea substanței, capătă proprietatea de a declanșa anticiparea consumului și cravingul. [1, 2, 4]

Note despre documentare

Mecanismele neurobiologice și limitele metodologice ale modelului au fost confruntate cu capitolele de referință citate. Nu sunt extrapolate rezultate imagistice sau genetice la nivel de diagnostic individual. [3]

Ciclul în trei stadii este prezentat ca model euristic explicativ, nu ca regulă invariabilă a evoluției clinice. [3]

Se precizează explicit că neuroimagistica actuală nu stabilește diagnosticul individual de tulburare de consum. [3]

Referinţe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). The ASAM essentials of addiction medicine (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 1, „Substance Use Disorders: The Neurobiology of Motivation Gone Awry” (pp. 2–7).

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). The ASAM essentials of addiction medicine (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 3, „The Anatomy of Addiction” (pp. 14–19).

[3] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 2: Creierul și învățarea în adicție – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

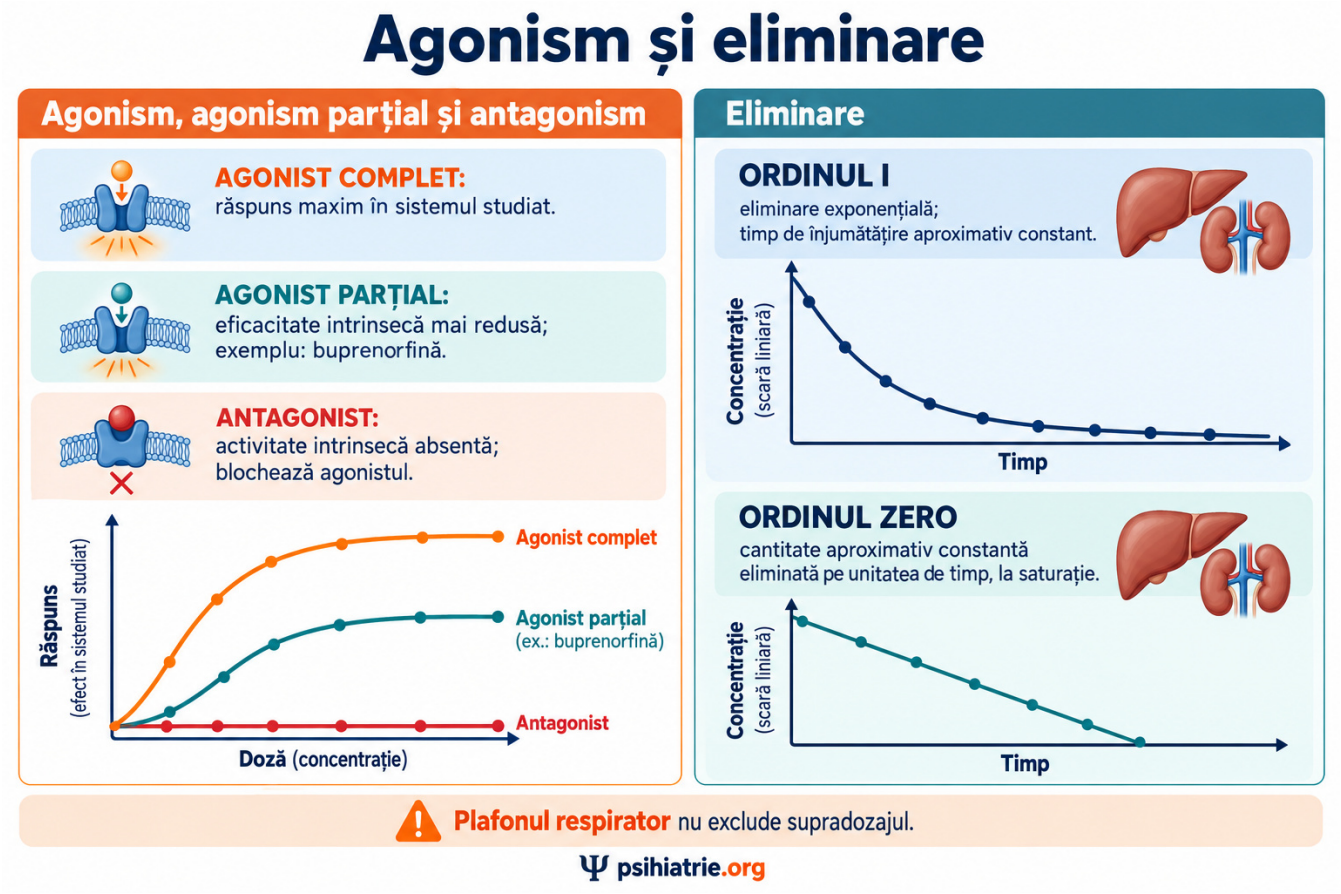
[4] Chambers, R. A., & Masterson, K. G. (2025). Introduction to addiction psychiatry. Cambridge University Press. Capitolul 2, „Specific Symptom Sets: Clinical Phenomenology” (pp. 36–78). DOI: 10.1017/9781009501439

[5] Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. The Lancet Psychiatry, 3(8), 760–773. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)00104-8

03. Farmacologia explicată simplu

Farmacologia clinică devine mult mai intuitivă atunci când separăm două întrebări fundamentale: (1) Cum pătrunde substanța în organism, cum se distribuie și cum este eliminată? – domeniu ce aparține farmacocineticii; (2) Ce efecte biologice produce substanța după ce își atinge ținta moleculară? – domeniu ce aparține farmacodinamicii. Împreună, aceste două axe explică latența debutului, riscul de acumulare, interacțiunile medicamentoase și complicațiile ce pot apărea la inițierea sau modificarea unui tratament. În medicina adicțiilor, viteza cu care o substanță traversează bariera hematoencefalică este un determinant major al potențialului adictiv: o doză nu poate fi interpretată niciodată separat de calea de administrare, forma farmaceutică, frecvența readministrărilor și terenul biologic al pacientului. [1, 2]

Sinteză vizuală / Agonism și eliminare



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1, 2, 4-8]

Ce vei putea face după lectură

• Să explici relevanța clinică a absorbției, distribuției, metabolizării și eliminării substanțelor psihoactive. [3]

• Să diferențiezi afinitatea receptorială, potența farmacologică și eficacitatea intrinsecă (efectul maxim). [3]

• Să recunoști situațiile clinice în care acumularea sau interacțiunile farmacocinetice și farmacodinamice modifică profilul de risc. [3]

1. Parcursul substanței în organism

Absorbția desemnează trecerea substanței de la locul administrării în circulația sanguină, iar biodisponibilitatea exprimă fracțiunea din doza administrată care ajunge nemodificată în circulația sistemică. Administrarea orală implică absorbție digestivă și, pentru numeroase molecule, metabolizare la nivelul peretelui intestinal și al ficatului înainte de intrarea în circulația sistemică (efectul primului pasaj hepatic), proces care poate reduce substanțial cantitatea de substanță activă. În schimb, căile parenterale (intravenoasă) sau inhalatorii ocolesc primul pasaj hepatic, generând o creștere abruptă a concentrației cerebrale și un semnal de recompensă mult mai intens. [1, 2]

Distribuția descrie transferul substanței din compartimentul intravascular către țesuturi. Liposolubilitatea ridicată facilitează traversarea rapidă a barierei hematoencefalice de către majoritatea substanțelor psihoactive. Legarea de proteinele plasmatice, sechestrarea în țesutul adipos și redistribuția tisulară influențează durata efectului clinic și persistența în organism. Scăderea concentrației plasmatice nu echivalează întotdeauna cu eliminarea completă a substanței: în cazul canabinoizilor, de pildă, stocarea tisulară și eliberarea lentă a metaboliților complică relația dintre rezultatul toxicologic, momentul administrării și starea clinică actuală. [1, 2]

2. Metabolizarea și eliminarea

Metabolizarea transformă biochimic substanța – cel mai frecvent prin sistemele enzimatice hepatice (precum citocromul P450) – prin reacții de faza I (oxidare, reducere, hidroliză, care modifică structura moleculei) și reacții de faza II (conjugare cu acid glucuronic, sulfat etc., care cresc hidrosolubilitatea și facilitează excreția). Metaboliții rezultați nu sunt însă în mod obligatoriu inactivi: unii păstrează activitate farmacologică semnificativă sau posedă o toxicitate proprie. Eliminarea totală însumează biotransformarea metabolică și excreția propriu-zisă (predominant renală sau biliară). Prin urmare, atunci când estimăm durata acțiunii clinice, trebuie să luăm în considerare atât molecula părinte, cât și metaboliții săi activi. [1]

Insuficiența hepatică, boala cronică de rinichi, vârsta înaintată și medicația concomitentă pot modifica profund expunerea sistemică. Nu presupunem că o doză standard produce același profil plasmatic la toți pacienții: verificăm calea metabolică specifică medicamentului prescris, funcția organelor de epurare și răspunsul clinic observat. Sarcina antrenează, la rândul ei, modificări ale volumului de distribuție, ale legării proteice și ale activității enzimatice hepatice ori ale clearance-ului renal, impunând monitorizare atentă și individualizarea dozelor. [1]

3. Timpul de înjumătățire şi riscul de acumulare

Timpul de înjumătățire plasmatică (t1/2) reprezintă intervalul necesar pentru ca nivelul plasmatic al unei substanțe să scadă la jumătate, în cadrul modelului farmacocinetic aplicabil. În cinetica de ordinul întâi, o fracțiune procentuală constantă din cantitatea aflată în organism este eliminată în unitatea de timp. Dacă administrările se repetă înainte de epurarea suficientă a dozelor precedente, substanța se acumulează progresiv până la atingerea stării de echilibru (steady-state). Întrucât efectul euforizant sau subiectiv se poate estompa cu mult înainte ca molecula și metaboliții ei să fie eliminați, readministrarea ghidată exclusiv după senzația subiectivă a pacientului constituie o cauză majoră de supradozaj cumulativ. [1, 4]

Anumite căi enzimatice sunt însă saturabile (cinetică de ordin zero). Pentru alcoolul etilic, la concentrațiile întâlnite uzual în clinică, enzimele metabolice funcționează aproape de capacitatea maximă, eliminând o cantitate absolută relativ constantă de etanol în unitatea de timp. Nu aplicăm mecanic regulile înjumătățirii de ordinul întâi tuturor substanțelor și nu confundăm fereastra de detecție urinară cu durata intoxicației clinice. În practică, consemnăm orele administrărilor, forma farmaceutică (eliberare imediată vs prelungită), coingestiile și dinamica semnelor vitale. [1, 4]

4. Farmacodinamica: ce face substanța la nivelul receptorului

Afinitatea desemnează capacitatea și tăria cu care o moleculă se leagă de receptorul său, în timp ce activitatea intrinsecă (eficacitatea) exprimă capacitatea complexului ligand-receptor de a genera un răspuns celular după legare. Un agonist complet activează maximal receptorul; un agonist parțial produce o activare submaximală (cu efect de plafon – ceiling effect) chiar și la ocuparea completă a receptorilor; un antagonist se leagă de receptor și blochează activarea acestuia de către agoniști, fără a genera el însuși un răspuns. Potența indică doza sau concentrația necesară pentru a obține un efect de o anumită intensitate, în timp ce eficacitatea maximă descrie plafonul răspunsului biologic posibil: o substanță mai potentă (activă în micrograme) nu este în mod automat mai eficace clinic decât una mai puțin potentă (activă în miligrame). [1]

Buprenorfina posedă o afinitate foarte înaltă pentru receptorul opioid μ, dar o activitate intrinsecă de agonist parțial. Dacă este administrată unui pacient cu dependență fizică aflat încă sub acțiunea unui agonist opioid complet (precum heroina, morfina, metadona sau fentanilul), buprenorfina dislocă agonistul complet de pe receptori și îl înlocuiește cu o stimulare mai slabă, declanșând un sevraj precipitat. Naloxona este un antagonist opioid competitiv cu afinitate mare, utilizat pentru reversia rapidă a deprimării respiratorii din supradozaj. Aceste principii farmacodinamice explică de ce încadrarea temporală a inițierii tratamentului este esențială în practica clinică. [1]

5. Interacțiunile medicamentoase: două mecanisme distincte

O interacțiune farmacocinetică modifică concentrația plasmatică a unei substanțe prin alterarea absorbției, distribuției, transportului membranar, metabolizării sau excreției. Inhibarea unei izoenzime citocromiale încetinește epurarea substratului (crescând riscul de toxicitate), în timp ce inducția enzimatică accelerează metabolizarea (putând provoca scăderea eficacității sau apariția sevrajului); consecința clinică depinde și de prezența eventualilor metaboliți activi. Interacțiunile trebuie reevaluate nu doar la introducerea unui medicament în schemă, ci și la întreruperea unui inductor sau inhibitor enzimatic (cum este cazul opririi fumatului la pacienții tratați cu clozapină sau olanzapină). [1, 5, 6]

O interacțiune farmacodinamică rezultă din însumarea, sinergismul sau antagonismul efectelor biologice la nivel tisular sau sistemic. Asocierea alcoolului cu opioidele și benzodiazepinele potențează sinergic deprimarea sistemului nervos central și riscul de stop respirator letal. Administrarea unui psihostimulant peste o intoxicație opioidă nu antagonizează în siguranță deprimarea respiratorie opioidă. De asemenea, asocierea cocainei cu alcoolul duce la formarea hepatică de cocaetilenă, un metabolit activ asociat în literatura de specialitate cu un efect euforizant prelungit și o cardiotoxicitate superioară. Anamneza farmacologică trebuie să includă sistematic toate substanțele utilizate, inclusiv pe cele pe care pacientul le consideră „ocazionale”. [1, 5, 6]

6. Toleranța și sensibilizarea sunt procese diferite

Toleranța desemnează atenuarea răspunsului la o substanță în urma administrărilor repetate. Ea poate avea un substrat farmacocinetic (metabolic, prin inducție enzimatică), farmacodinamic (prin internalizarea, desensibilizarea sau reglarea descendentă a receptorilor) sau comportamental (învățat în contexte familiare). Crucial pentru siguranța clinică este faptul că toleranța nu se dezvoltă uniform și simultan pentru toate efectele aceleiași substanțe: un pacient poate dezvolta toleranță marcată la efectul euforizant sau anxiolitic, fără a beneficia de o protecție echivalentă față de doza letală sau față de deprimarea respiratorie. Escaladarea dozelor pentru regăsirea efectului subiectiv inițial expune astfel pacientul unui risc major de supradozaj. [1, 7]

Sensibilizarea (toleranța inversă) descrie fenomenul opus, de amplificare a unui anumit răspuns neurobiologic sau comportamental (de exemplu, reactivitatea motorie, relevanța motivațională a stimulilor ori vulnerabilitatea la psihoză pentru stimulante) în urma expunerilor intermitente repetate. Toleranța și sensibilizarea pot coexista la același pacient pentru efecte diferite ale substanței. Toleranța încrucișată apare atunci când adaptarea la o substanță se transferă parțial către alte molecule din aceeași clasă farmacologică sau cu mecanism similar – principiu care fundamentează tratamentul sevrajului alcoolic cu benzodiazepine, dar care nu justifică niciodată substituții improvizate în afara protocoalelor clinice. [1, 7]

7. Sinteza claselor farmacologice şi întrebările practice

Tabelul de mai jos sintetizează mecanismele farmacodinamice principale ale claselor de substanțe, fără a epuiza toate țintele moleculare secundare. Întrucât latența debutului și durata de acțiune variază considerabil între moleculele aceleiași clase, între căile de administrare și între formele galenice, în practica clinică verificăm întotdeauna compusul exact. O substanță cu absorbție lentă poate tenta pacientul să își readministreze prematur o nouă doză, în timp ce o moleculă cu timp lung de înjumătățire poate genera toxicitate cumulativă sau sevraj tardiv mult după ce pacientul consideră episodul încheiat. [2, 5-8]

În fața oricărei decizii clinice revenim la patru repere anamnestice: ce substanță s-a administrat, când, pe ce cale și în ce combinație. Coroborăm aceste date cu statusul hepatic și renal, cu prezența sarcinii atunci când este cazul și cu tabloul clinic obiectiv. Absența unei cantități cunoscute cu exactitate nu trebuie să întârzie niciodată monitorizarea funcțiilor vitale și instituirea măsurilor de siguranță. [2, 5-8]

Clasă farmacologică	Mecanism farmacodinamic orientativ	Consecințe clinice principale de urmărit
Alcool și sedativ-hipnotice	Potențarea transmisiei inhibitorii GABA-ergice și diminuarea excitației glutamatergice; deprimarea SNC (mecanismele specifice la nivel de situs receptorial diferă între substanțe).	Sedare, ataxie, deprimare respiratorie sinergică în asocieri; risc de sevraj sever (convulsii, delirium) la întrerupere.
Opioide	Activarea receptorilor opioizi (în special a receptorului μ pentru analgezie, euforie, deprimare respiratorie și dependență fizică).	Deprimare respiratorie, alterarea vigilenței, mioză, bradiperistaltism (constipație), toleranță și sevraj specific.
Stimulante SNC	Creșterea disponibilității sinaptice a monoaminelor (dopamină, noradrenalină, serotonină) prin blocarea transportorilor de recaptare sau stimularea eliberării veziculare.	Tahicardie, hipertensiune arterială, hipertermie, agitație psihomotorie, insomnie, simptome psihotice și disforie postconsum.

Clasă farmacologică	Mecanism farmacodinamic orientativ	Consecințe clinice principale de urmărit
Nicotină	Activarea (ca agonist) a receptorilor colinergici nicotinici neuronali (α4β2 etc.), cu eliberare secundară de dopamină în circuitul de recompensă.	Ranforsare rapidă, neuroadaptare, craving și sindrom de sevraj nicotinic; inducție enzimatică (CYP1A2) produsă de hidrocarburile din fumul de tutun.
Canabinoizi	Modularea sistemului endocanabinoid (THC acționează ca agonist parțial pe receptorii CB1 și CB2; profilul diferă substanțial pentru CBD sau pentru canabinoizii sintetici agoniști compleți).	Debut variabil în funcție de calea de administrare (inhalatorie vs orală), modificări cognitive și perceptive, anxietate/psihoză și persistență îndelungată a metaboliților urinari.

Tabel didactic de sinteză. [1, 2, 4-8]

Schema conceptuală: De la administrare la răspunsul clinic

• Administrare (Cale, doză, formă farmaceutică)

• Expunere tisulară (Absorbție, distribuție, traversarea barierei hematoencefalice)

• Interacțiune cu receptorul și efect acut (Afinitate, eficacitate intrinsecă, sinergism)

• Eliminare și neuroadaptare (Metabolizare, t1/2, toleranță, dependență fizică) [1, 2, 4-8]

Notă: Schema separă etapele în scop didactic; în organism acestea se desfășoară concomitent și sunt modulate de calea de administrare, repetarea dozelor, interacțiuni și particularitățile biologice ale pacientului. [1, 2, 4-8]

Idei de reținut

• Farmacocinetica descrie parcursul și concentrația substanței în organism; farmacodinamica descrie acțiunea la receptor și efectul biologic.

• Căile de administrare cu debut rapid (inhalatorie, intravenoasă) cresc potențialul de ranforsare și adicție.

• Metaboliții unei substanțe pot fi farmacologic activi sau pot prezenta toxicitate proprie.

• Fereastra de detecție toxicologică în urină nu este echivalentă cu durata intoxicației clinice.

• Potența, afinitatea receptorială și eficacitatea maximă sunt concepte farmacodinamice distincte.

• Dezvoltarea toleranței la efectele subiective dorite nu garantează protecție față de toxicitatea letală. [1, 2, 4-8]

Caz clinic fictiv: aplică raționamentul

Sorin, în vârstă de 31 de ani, a ingerat un produs comestibil cu canabis în cadrul unei întâlniri sociale. Întrucât după aproximativ 20–30 de minute nu resimțea niciun efect notabil, a mai consumat o porție suplimentară. Două ore mai târziu devine intens anxios, tahicardic și dezorientat temporal. Prietenii săi cunosc doar denumirea comercială a produsului, fără a putea preciza concentrația de THC. Pacientul afirmă că a mai fumat canabis în trecut și că se aștepta la același interval rapid de instalare a efectului. Nu cunoști încă dacă a asociat alcool, medicamente sau alte substanțe psihoactive și nu presupui aprioric că întregul tablou are o cauză unică. Evaluarea actuală vizează starea de conștiență, funcțiile vitale, excluderea complicațiilor medicale și reconstituirea cronologiei administrărilor. Cazul este fictiv și ilustrează riscul de supradozare prin decalaj farmacocinetic. [3]

Ce principiu farmacologic explică cel mai bine riscul de readministrare prematură în acest caz? [1, 2, 4-8]

A. Absența efectului psihotrop în primele 20 de minute demonstrează că substanța nu s-a absorbit digestiv.

B. Administrarea orală are o absorbție mai lentă și variabilă, iar dozele repetate prematur se pot cumula pe măsură ce ajung în circulația sistemică.

C. Experiența anterioară cu forma inhalată permite anticiparea exactă a debutului și intensității pentru orice preparat oral.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: B. [1, 2, 4-8]

Opțiunea A: Efectul subiectiv resimțit la scurt timp după ingestie nu reflectă cantitatea totală de substanță care urmează să fie absorbită și metabolizată hepatic. Această eroare de apreciere îi determină frecvent pe consumatori să repete doza înainte de atingerea concentrației plasmatice maxime (Cmax), agravând intoxicația. [1, 2, 4-8]

Opțiunea B: Sursele farmacologice subliniază debutul întârziat, variabil și durata prelungită a canabinoizilor administrați pe cale orală, comparativ cu inhalarea. Readministrarea timpurie duce la suprapunerea dozelor. Conduita rămâne însă clinică, incluzând monitorizarea pacientului și excluderea coingestiilor sau a altor urgențe medicale. [1, 2, 4-8]

Opțiunea C: Schimbarea căii de administrare modifică fundamental viteza de absorbție, biodisponibilitatea și profilul metaboliților activi rezultați la primul pasaj hepatic. Experiența cu fumatul nu oferă un reper sigur pentru dozarea produselor comestibile. [1, 2, 4-8]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Ce descrie afinitatea receptorială a unui medicament? [1] [1]

A. Efectul biologic maxim pe care îl poate genera medicamentul.

B. Capacitatea și tăria de legare a moleculei de receptorul său specific.

C. Viteza de excreție renală a substanței.

Răspuns corect: B. Legarea de receptor (afinitatea) și capacitatea de a activa receptorul după legare (activitatea intrinsecă / eficacitatea) sunt proprietăți distincte. Un antagonist competitiv sau un agonist parțial pot avea o afinitate foarte înaltă pentru receptor, concept esențial pentru înțelegerea competiției la situsul de legare și a sevrajului precipitat. [1]

Întrebarea 2. Care dintre următoarele situații reprezintă o interacțiune farmacodinamică? [5] [5]

A. Potențarea deprimării sistemului nervos central și respiratorii la asocierea unui opioid cu alcoolul.

B. Modificarea pH-ului gastric și a absorbției intestinale.

C. Inhibarea unei izoenzime hepatice a citocromului P450.

Răspuns corect: A. În interacțiunile farmacodinamice, două substanțe își amplifică sau își antagonizează efectele biologice asupra țesuturilor, chiar și fără modificarea concentrației plasmatice a fiecăreia. Asocierea deprimantelor SNC compromite sinergic vigilența și comanda ventilatorie. [5]

Întrebarea 3. În farmacologia adicțiilor, fenomenul de sensibilizare desemnează: [1] [1]

A. Scăderea uniformă și continuă a tuturor efectelor substanței.

B. Absența completă a dependenței fizice.

C. Amplificarea unui anumit răspuns neurobiologic sau comportamental în urma expunerilor repetate.

Răspuns corect: C. Sensibilizarea (toleranța inversă) și toleranța au direcții opuse pentru răspunsul analizat și pot coexista pentru efecte diferite ale aceleiași substanțe. Prin urmare, expunerea repetată nu face substanța global mai puțin periculoasă. [1]

Întrebarea 4. De ce dispariția senzației subiective de euforie nu garantează că substanța a fost eliminată din organism? [1] [1]

A. Deoarece efectul psihotrop perceput poate scădea înaintea epurării metabolice a substanței și a metaboliților săi.

B. Deoarece relatările subiective ale pacienților nu au nicio relevanță clinică.

C. Deoarece orice substanță psihoactivă persistă în sânge exact șapte zile.

Răspuns corect: A. Relatarea pacientului este importantă, dar trebuie corelată cu profilul farmacocinetic al moleculei, cu forma de eliberare și cu timpul de înjumătățire. Readministrarea ghidată doar de dispariția euforiei poate produce acumulare toxică severă. [1]

Termeni explicați

Biodisponibilitate: fracțiunea din doza administrată care ajunge nemodificată în circulația sistemică. [1, 2, 4-8]

Metabolit: compus chimic rezultat în urma biotransformării enzimatice a unei substanțe în organism (poate fi inactiv, activ sau toxic). [1, 2, 4-8]

Agonist parțial: substanță care se leagă de un receptor și îl activează, dar produce un răspuns biologic maxim inferior celui generat de un agonist complet în același sistem. [1, 2, 4-8]

Note despre documentare

Principiile farmacocinetice, farmacodinamice și sinteza pe clase au fost confruntate cu capitolele citate. Modulul explică mecanismele fundamentale și nu formulează scheme de dozare sau tabele de conversie terapeutică. [3]

Naloxona este descrisă drept antagonist opioid competitiv, în acord cu explicația farmacodinamică din cap. 10 al tratatului ASAM. [3]

Nu se generalizează un singur timp de înjumătățire sau profil metabolic la nivelul unei întregi clase farmacologice. [3]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). The ASAM essentials of addiction medicine (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 10, „Pharmacokinetic and Pharmacodynamic Principles” (pp. 55–60).

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). The ASAM essentials of addiction medicine (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 17, „The Pharmacology of Cannabinoids” (pp. 98–104).

[3] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 3: Farmacologia explicată simplu – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[4] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). The ASAM essentials of addiction medicine (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 127, „Practical Considerations in Drug Testing” (pp. 761–768).

[5] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). The ASAM essentials of addiction medicine (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 11, „The Pharmacology of Alcohol” (pp. 61–66).

[6] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). The ASAM essentials of addiction medicine (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 13, „The Pharmacology of Opioids” (pp. 73–78).

[7] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). The ASAM essentials of addiction medicine (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 14, „The Pharmacology of Stimulants” (pp. 79–84).

[8] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). The ASAM essentials of addiction medicine (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 16, „The Pharmacology of Nicotine and Tobacco” (pp. 91–97).

04. Vulnerabilitate și impact asupra sănătății

Două persoane pot avea expuneri similare la o substanță psihoactivă și, cu toate acestea, traiectorii clinice profund diferite. Riscul de a dezvolta o tulburare de consum rezultă din interacțiunea dintre terenul biologic, etapele de neurodezvoltare, experiențele de viață, calitatea relațiilor și accesul la resurse. Epidemiologia descrie distribuția problemelor la nivel populațional, în timp ce formularea de caz explică factorii relevanți pentru un anumit pacient. Cele două niveluri de analiză se completează reciproc, dar nu trebuie confundate: o rată de prevalență dintr-un studiu nord-american nu descrie automat realitatea din România, iar apartenența unui pacient la un grup demografic nu stabilește diagnosticul. În acest modul exersăm interpretarea riscului fără determinism și transpunerea datelor despre vulnerabilități și resurse în intervenții clinice concrete. [1]

Sinteză vizuală / Vulnerabilitate și capital de recuperare



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1, 3-7]

Ce vei putea face după lectură

• Să diferențiezi prevalența, incidența și asocierea statistică de relația cauzală. [2]

• Să construiești o hartă clinică a vulnerabilităților și a factorilor protectori (capitalul de recuperare). [2]

• Să evaluezi impactul consumului asupra sănătății și funcționării dincolo de simpla cantitate ingerată. [2]

1. Ce măsoară indicatorii epidemiologici

Prevalența exprimă proporția persoanelor dintr-o populație definită care prezintă o anumită tulburare la un moment dat (prevalență de moment) sau într-un interval specificat (de exemplu, în ultimele 12 luni ori de-a lungul vieții). Incidența măsoară apariția cazurilor noi într-o populație aflată la risc, pe parcursul unei perioade determinate. Prevalența depinde nu doar de rata apariției cazurilor noi (incidență), ci și de durata medie a bolii, de rata remisiunilor și de mortalitate. Astfel, o prevalență mai scăzută observată într-o grupă de vârstă înaintată nu demonstrează, prin sine, că înaintarea în vârstă protejează fiecare individ. [1]

Orice cifră epidemiologică trebuie interpretată în contextul țării, al anului, al populației eșantionate, al ferestrei temporale și al definiției de caz utilizate. Consumul în ultima lună, tulburarea de consum activă în ultimul an și prevalența de-a lungul vieții sunt indicatori distincți. Modificarea criteriilor de diagnostic (de exemplu, trecerea de la DSM-IV la DSM-5), a instrumentului de interviu sau a criteriilor de includere poate schimba substanțial estimarea statistică; de aceea, comparăm mai întâi metodologia studiilor înainte de a atribui diferențele unei modificări reale a fenomenului. [1]

2. Asocierea statistică nu demonstrează automat cauzalitatea

Două fenomene pot apărea frecvent împreună fără ca unul să constituie cauza unică și directă a celuilalt. De exemplu, consumul de substanțe și pierderea locului de muncă se pot influența bidirecțional, iar un factor comun subiacent – precum o tulburare psihiatrică netratată sau precaritatea socioeconomică – poate contribui la ambele. Studiile transversale surprind o „fotografie” de moment a populației și, de regulă, nu pot stabili succesiunea temporală a evenimentelor. O corelație statistică populațională nu devine automat o explicație cauzală la nivel individual. [1]

Riscul relativ (RR) compară probabilitatea apariției unui eveniment între grupul expus și cel neexpus, în timp ce raportul șanselor (Odds Ratio – OR) compară șansele (cotele) și aproximează fidel riscul relativ doar atunci când rezultatul studiat este rar. În comunicarea medicală evităm exagerarea impactului prin prezentarea unui risc relativ desprins de frecvența absolută (riscul de bază). Atunci când datele nu certifică o relație cauzală directă, utilizăm formulări riguroase precum „se asociază cu” sau „poate contribui la”, precizie care nu împiedică însă intervenția terapeutică promptă asupra nevoilor clinice identificate. [1]

3. Terenul biologic şi ferestrele de dezvoltare

Vulnerabilitatea biologică rezultă din interacțiunea cumulativă a numeroase variante genetice cu factorii de mediu. Unele polimorfisme influențează enzimele de metabolizare (precum aldehid-dehidrogenaza în cazul alcoolului), în timp ce altele modulează reactivitatea la recompensă, răspunsul la stres sau controlul inhibitor. Istoricul familial pozitiv reflectă însă nu doar zestrea genetică, ci și modelele comportamentale de consum din familie, disponibilitatea substanțelor în cămin și nivelul de stres sau suport parental. În consultație, antecedentele familiale reprezintă un punct de plecare pentru anamneză, nu o sentință clinică. [3, 8]

Debutul consumului la o vârstă fragedă se asociază statistic cu un risc crescut de evoluție către o tulburare de consum. Adolescența reunește explorarea identitară, receptivitatea crescută la presiunea grupului de covârstnici și maturizarea încă incompletă a rețelelor prefrontale de autocontrol. În evaluare contează vârsta primei expuneri, viteza escaladării consumului, contextul social și consecințele timpurii. La pacientul adult, explorăm modul în care tiparul de consum s-a modificat în momentele de tranziție biografică: absolvire, angajare, căsătorie, pierderi, divorț sau apariția unei boli somatice. [3]

4. Trauma psihică, dinamica familială şi comorbidităţile

Experiențele traumatice timpurii sau adulte și stresul cronic sporesc vulnerabilitatea la adicție și pot îngreuna procesul de recuperare. Explorarea traumei în interviul clinic se realizează cu tact, explicând pacientului relevanța întrebărilor și respectând ritmul său, fără a forța rememorarea detaliată a evenimentelor traumatice la prima consultație. Între tulburările psihiatrice și tulburările de consum există relații multiple: factori de vulnerabilitate comuni, agravarea consumului ca încercare de atenuare a unor simptome preexistente (ipoteza automedicației), inducerea de simptome psihiatrice prin efectul toxic sau de sevraj al substanței ori coexistența reciproc agravantă a ambelor patologii. [3-5]

Mediul familial poate constitui un factor protector major, dar poate fi totodată marcat de conflicte cronice, codependență, consum activ sau violență domestică. Nu presupunem niciodată aprioric că implicarea oricărui membru al familiei este sigură și benefică: clarificăm împreună cu pacientul cine oferă un sprijin real, ce formă de implicare este acceptată și ce limite sunt necesare. Atunci când pacientul este izolat social, absența rețelei de suport devine o țintă terapeutică în sine, nu un „defect de caracter”. [3-5]

5. Determinanţii sociali şi barierele de acces

Disponibilitatea comercială a substanțelor, normele culturale ale grupului, stabilitatea locativă, nivelul veniturilor, accesul la transport și organizarea serviciilor medicale influențează decisiv atât riscul de îmbolnăvire, cât și retenția în tratament. Un pacient poate absenta de la controlul psihiatric nu din „lipsă de motivație”, ci pentru că nu își poate permite costul transportului sau riscă să își piardă locul de muncă dacă lipsește din tură. Etichetarea grăbită drept „pacient necompliant” ascunde adesea o barieră logistică modificabilă; datoria clinicianului este să identifice ce anume a făcut planul impracticabil și să adapteze intervenția. [1, 5]

Disparitățile de sănătate observate între diferite grupuri sociale nu reprezintă caracteristici biologice intrinseci ale acelor grupuri, ci reflectă adesea expuneri inegale la stresori

socioeconomici, marginalizare și acces diferențiat la îngrijire. Competența culturală în psihiatrie presupune adaptarea comunicării și a colaborării la valorile persoanei, evitând stereotipurile și menținând o curiozitate autentică față de istoria individuală a fiecărui pacient. [1, 5]

6. Identificarea activă a factorilor protectori şi a resurselor

O formulare de caz completă nu se reduce la un inventar de deficite și vulnerabilități, ci explorează activ perioadele de abstinență sau de funcționare mai bună din trecut și condițiile care le-au făcut posibile. Relațiile securizante, o locuință stabilă, activitățile profesionale sau recreative cu sens, accesul facil la medicație și capacitatea de a solicita ajutor alcătuiesc capitalul de recuperare al persoanei. Resursele trebuie însă individualizate: un grup de suport sau o intervenție comunitară sunt eficiente atunci când sunt compatibile cu valorile și nevoile reale ale pacientului. [3, 5]

În practică, putem organiza raționamentul pe patru coloane: vulnerabilitate identificată, mecanism clinic probabil, resursă existentă și acțiune concretă. În fața izolării sociale, acțiunea poate fi facilitarea asistată a legăturii cu un grup de sprijin; în fața barierelor de transport, comasarea programărilor sau utilizarea telepsihiatriei acolo unde cadrul o permite. Chiar și un factor de risc nemodificabil (precum istoricul familial) poate ghida o intervenție timpurie asupra factorilor modificabili din prezent. [3, 5]

7. Evaluarea multidimensională a impactului şi a evoluţiei

Povara unei tulburări de consum cuprinde traumatismele și accidentele, patologia somatică asociată, simptomele psihiatrice, deteriorarea relațiilor familiale, dificultățile profesionale sau juridice și scăderea calității vieții. Membrii familiei pot necesita, la rândul lor, suport psihologic chiar și atunci când pacientul nu este încă pregătit să intre în tratament. În foaia de observație consemnăm separat riscurile imediate, disfuncțiile cronice și domeniile de viață care funcționează încă adecvat și pe care se poate sprijini planul terapeutic. [4, 6]

La consultațiile de reevaluare nu ne limităm la întrebarea binară „ați mai consumat sau nu?”, ci urmărim frecvența și cantitatea eventualelor episoade, gestionarea situațiilor de risc, starea somatică și psihică, funcționarea cotidiană și obiectivele pacientului. Ameliorarea într-un domeniu nu anulează însă vigilența față de un risc vital în alt domeniu: prezența consecventă la terapie și ameliorarea relațiilor familiale sunt progrese importante, dar apariția unui episod recent de supradozaj impune reevaluarea imediată a siguranței și a nivelului de îngrijire. [4, 6]

Schema conceptuală: Harta vulnerabilității și a resurselor

• Biologie și neurodezvoltare (Poligenie, metabolizare, vârsta debutului)

• Experiențe de viață și simptome (Traumă, stres cronic, comorbidități psihiatrice)

• Relații și micromediu (Dinamica familială, anturaj, norme sociale)

• Resurse și acces la îngrijire (Locuință, stabilitate, bariere logistice, capital de recuperare) [1, 3-7]

Notă: Domenii care interacționează dinamic. Schema nu atribuie ponderi numerice fixe și nu prezice determinist apariția adicției la un individ. [1, 3-7]

Idei de reținut

• Prevalența și incidența măsoară aspecte epidemiologice diferite și răspund unor întrebări distincte.

• Orice estimare statistică trebuie raportată la populația, perioada și definiția diagnostică utilizată.

• O asociere statistică transversală nu stabilește, singură, direcția relației cauzale.

• Riscul adictiv rezultă din interacțiunea continuă dintre vulnerabilitățile persoanei și mediul său de viață.

• Barierele concrete de acces (transport, costuri, program de lucru) sunt frecvent confundate cu „lipsa motivației”.

• Evaluarea progresului terapeutic include siguranța vitală, sănătatea somatică și psihică, funcționarea și calitatea relațiilor. [1, 3-7]

Caz clinic fictiv: aplică raționamentul

Doi pacienți în vârstă de 28 de ani relatează un consum similar de psihostimulante în primii ani de facultate. Maria a redus și apoi a oprit consumul după schimbarea anturajului și mutarea într-o locuință stabilă, cu sprijin familial. Vlad și-a pierdut locuința, lucrează ocazional și prezintă simptome posttraumatice persistente în urma unei agresiuni fizice; a absentat de la ultimele trei programări deoarece nu a avut bani pentru transport. Un coleg rezumă situația afirmând că „Maria are voință, în timp ce Vlad nu este motivat pentru schimbare”. Nu dispui încă de toate datele pentru o comparație diagnostică exhaustivă între cei doi, dar observi că traiectoriile lor divergente au coincis cu diferențe majore de mediu, siguranță locativă și comorbiditate psihiatrică. Vlad solicită ajutor pentru insomnie și afirmă că ar veni la consultații dacă orarul ar fi compatibil cu zilele în care găsește de lucru. Cazul este fictiv și are scop didactic. [2]

Care este demersul clinic cel mai informativ și adecvat în cazul lui Vlad? [1, 3-7]

A. Atribuirea evoluției nefavorabile exclusiv „lipsei de voință” și încheierea încercărilor terapeutice.

B. Utilizarea statisticilor populaționale medii pentru a-i prezice o evoluție ireversibilă.

C. Evaluarea sistematică a simptomelor posttraumatice, a riscului actual, a situației locative și a barierelor de acces, urmată de construirea unui plan terapeutic fezabil.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: C. [1, 3-7]

Opțiunea A: Conceptul vag de „voință” ignoră impactul traumei, al instabilității locative și al barierelor socioeconomice. O astfel de judecată morală blochează identificarea unor comorbidități tratabile și a unor obstacole logistice rezolvabile. [1, 3-7]

Opțiunea B: Indicatorii epidemiologici orientează întrebările de screening, dar nu pot dicta prognosticul individual al unui pacient fără analiza cronologiei și a contextului său de viață. [1, 3-7]

Opțiunea C: Explorarea determinanților concreți permite adaptarea planului: programări compatibile cu munca, implicarea asistenței sociale pentru transport și locuire, tratamentul insomniei și al simptomelor posttraumatice, în paralel cu monitorizarea consumului și a siguranței. [1, 3-7]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Poate fi comparată direct prevalența de-a lungul vieții cu prevalența din ultimele 12 luni? [1] [1]

A. Da, întrucât reprezintă exact același indicator epidemiologic.

B. Nu; ferestrele temporale și semnificația lor clinică și statistică sunt diferite.

C. Da, dar numai atunci când valorile procentuale sunt apropiate.

Răspuns corect: B. Prevalența de-a lungul vieții cumulează toate persoanele care au îndeplinit criteriile tulburării în orice moment al existenței lor, în timp ce prevalența anuală surprinde cazurile active în ultimele 12 luni. Compararea riguroasă a două studii impune verificarea definițiilor și a ferestrelor de timp utilizate. [1]

Întrebarea 2. Un studiu transversal evidențiază o asociere statistică semnificativă între șomaj și tulburarea de consum. Ce concluzie este justificată? [1] [1]

A. Șomajul este în mod cert cauza unică a consumului.

B. Consumul a precedat în mod obligatoriu pierderea locului de muncă la toți subiecții.

C. Succesiunea temporală și eventualii factori cauzali comuni necesită clarificare prin studii longitudinale și, la nivel individual, prin anamneză.

Răspuns corect: C. Cele două fenomene se pot potența reciproc și pot împărtăși determinanți comuni (precum o patologie psihiatrică sau precaritatea socială). O observație transversală nu stabilește singură direcția cauzalității; în clinică reconstituim cronologia proprie fiecărui pacient. [1]

Întrebarea 3. Care dintre următoarele întrebări explorează direct o resursă (un factor protector) a pacientului? [4, 5] [4, 5]

A. „În ce perioade v-a fost mai ușor să reduceți sau să opriți consumul și ce anume v-a ajutat atunci?”

B. „De ce nu aveți suficientă ambiție pentru a renunța?”

C. „Din ce categorie socială faceți parte, ca să vă calculez șansele de reușită?”

Răspuns corect: A. Analiza perioadelor anterioare de abstinență sau control oferă informații prețioase despre strategiile de coping și persoanele de sprijin care s-au dovedit deja funcționale în viața pacientului, permițând integrarea lor în noul plan terapeutic. [4, 5]

Întrebarea 4. Absențele repetate de la consultațiile programate trebuie interpretate inițial drept: [7] [7]

A. O dovadă definitivă a refuzului terapeutic.

B. Un semnal clinic ce necesită explorare, inclusiv pentru identificarea barierelor logistice de acces.

C. Un motiv automat de excludere definitivă din serviciul medical.

Răspuns corect: B. Dificultățile de transport, programul de muncă, costurile, teama de stigmatizare sau severitatea simptomelor pot împiedica prezența la cabinet. Clarificarea acestor obstacole permite ajustarea cadrului de îngrijire. [7]

Termeni explicați

Prevalență: proporția persoanelor dintr-o populație definită care prezintă o anumită condiție medicală la un moment dat sau într-un interval specificat. [1, 3-7]

Incidență: frecvența apariției cazurilor noi de boală într-o populație aflată la risc, pe parcursul unui interval definit de timp. [1, 3-7]

Factor protector: caracteristică individuală, relațională sau de mediu asociată cu scăderea probabilității de apariție a tulburării ori cu facilitarea remisiunii și a recuperării. [1, 3-7]

Note despre documentare

Conceptele epidemiologice, limitele inferenței cauzale și analiza factorilor de risc și protecție au fost confruntate cu capitolele citate. Nu sunt extrapolate rate statistice nord-americane drept date naționale pentru România. [2]

Modulul are caracter metodologic și clinic și nu furnizează statistici naționale actualizate pentru România. [2]

Apartenența socio-demografică nu este utilizată ca explicație biologică sau ca predictor determinist individual. [2]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). The ASAM essentials of addiction medicine (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 24, „The Epidemiology of Substance Use Disorders” (pp. 140–147).

[2] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 4: Vulnerabilitate și impact asupra sănătății – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[3] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). The ASAM essentials of addiction medicine (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 1, „Substance Use Disorders: The Neurobiology of Motivation Gone Awry” (pp. 2–7).

[4] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). The ASAM essentials of addiction medicine (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 33, „Assessment” (pp. 203–212).

[5] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). The ASAM essentials of addiction medicine (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 39, „Cultural Issues in Addiction Medicine” (pp. 244–248).

[6] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). The ASAM essentials of addiction medicine (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 36, „The Treatment of Substance Use Disorders: An Overview” (pp. 227–232).

[7] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). The ASAM essentials of addiction medicine (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 47, „The ASAM Criteria and Matching Patients to Treatment” (pp. 287–291).

[8] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). The ASAM essentials of addiction medicine (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 10, „Pharmacokinetic and Pharmacodynamic Principles” (pp. 55–60).

05. Prima consultație și interviul clinic

Prima consultație în medicina adicțiilor îndeplinește simultan două obiective esențiale: identificarea promptă a riscurilor vitale și construirea unui climat de siguranță psihologică în care pacientul să poată relata onest consumul. Clinicianul nu trebuie să epuizeze toate detaliile biografice într-o singură ședință, dar are obligația de a stabili ce este urgent din punct de vedere medical sau psihiatric, ce informații critice lipsesc și care este pasul terapeutic imediat următor. Formularea neutră a întrebărilor și explicarea transparentă a rostului lor sporesc acuratețea anamnezei. Un interviu clinic complet explorează tiparul de consum, patologia somatică și psihiatrică, nivelul de funcționare și resursele pacientului – ținând cont de faptul că mulți pacienți solicită inițial ajutor pentru insomnie, anxietate, depresie sau durere cronică, iar consumul de substanțe devine vizibil abia pe parcursul discuției. [1, 2]

Sinteză vizuală / Prima consultație: siguranță și plan



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1, 2, 4-6]

Ce vei putea face după lectură

• Să structurezi o primă consultație psihiatrică păstrând prioritatea absolută a triajului de siguranță. [3]

• Să reconstitui profilul consumului și cronologia simptomelor prin întrebări clinice concrete și nonstigmatizante. [3]

• Să utilizezi instrumentele de screening ca punct de plecare al evaluării și să negociezi un pas terapeutic fezabil. [3]

1. Deschiderea interviului: cadru, siguranță și confidențialitate

Începem prin a explica firesc de ce adresăm întrebări despre alcool, tutun, medicamente prescrise și alte substanțe psihoactive. O formulare introductivă normalizatoare poate fi: „În cadrul evaluării medicale, îi întreb pe toți pacienții despre consumul de alcool, medicamente sau alte substanțe, deoarece acestea pot influența direct somnul, dispoziția și siguranța tratamentelor pe care le prescriem.” Clarificăm de la bun început cine are acces la documentația medicală și care sunt limitele legale și deontologice ale confidențialității, fără a promite un secret absolut în situațiile care implică un risc iminent pentru viață sau siguranță. [1, 2]

Înainte de a aprofunda anamneza, evaluăm capacitatea actuală a pacientului de a participa la interviu. Intoxicația acută severă, sindromul de sevraj complicat, starea confuzională (deliriumul), urgențele medico-chirurgicale sau riscul iminent auto- ori heteroagresiv modifică imediat ordinea priorităților: stabilizarea medicală și asigurarea unui nivel adecvat de supraveghere primează asupra completării unui istoric exhaustiv. Niciun chestionar completat integral nu compensează nerecunoașterea unei urgențe vitale; atunci când starea clinică limitează anamneza, consemnăm în fișă datele care nu au putut fi obținute și necesitatea reevaluării după stabilizare. [1, 2]

2. Întrebările care deschid alianța terapeutică

Pornim de la motivul prezentării formulat de pacient: „Ce v-a determinat să veniți astăzi la consultație și ce ați dori să se amelioreze în primul rând?” Ulterior, explorăm modul în care consumul se intersectează cu această preocupare. Întrebările deschise conturează contextul narativ, iar întrebările țintite precizează parametrii clinici. Evităm întrebările închise sau sugestive de tipul „Nu consumați droguri, nu-i așa?”, preferând formulări directe și neutre: „Ce băuturi alcoolice, medicamente pentru liniștire ori somn sau alte substanțe ați utilizat în ultima perioadă și în ce contexte?” Vocabularul medical se adaptează nivelului de înțelegere al interlocutorului. [1]

O abordare informată de traumă (trauma-informed care) explică sensul clinic al întrebărilor sensibile și îi oferă pacientului control asupra ritmului discuției, fără a solicita detalii traumatice intruzive care nu sunt necesare deciziei terapeutice imediate. Ascultarea reflexivă și verificarea înțelegerii („Dacă am înțeles bine, seara apelați la alcool pentru a putea adormi, dar dimineața vă treziți mai epuizată?”) validează suferința persoanei fără a valida sau încuraja comportamentul riscant. Această distincție îi permite pacientului să vorbească deschis fără a se simți redus la o etichetă morală. [1]

3. Istoricul consumului: evaluare substanță cu substanță

Pentru fiecare clasă de substanțe identificată, clarificăm produsul exact, concentrația (atunci când este cunoscută), cantitatea pe zi de consum, frecvența săptămânală și calea de administrare (orală, intranazală, inhalatorie, parenterală). Întrebăm atât despre momentul ultimei administrări și tiparul obișnuit, cât și despre episoadele de consum intens (binge). Unitățile vagi precum „un pahar” sau „câteva pastile” necesită cuantificare concretă, delimitând ceea ce pacientul cunoaște cu certitudine de estimările aproximative; în cazul produselor procurate ilicit sau cu compoziție incertă, consemnăm explicit această incertitudine. [1, 4]

Reconstituim vârsta debutului, perioadele de escaladare, intervalele de abstinență și asocierile de substanțe (policonsumul). Inventarul sistematic include alcoolul, produsele cu nicotină, canabisul, opioidele, psihostimulantele, sedativ-hipnoticele și gabapentinoidele prescrise, medicamentele eliberate fără prescripție (OTC) și noile substanțe psihoactive (NSP). Explorăm sursele de procurare și eventuala utilizare a medicației altor persoane pe un ton strict medical, neacuzator, întrucât același pacient poate prezenta motivații, funcții și riscuri diferite pentru fiecare substanță în parte. [1, 4]

4. Episoadele de alarmă care modifică prioritatea clinică

Anamneza episoadelor anterioare de sevraj trebuie să fie detaliată: ce simptome au apărut la reducerea sau oprirea consumului, la câte ore de la ultima doză, ce tratament a fost necesar și dacă au survenit complicații majore. Întrebăm țintit despre antecedente de crize convulsive de sevraj, delirium tremens, spitalizări de urgență și supradozaje (accidentale sau intenționate). De asemenea, identificăm episoadele de pierdere a conștienței, amneziile lacunare (blackouts), căderile, accidentele rutiere și asocierile de deprimante ale sistemului nervos central. [1, 5]

În paralel, evaluăm comorbiditățile somatice și psihiatrice, schema completă de medicație curentă, alergiile și riscul suicidar. Explorarea directă a ideației suicidare, a intenției, a planului, a accesului la mijloace letale și a tentativelor din antecedente este obligatorie și nu poate fi substituită de un scor pe o scală de depresie. Cronologia raportului dintre consum și simptomele psihiatrice ghidează diagnosticul diferențial, iar evaluarea riscului se repetă ori de câte ori se modifică starea clinică (în special după remiterea intoxicației acute sau a confuziei). [1, 5]

5. Consecințe funcționale, resurse și tratamente anterioare

Explorăm impactul asupra somnului, alimentației, stării somatice, activității profesionale, relațiilor de familie, situației financiare, stabilității locative și eventualelor probleme juridice. Nu ne limităm doar la consecințele pe care pacientul le atribuie deja consumului, deoarece multe corelații devin clare abia pe parcursul terapiei. Totodată, identificăm sistematic punctele de sprijin: persoane de încredere, responsabilități sau valori importante, perioade anterioare de control, tratamente bine tolerate și motive personale de a reveni la consultație. [1]

Din istoricul tratamentelor anterioare analizăm ce intervenții farmacologice sau psihosociale au fost încercate, pe ce durată, cu ce beneficii și în ce context au fost întrerupte. Lipsa răspunsului la o tentativă anterioară poate reflecta o intervenție inadecvată nivelului de

severitate, bariere de acces sau o comorbiditate psihiatrică netratată, nu un „eșec al pacientului”. Cu consimțământul persoanei, informațiile colaterale obținute de la familie sau de la alți medici completează tabloul clinic; consemnăm sursa datelor și eventualele neconcordanțe în mod neutru, fără a transforma consultația într-o instanță de judecată. [1]

6. Screeningul orientează evaluarea, dar nu este un diagnostic

Instrumentele validate de screening identifică rapid persoanele care necesită o evaluare clinică aprofundată. Chestionarul AUDIT-C (sau AUDIT complet) orientează discuția asupra consumului de alcool, TAPS (Tobacco, Alcohol, Prescription medication, and other Substance use) evaluează mai multe clase de substanțe la adulți, iar scala CRAFFT este discutată în surse pentru adolescenți. Alegerea instrumentului depinde de populația-țintă și de contextul clinic: un scor pozitiv la screening impune un interviu diagnostic, nu aplicarea automată a unei etichete, după cum un scor negativ nu anulează semnele clinice obiective care cer investigații suplimentare. [1, 6]

Screeningul prin chestionare nu trebuie confundat cu testarea toxicologică de laborator. După depistarea unui consum la risc, evaluăm prezența criteriilor DSM/ICD, severitatea și siguranța imediată. În formele de consum la risc fără dependență severă, intervenția scurtă oferă feedback medical personalizat, o recomandare clară de reducere, negocierea unui obiectiv realist și programarea reevaluării. În schimb, o tulburare severă de consum sau un sevraj cu risc vital nu se gestionează prin simpla înmânare a unei broșuri: intensitatea intervenției trebuie calibrată la severitatea nevoilor clinice. [1, 6]

7. Încheierea consultaţiei: un plan concret şi verificabil

În finalul întâlnirii rezumăm datele esențiale și îl invităm pe pacient să corecteze sau să completeze eventualele neînțelegeri. Delimităm clar concluziile medicale certe de ipotezele de lucru care necesită monitorizare. Stabilim împreună prioritatea zero de siguranță și obiectivul imediat pe care pacientul este pregătit să îl abordeze, precizând ce acțiune urmează, cine este responsabil și când are loc reevaluarea. Dacă este necesară trimiterea către un serviciu specializat, facilităm activ conectarea, deoarece o recomandare generică rămâne frecvent neurmată. [4, 6]

Modelul celor cinci pași – cunoscut în literatura internațională sub acronimul 5A (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange: întreabă, recomandă, evaluează disponibilitatea pentru schimbare, sprijină și organizează urmărirea) – oferă o structură practică pentru încheierea consultației. Chiar și un pacient care nu este încă pregătit pentru abstinență totală poate accepta măsuri de reducere a riscurilor (precum evitarea asocierii alcoolului cu sedativele) și o nouă programare. Consemnăm în fișă nivelul de îngrijire recomandat, investigațiile solicitate, opțiunile discutate și semnele de alarmă care impun prezentarea de urgență. [4, 6]

Schema conceptuală: Prioritățile primei consultații

• Triajul de siguranță (Semne vitale, intoxicație acută, sevraj complicat, delirium, risc suicidar)

• Povestea pacientului și profilul consumului (Substanță cu substanță: cantitate, cale, frecvență, ultimul consum)

• Evaluarea riscurilor și a resurselor (Comorbidități somatice/psihiatrice, consecințe, capital de recuperare)

• Planul imediat și urmărirea (5A) (Obiectiv negociat, măsuri de siguranță, data reevaluării) [1, 2, 4-6]

Notă: Ordine orientativă de lucru. Prezența unei urgențe vitale scurtează interviul inițial în favoarea stabilizării medicale, urmând ca evaluarea exhaustivă să fie completată la întâlnirile ulterioare. [1, 2, 4-6]

Idei de reținut

• Siguranța vitală și capacitatea pacientului de a participa la interviu se evaluează înaintea unei anamneze exhaustive.

• Întrebările deschise, directe și nonstigmatizante cresc acuratețea datelor clinice obținute.

• Clarifică sistematic substanța, doza, calea de administrare, frecvența, policonsumul și momentul ultimei doze.

• Documentează explicit antecedentele de sevraj complicat (convulsii, delirium), supradozajele și riscul suicidar.

• Un rezultat pozitiv la screening deschide evaluarea diagnostică, fără a constitui în sine un verdict.

• Orice primă consultație se încheie cu un pas terapeutic fezabil și cu un reper clar de reevaluare. [1, 2, 4-6]

Caz clinic fictiv: aplică raționamentul

Elena, în vârstă de 42 de ani, se prezintă la cabinet pentru insomnie persistentă. În prima parte a discuției neagă alte probleme de sănătate, însă spre finalul consultației menționează cu ezitare că bea vin în fiecare seară și că își administrează uneori „un comprimat pentru somn” primit de la o rudă. Este vizibil jenată și întreabă dacă această informație va fi transmisă angajatorului ei. Nu cunoști încă cantitățile exacte de alcool, denumirea hipnoticului sau ora ultimei administrări. Pacienta este orientată temporo-spațial și cooperantă, dar nu ai evaluat încă riscul de sevraj ori pericolele asocierii celor două deprimante SNC. Afirmă că își dorește să doarmă mai bine, însă nu se simte pregătită să promită oprirea imediată a alcoolului. Au mai rămas doar câteva minute din timpul alocat consultației și ai nevoie să ții sub control riscurile imediate și să asiguri continuarea evaluării fără a compromite alianța abia formată. Cazul este fictiv și are rol didactic. [3]

Cum utilizezi cel mai eficient minutele rămase din consultație? [1, 2, 4-6]

A. Clarifici cadrul de confidențialitate, evaluezi consumul recent și riscul asocierii alcool-sedativ, apoi stabilești o programare apropiată pentru finalizarea evaluării.

B. Formulezi imediat diagnosticul de tulburare severă de consum și îi condiționezi îngrijirea de promisiunea abstinenței totale.

C. Ignori mențiunea despre alcool și sedativ, întrucât motivul oficial al prezentării a fost insomnia.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: A. [1, 2, 4-6]

Opțiunea A: Explicarea clară a confidențialității medicale reduce teama pacientei și consolidează încrederea. Verificarea ultimei administrări, a dozelor și avertizarea asupra riscului de deprimare respiratorie/sedare cumulativă la asocierea alcoolului cu un hipnotic ori a riscului de sevraj la oprire bruscă asigură siguranța imediată, iar programarea apropiată permite completarea anamnezei. [1, 2, 4-6]

Opțiunea B: Stabilirea severității necesită documentarea riguroasă a criteriilor DSM/ICD, iar o promisiune smulsă sub presiune nu protejează pacienta de un eventual sevraj și poate duce la abandonarea tratamentului. [1, 2, 4-6]

Opțiunea C: Consumul de alcool și autoadministrarea unui sedativ influențează direct arhitectura somnului și siguranța oricărei prescripții hipnotice; ignorarea lor ar reprezenta o eroare medicală majoră. [1, 2, 4-6]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Care este pasul clinic firesc după obținerea unui scor pozitiv la un chestionar de screening (de exemplu, AUDIT-C)? [1, 6] [1, 6]

A. Consemnarea automată a diagnosticului de dependență severă.

B. Realizarea interviului clinic pentru evaluarea tiparului de consum, a consecințelor și a criteriilor diagnostice.

C. Sancționarea administrativă a pacientului.

Răspuns corect: B. Screeningul filtrează rapid persoanele care au nevoie de o evaluare clinică detaliată. Diagnosticul de certitudine și planul terapeutic necesită explorarea criteriilor, a contextului și a siguranței medicale. [1, 6]

Întrebarea 2. Care dintre următoarele formulări este cea mai adecvată pentru explorarea consumului în interviul clinic? [1] [1]

A. „Sper că nu luați și droguri ilegale, nu-i așa?”

B. „De ce nu reușiți să vă controlați când beți?”

C. „Ce medicamente, băuturi alcoolice sau alte substanțe ați folosit în ultima perioadă?”

Răspuns corect: C. Întrebarea deschisă și neutră nu sugerează un răspuns „dezirabil social” și îi permite pacientului să menționeze atât medicamente prescrise sau OTC, cât și substanțe ilicite, facilitând apoi cuantificarea fără judecată morală. [1]

Întrebarea 3. Un pacient care se prezintă cu stare confuzională acută și semne vegetative de sevraj sever are nevoie prioritar de: [2] [2]

A. Completarea unui set de chestionare psihometrice detaliate.

B. Stabilizare medicală imediată și încadrare într-un nivel de îngrijire cu supraveghere adecvată.

C. Amânarea oricărei intervenții până când semnează un angajament de abstinență.

Răspuns corect: B. Alterarea conștienței și instabilitatea vegetativă din sevrajul complicat reprezintă urgențe medicale cu risc vital. Stabilizarea somatică precedă întotdeauna anamneza detaliată, care va fi completată ulterior. [2]

Întrebarea 4. Cum se integrează corect informațiile colaterale oferite de familie în evaluarea clinică? [1] [1]

A. Ca substitut complet al discuției cu pacientul.

B. Prin contactarea telefonică a rudelor fără știrea pacientului, în orice situație de ambulatoriu.

C. Ca sursă complementară valoroasă, obținută cu respectarea consimțământului și a cadrului legal de confidențialitate.

Răspuns corect: C. Datele colaterale ajută la reconstituirea cronologiei și a impactului funcțional. Clinicianul consemnează sursa informațiilor și eventualele discrepanțe, respectând autonomia pacientului și normele de confidențialitate. [1]

Termeni explicați

Screening: procedură rapidă de evaluare (prin întrebări standardizate sau chestionare) menită să identifice persoanele cu risc crescut care necesită o evaluare diagnostică aprofundată. [1, 2, 4-6]

Informație colaterală: date clinice și anamnestice obținute de la o sursă terță relevantă (membri ai familiei, medici curanți anteriori, documente medicale). [1, 2, 4-6]

Intervenție scurtă: dialog clinic structurat, de durată redusă, care oferă feedback medical personalizat, recomandări clare și sprijin motivațional pentru o schimbare comportamentală concretă. [1, 2, 4-6]

Note despre documentare

Structura interviului clinic, utilizarea screeningului, ierarhizarea urgențelor și principiile de confidențialitate au fost confruntate cu capitolele citate. Exemplele de formulări conversaționale sunt originale. [3]

Nu sunt reproduse integral chestionare protejate de drepturi de autor și nu sunt stabilite praguri psihometrice nevalidate pentru populația din România. [3]

Regulile specifice legislației naționale privind excepțiile de la confidențialitate se aplică în conformitate cu cadrul juridic și deontologic în vigoare. [3]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). The ASAM essentials of addiction medicine (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 33, „Assessment” (pp. 203–212).

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). The ASAM essentials of addiction medicine (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 36, „The Treatment of Substance Use Disorders: An Overview” (pp. 227–232).

[3] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 5: Prima consultație și interviul clinic – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[4] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). The ASAM essentials of addiction medicine (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 47, „The ASAM Criteria and Matching Patients to Treatment” (pp. 287–291).

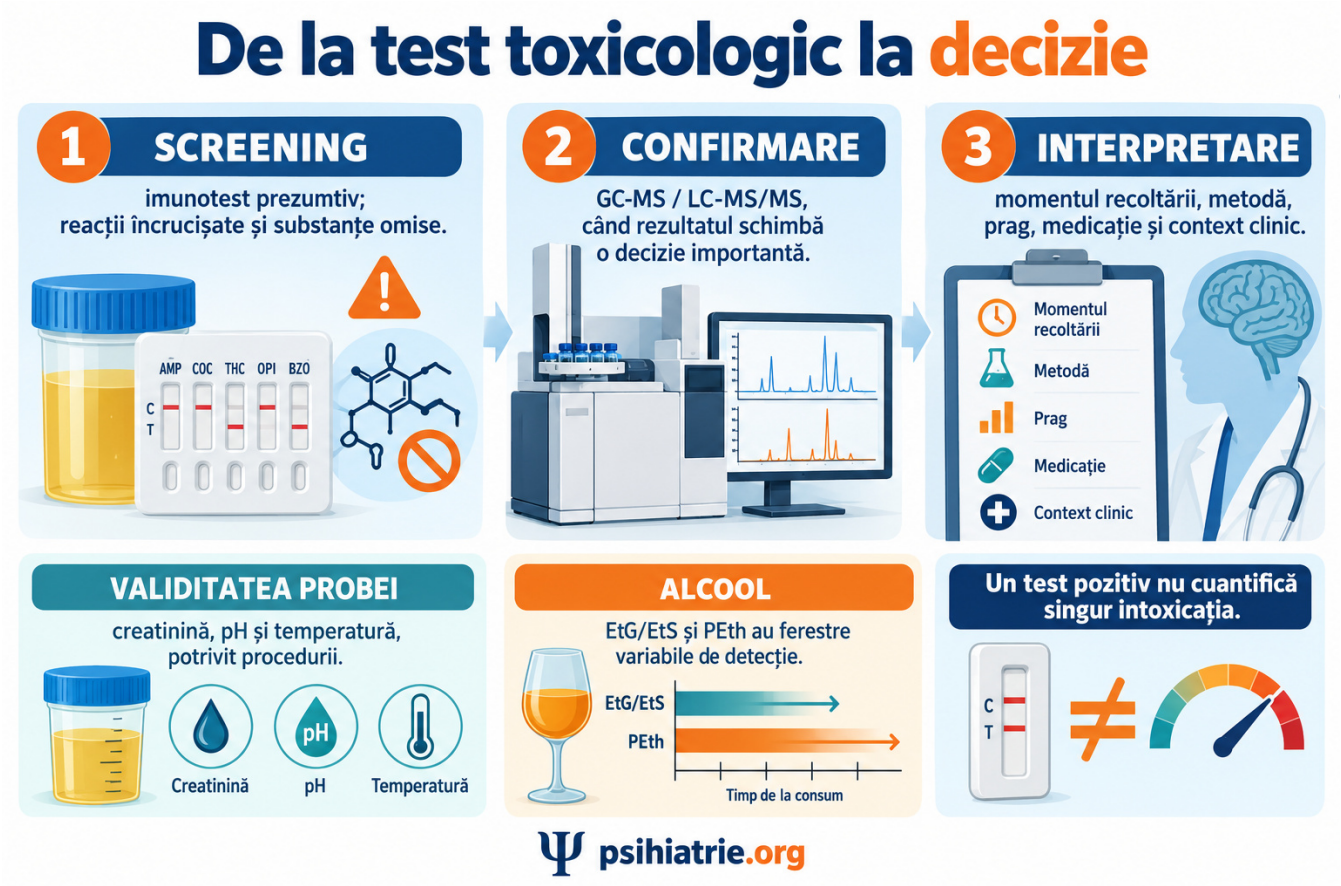
[5] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). The ASAM essentials of addiction medicine (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 100, „Substance-Induced Mental Disorders” (pp. 593–598).

[6] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). The ASAM essentials of addiction medicine (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 31, „Screening and Brief Intervention” (pp. 183–196).

06. Analizele și testele toxicologice

Un test răspunde unei întrebări limitate. Poate arăta că un analit a fost detectat, într-o anumită probă, peste un anumit prag. Nu arată singur dacă persoana este intoxicată, cât a consumat sau dacă are o tulburare de consum. Interpretarea bună începe înainte de recoltare: ce rezultat ar schimba decizia și ce metodă poate răspunde întrebării? Acest modul explică diferența dintre screening și confirmare, probele disponibile și principalele capcane. Un rezultat neașteptat cere clarificare, nu o concluzie morală despre pacient. [1-3]

Sinteză vizuală / De la test toxicologic la decizie



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1-3, 5-7]

Ce vei putea face după lectură

- Să diferențiezi testarea prezumtivă de identificarea definitivă. [4]
- Să explici rezultatele fals pozitive și fals negative în context. [4]
- Să alegi proba și analiza în funcție de întrebarea clinică. [4]

1. Întrebarea clinică vine prima

Înainte de testare, stabilim scopul: evaluare a expunerii recente, contribuție la diagnosticul unei urgențe, monitorizarea tratamentului sau clarificarea unui rezultat neașteptat. Panelul standard nu cuprinde toate substanțele. Laboratorul trebuie întrebat ce analit măsoară, prin ce metodă și la ce prag. O comandă vagă pentru toate drogurile poate crea o siguranță falsă dacă substanța relevantă nu este inclusă. [1-3]

Analizele pentru complicații și cele toxicologice au scopuri diferite. Hematologia, biochimia ori investigațiile infecțioase se aleg după anamneză, examen, expuneri și tratamentul planificat. Nu există un rezultat toxicologic care să înlocuiască evaluarea unei stări de confuzie, a unei probleme respiratorii sau a unui sevraj. Îngrijirea urgenței nu trebuie condiționată de sosirea unui test care poate fi incomplet sau întârziat. [1-3]

2. Screeningul și confirmarea

Imunotestele folosesc legarea unui anticorp de o substanță sau de un grup de compuși. Sunt rapide și utile, dar performanța diferă între reactivi și laboratoare. Un rezultat pozitiv este de obicei prezumtiv. Confirmarea prin cromatografie și spectrometrie de masă permite o identificare mult mai specifică. Ea este importantă când identificarea exactă schimbă o decizie cu consecințe semnificative. [1, 5]

Confirmarea nu este necesară automat pentru fiecare rezultat previzibil, dar trebuie luată în calcul la rezultate neașteptate sau la contradicții relevante. Și un rezultat negativ poate necesita investigație suplimentară. Dacă metoda nu recunoaște suficient substanța suspectată, repetarea aceluiași test nu rezolvă problema. Discuția cu laboratorul poate orienta către un analit, o probă sau o metodă mai potrivită. [1, 5]

3. Prag, sensibilitate și specificitate

Pragul separă rezultatul raportat pozitiv de cel raportat negativ. Negativ poate însemna că substanța lipsește, că se află sub prag sau că metoda nu o detectează adecvat. Sensibilitatea analitică descrie cantitatea minimă măsurată fiabil. Sensibilitatea diagnostică descrie proporția persoanelor cu starea țintă identificate de test. Aceste sensuri nu trebuie confundate. Specificitatea analitică privește măsurarea analitului dorit fără interferențe relevante. [1, 6]

În evaluarea diagnostică, sensibilitatea reprezintă proporția rezultatelor real pozitive (adevărat pozitive) dintre persoanele cu starea țintă; specificitatea reprezintă proporția rezultatelor real negative (adevărat negative) dintre cei fără ea. Valoarea predictivă pozitivă pornește invers, de la persoanele cu rezultat pozitiv. Ea depinde și de probabilitatea de bază a stării urmărite. În toxicologie, precizăm că starea țintă poate fi prezența unui analit, nu diagnosticul de adicție. [1, 6]

4. Reacțiile încrucișate și substanțele omise

Un anticorp poate reacționa cu alt compus decât cel urmărit. Aceasta este reacția încrucișată. Unele imunoteste pentru amfetamine pot reacționa cu medicamente precum bupropionul; efectul depinde de test, nu este o proprietate universală a tuturor analizelor. Revizuim medicația și informațiile producătorului prin laborator. Nu explicăm automat orice rezultat neașteptat printr-o reacție încrucișată, dar nici nu o ignorăm. [1]

Un test pentru opiacee calibrat pe morfină poate să nu detecteze adecvat fentanilul, buprenorfina, metadona sau anumite alte opioide. Sunt necesare teste specifice când acestea sunt relevante. Imunotestele pentru benzodiazepine au, de asemenea, performanță variabilă față de molecule și metaboliți. Mesajul practic este simplu: numele clasei de pe buletin nu garantează acoperirea fiecărui membru al clasei. [1]

5. Proba și fereastra de detecție

Urina este frecvent utilizată deoarece recoltarea este relativ simplă, iar mulți metaboliți persistă mai mult decât în sânge. Sângele oferă informații despre substanțe circulante și poate fi util în toxicitatea acută. Lichidul oral are un profil propriu al analiților și poate fi influențat de contaminarea recentă. Părul oferă o perspectivă mai îndelungată asupra expunerii, dar nu stabilește intoxicația dintr-un anumit moment. [1, 5]

Fereastra depinde de doză, repetare, timp de la utilizare, matrice și capacitățile metodei. Tabelele din cărți sunt estimări, nu termene individuale garantate. Concentrația urinară nu permite reconstruirea sigură a dozei sau orei exacte de consum. La canabinoizi, persistența metaboliților poate complica diferențierea unei expuneri noi de eliminarea prelungită. Seria de rezultate trebuie interpretată în context, cu laboratorul când este necesar. [1, 5]

6. Alcoolul și biomarkerii lui

Alcoolemia se folosește pentru întrebări despre expunerea recentă și poate contribui la evaluarea stării acute. Alcoolul în urină indică expunere recentă, fără să stabilească singur intoxicația. GGT, transaminazele și volumul eritrocitar mediu (VEM) sunt markeri indirecți, nespecifici. Modificarea lor poate avea alte cauze; valori normale nu exclud un consum relevant. Nu construim diagnosticul doar dintr-un profil hepatic. [1, 5]

EtG și EtS sunt produși ai metabolismului alcoolului și pot extinde detectarea dincolo de prezența etanolului. Expuneri incidentale și particularități ale probei pot complica interpretarea, mai ales la rezultate mici. Fosfatidiletanolul (PEth) se determină din sânge integral și reprezintă un fosfolipid anormal format în membranele eritrocitare exclusiv în prezența etanolului. Variabilitatea individuală limitează transformarea rezultatului într-o cantitate exactă consumată. Alegerea markerului trebuie legată de scop și de limitele laboratorului. [1, 5]

7. Rezultatul neașteptat și comunicarea

Mai întâi verificăm identitatea probei, momentul recoltării, medicamentele, analitul, pragul și metoda. Luăm în calcul diluția, integritatea probei sau problemele preanalitice, fără a acuza automat pacientul de modificarea probei. Dacă rezultatul are consecințe importante, clarificăm prin metoda adecvată. Testarea trebuie să ajute tratamentul și siguranța, nu să înlocuiască relația clinică printr-un mecanism de pedeapsă. [1, 5, 7]

O notă bună separă observația de interpretare: test prezumtiv pozitiv pentru clasa X; pacientul raportează Y; metoda are limita Z; se solicită clarificare. În discuție folosim termenii „detectat” sau „nedetectat” (ori „pozitiv”/„negativ”), nu expresii stigmatizante precum „curat” sau „murdar”. Explicăm ce poate și ce nu poate arăta rezultatul. Diagnosticul, funcționarea și decizia terapeutică se construiesc din ansamblul datelor, inclusiv evoluția și perspectiva pacientului. [1, 5, 7]

De la rezultat la decizie

• Întrebare clinică

• Probă și metodă

• Rezultat și limite

• Clarificare și context [1-3, 5-7]

Rezultatul este o etapă a raționamentului. Confirmarea analitului nu echivalează cu diagnosticul de intoxicație sau tulburare de consum. [1-3, 5-7]

Repere clinice și completări ale ediției

La un rezultat neașteptat, verificăm validitatea probei împreună cu laboratorul: creatinină urinară, pH și temperatura măsurată prompt după recoltare, potrivit procedurii. Diluția nu demonstrează singură manipularea intenționată. Fosfatidiletanolul (PEth) este un biomarker din sânge integral, format în prezența etanolului; interpretarea depinde de metodă, expunere și context, inclusiv transfuzie. Ferestrele de detecție sunt estimări, nu termene garantate. [1-3, 5-7]

Idei de reținut

• Alege testul pentru o întrebare clinică precisă.

• Un imunotest pozitiv este de regulă prezumtiv.

• Un rezultat negativ nu exclude orice expunere.

• Reacțiile încrucișate sunt dependente de metodă.

• Un panel pentru opiacee nu acoperă obligatoriu toate opioidele.

• Doza, momentul exact, intoxicația și adicția nu se deduc singure din urină. [1-3, 5-7]

Caz clinic fictiv: aplică raționamentul

Radu, 39 de ani, urmează tratament pentru depresie cu bupropion. Un imunotest urinar este pozitiv pentru amfetamine la o consultație de monitorizare. El neagă utilizarea stimulantelor și spune că se teme că va fi exclus din program. Este cooperant, fără semne evidente de intoxicație. Nu ai încă detaliile reactivului, pragului sau medicației fără rețetă. Nu știi dacă laboratorul a efectuat confirmarea. Rezultatul ar putea modifica o decizie importantă privind îngrijirea. Cazul nu dovedește că există o reacție încrucișată și nici că relatarea pacientului este falsă. Este necesară clarificarea metodologică înainte de concluzii care ar afecta tratamentul și relația terapeutică. [4]

Care este conduita interpretativă potrivită? [1-3, 5-7]

A. Excluderea imediată din program pentru consum dovedit.

B. Declararea rezultatului fals pozitiv doar fiindcă ia bupropion.

C. Revizuirea metodei și medicației, discuție cu laboratorul și confirmare când identificarea exactă este necesară.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: C. [1-3, 5-7]

Opțiunea A: Un imunotest prezumtiv nu justifică singur o consecință majoră. Există posibilitatea de reacții încrucișate, dar și de expunere reală. O decizie punitivă înainte de clarificare poate deteriora îngrijirea și încrederea. [1, 2, 3, 5, 6, 7]

Opțiunea B: Bupropionul poate interfera cu unele imunoteste, însă nu cu toate metodele. Această posibilitate trebuie verificată, nu transformată în certitudine. Confirmarea specifică și contextul clinic sunt necesare când decizia depinde de identificarea substanței. [1, 2, 3, 5, 6, 7]

Opțiunea C: Această abordare păstrează atât rigoarea, cât și relația. Identifică analitul, pragul și testul folosit. Confruntă istoricul medicației și solicită metoda specifică adecvată. Documentează diferența dintre rezultatul prezumtiv și concluzia confirmată. [1, 2, 3, 5, 6, 7]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Ce poate însemna un imunotest negativ? [1, 5]

A. Doar absența completă a oricărei substanțe.

B. Concentrație sub prag ori detectare insuficientă a substanței relevante.

C. Absența oricărei tulburări de consum.

Răspuns corect: B. Negativitatea depinde de analitul inclus, prag și sensibilitatea metodei. Un panel poate omite compuși relevanți. Ea nu stabilește diagnosticul și nu înlocuiește evaluarea unei urgențe compatibile clinic cu o expunere. [1, 5]

Întrebarea 2. Un test standard pentru opiacee negativ exclude fentanilul? [1]

A. Da, întotdeauna.

B. Da, dacă proba este urină.

C. Nu; poate fi necesară o analiză specifică.

Răspuns corect: C. Imunotestele calibrate pe morfină nu recunosc adecvat toate opioidele. Fentanilul trebuie inclus printr-o metodă potrivită. Clinicianul are nevoie să cunoască efectiv panelul, nu doar denumirea generală imprimată pe buletin. [1]

Întrebarea 3. Concentrația unui metabolit în urină permite stabilirea sigură a: [5]

A. Dozei exacte folosite.

B. Orei exacte a administrării.

C. Niciuneia dintre aceste două informații, luată singură.

Răspuns corect: C. Concentrația este influențată de variabile biologice și analitice. Testarea poate confirma expunerea la un analit, dar nu reconstruiește automat comportamentul. Interpretarea precisă cere context și uneori consultarea laboratorului. [5]

Întrebarea 4. Ce biomarker se măsoară în sânge integral? [5]

A. PEth.

B. Orice test urinar pentru EtG.

C. Volumul de alcool declarat în interviu.

Răspuns corect: A. PEth este asociat membranelor eritrocitare și se măsoară în sânge integral. El poate contribui la evaluarea expunerii la alcool, dar variabilitatea individuală împiedică echivalarea simplă cu o cantitate exactă de băutură. [5]

Termeni explicați

Analit: substanța sau metabolitul pe care metoda încearcă să îl măsoare. [1-3, 5-7]

Prag de raportare (prag de decizie / cut-off): concentrația-prag folosită de metoda de testare pentru a diferenția un rezultat pozitiv de unul negativ. [1-3, 5-7]

Reacție încrucișată: legarea reactivului de un compus diferit de ținta urmărită. [1-3, 5-7]

Matrice: tipul probei, de exemplu urină, sânge sau lichid oral. [1-3, 5-7]

Note despre documentare

Limitele analitice, reacțiile încrucișate, diferențele între probe și biomarkerii au fost confruntați cu capitolele 32 și 127. [4]

Nu sunt oferite ferestre de detecție ca termene garantate sau praguri universale. [4]

EtG și EtS sunt descriși conform cap. 127; formularea diferită din cap. 32 nu a fost transformată într-o contradicție clinică artificială. [4]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 32, „Laboratory Assessment” (pp. 197-202).

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 33, „Assessment” (pp. 203-212).

[3] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 100, „Substance-Induced Mental Disorders” (pp. 593-598).

[4] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 6: Analizele și testele toxicologice – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[5] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 127, „Practical Considerations in Drug Testing” (pp. 761-768).

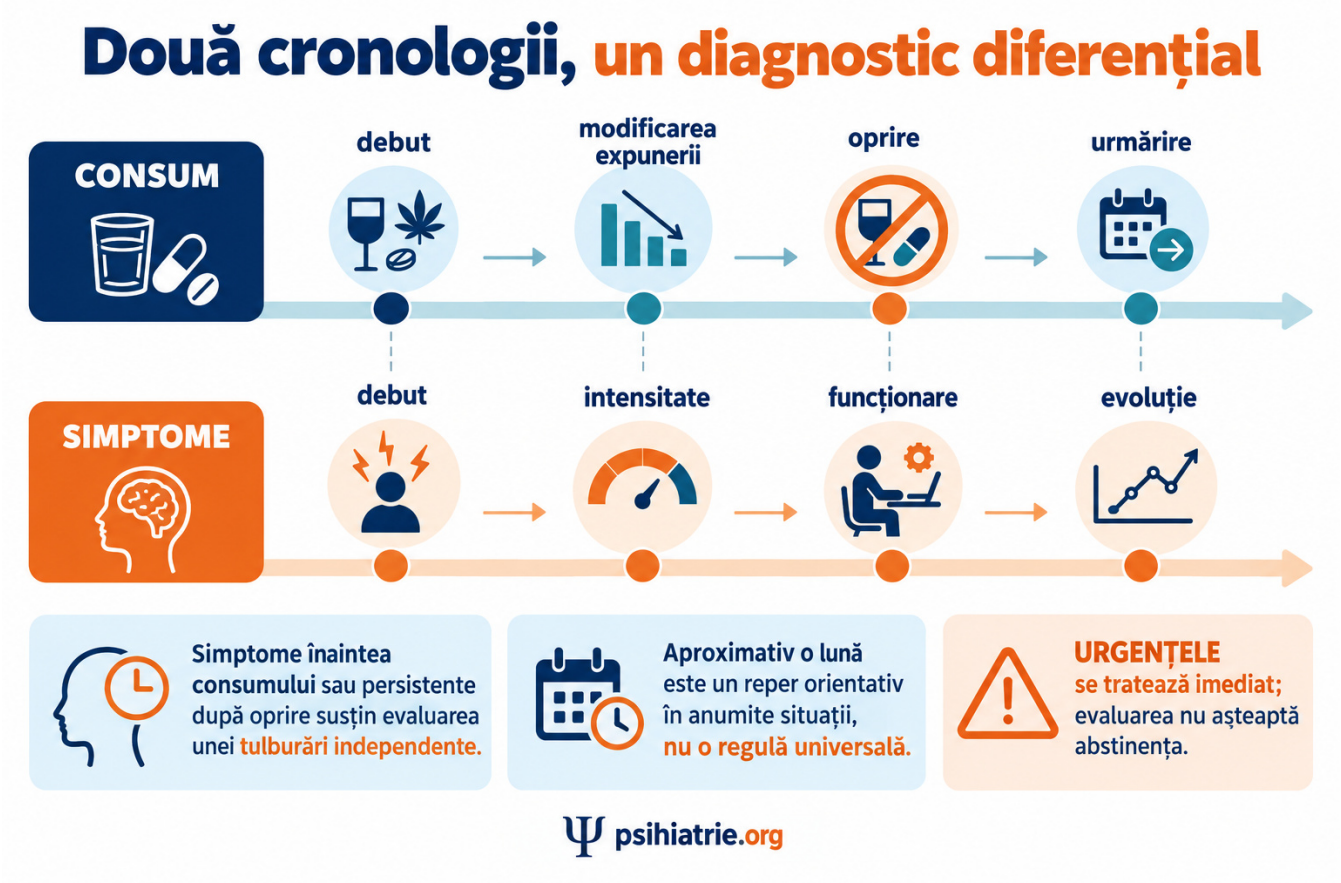
[6] Colón-Rivera, H. A., Aoun, E. G., & Vaezazizi, L. M. (2023). *Addiction psychiatric medicine: A comprehensive board review*. Elsevier. Capitolul 1, „General Principles of Substance Use Disorders” (pp. 1-10).

[7] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 2, „Recommended Use of Terminology in Addiction Medicine” (pp. 8-13).

07. Formularea cazului și diagnosticul diferențial

Diagnosticul diferențial începe cu o cronologie. Când au apărut simptomele psihice? Când a început consumul, când s-a intensificat și când s-a redus? Ce s-a întâmplat în perioadele fără consum? Intoxicația și sevrajul pot produce simptome asemănătoare depresiei, anxietății, maniei sau psihozei. O tulburare independentă poate exista în același timp și poate fi agravată de substanțe. Sarcina clinicianului este să construiască ipoteze, să trateze riscul și suferința actuală și să reevalueze, fără a transforma prima impresie într-o certitudine permanentă. [1, 2]

Sinteză vizuală / Două cronologii, un diagnostic diferențial



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1, 2, 4-7]

Ce vei putea face după lectură

- Să construiești o cronologie comună a consumului și simptomelor. [3]
- Să separi tulburările induse, tulburările independente și cauzele medicale. [3]
- Să formulezi un diagnostic de lucru cu pași expliciți de reevaluare. [3]

1. Formularea explică mai mult decât eticheta

Diagnosticul numește un sindrom. Formularea arată cum se leagă simptomele, consumul, vulnerabilitățile, contextul și resursele. Începem cu problema actuală și cu efectul ei asupra funcționării. Apoi precizăm ipoteza principală, alternativele și datele care lipsesc. O formulare utilă poate rămâne provizorie fără să fie vagă: simptome psihotice apărute după intensificarea consumului, cu antecedente insuficient clarificate. [1, 2]

Separăm observația de interpretare. „Pacientul relatează trei nopți de insomnie” reprezintă o observație anamnestică; „are tulburare afectivă bipolară” este o concluzie diagnostică ce necesită criterii longitudinale suplimentare. Notăm severitatea, durata, starea de conștiență, capacitatea de îngrijire și riscul. O explicație plauzibilă prin substanță nu închide investigația unei cauze medicale sau a unei tulburări preexistente. Mai multe mecanisme pot contribui simultan la aceeași prezentare. [1, 2]

2. Cronologia este instrumentul central

Construim două linii paralele: evoluția consumului și evoluția simptomelor. Folosim repere ușor de recunoscut, precum o internare, schimbarea locului de muncă sau o perioadă de locuire cu familia. Pentru substanțe includem administrările prescrise, produsele neprescrise, modificările dozei și pauzele. Pentru simptome includem debutul, intensitatea, persistența și impactul. Întrebăm ce a apărut înainte, ce s-a schimbat împreună și ce a continuat separat. [1, 4]

Simptomele care precedă consumul sau persistă în perioade suficient de lungi fără expunere susțin o tulburare independentă, dar nu o dovedesc izolat. Informațiile de la familie, documentele și tratamentele anterioare pot clarifica episoadele vechi. Un rezultat toxicologic contribuie la cronologie în limitele sale. Nu poate reconstrui singur momentul exact al consumului și nici nu demonstrează că toate simptomele sunt produse de substanța detectată. [1, 4]

3. Când este plauzibilă o tulburare indusă

Este necesară o relație temporală plauzibilă cu intoxicația, sevrajul sau administrarea unui medicament. Substanța trebuie să poată produce sindromul observat. Prezentarea trebuie să fie clinic semnificativă și să nu fie mai bine explicată de o tulburare independentă. În plus, sindromul nu trebuie să apară exclusiv în timpul unui delirium. Simplul fapt că există consum nu îndeplinește toate aceste condiții. [1]

ASAM discută persistența simptomelor aproximativ o lună după încetarea fazei acute drept unul dintre indiciile pentru independență. Nu folosim acest reper ca termen rigid de așteptare fără tratament. Durata diferă în funcție de substanță și sindrom. Tulburările neurocognitive induse și tulburarea de percepție persistentă indusă de halucinogene (HPPD) pot depăși faza acută. Diagnosticul se ajustează după evoluție, nu doar după calendar. [1]

4. Deliriumul și cauzele medicale au prioritate

Confuzia acută, fluctuațiile stării de conștiență, dificultatea de a menține atenția și schimbarea rapidă a funcționării impun evaluarea deliriumului și a cauzelor medicale. Halucinațiile nu înseamnă automat psihoză primară. În sevrajul alcoolic sever, deliriumul poate asocia agitație, tulburări perceptive și manifestări vegetative. Aceasta este o problemă medicală potențial gravă și cere un nivel de îngrijire potrivit. [1, 5]

La o persoană cu consum de alcool și afectare cognitivă, luăm în calcul și carențele nutriționale, traumatismele, hipoxia sau bolile asociate. În encefalopatia Wernicke, triada clasică nu apare obligatoriu complet; absența ei nu exclude problema. Nu etichetăm toate dificultățile cognitive drept lipsă de cooperare. Examenul somatic, starea neurologică și investigațiile orientate sunt parte a evaluării psihiatrice, nu un adaos opțional. [1, 5]

5. Depresie, anxietate, manie și psihoză

Stimulantele pot produce energie crescută, insomnie, agitație, suspiciozitate sau psihoză. După oprire pot apărea oboseală, anhedonie și dispoziție depresivă. Alcoolul și sedativele pot produce ori agrava simptome afective, iar sevrajul poate genera anxietate și tulburări perceptive. Nicotina și cofeina merită incluse în anamneză. Cunoașterea acestor tipare previne atribuirea automată a fiecărui simptom unei boli independente. [1, 6]

Totuși, intensitatea sau aspectul unui simptom nu oferă o separare sigură. O persoană cu tulburare bipolară poate consuma stimulante; o persoană cu schizofrenie poate avea agravare legată de canabis. Unele psihoze asociate substanțelor persistă sau sunt urmate de o tulburare psihotică de durată. De aceea, după ameliorarea episodului acut păstrăm urmărirea. Nu presupunem că dispariția intoxicației încheie automat orice nevoie psihiatrică. [1, 6]

6. Riscul se tratează înaintea certitudinii etiologice

Evaluăm direct ideile suicidare, intenția, planificarea, comportamentele anterioare și posibilitatea de protecție. Intoxicația, sevrajul, simptomele afective și crizele sociale pot modifica riscul. O supradoză trebuie explorată și din perspectiva intenției, fără presupunerea că a fost obligatoriu accidentală sau obligatoriu suicidară. Dacă starea limitează credibilitatea evaluării, organizăm protecția și reevaluarea după stabilizare. [1, 7]

Psihoza severă, agitația periculoasă, deliriumul, incapacitatea de îngrijire sau o problemă medicală acută cer intervenție chiar dacă diagnosticul etiologic rămâne provizoriu. Nu solicităm să treacă un interval de abstinență înainte de a trata suferința semnificativă. Tratăm intoxicația ori sevrajul, problemele somatice și simptomele psihice relevante, într-un cadru cu resurse adecvate. Deciziile de medicație se individualizează și sunt dezvoltate în modulele specifice. [1, 7]

7. Reevaluarea face parte din diagnostic

Planul trebuie să spună ce vom reevalua: simptome, somn, funcționare, consum, aderență și efecte adverse. Instrumentele repetate pot măsura evoluția, dar nu decid singure etiologia. Observăm dacă simptomele se remit odată cu schimbarea consumului, persistă sau reapar independent. O nouă informație poate schimba diagnosticul de lucru. Aceasta este o îmbunătățire a preciziei, nu dovada că prima consultație a fost inutilă. [1, 6]

Îngrijirea integrată abordează consumul și tulburările psihice în același plan. Dacă sunt implicați mai mulți profesioniști, trebuie să existe comunicare și responsabilități clare. Trimiterile repetate între servicii care se ocupă fiecare doar de o parte a problemei pot întârzia tratamentul. În formularea finală notăm diagnosticul susținut, alternativele rămase, riscul, intervențiile actuale și condițiile în care planul trebuie modificat. [1, 6]

Două cronologii, o formulare

- Consum și medicamente
- Simptome și funcționare
- Siguranță și alternative
- Evoluție și reevaluare [1, 2, 4-7]

Consumul și simptomele sunt urmărite în paralel. Relația temporală susține ipoteze, iar intervenția asupra riscului nu așteaptă certitudinea etiologică. [1, 2, 4-7]

Repere clinice și completări ale ediției

Construim două cronologii paralele: expunerea la substanțe și simptomele psihiatrice. Apariția simptomelor înaintea consumului sau persistența lor după reducere/oprire orientează evaluarea unei tulburări independente. Aproximativ o lună este un reper contextual, nu un test diagnostic universal; durata diferă între substanțe și sindroame. Deliriumul, encefalopatia Wernicke și riscul suicidar se tratează imediat. [1, 2, 4-7]

Idei de reținut

- Construiește cronologia simptomelor și consumului pe aceeași axă.
- Expunerea confirmată nu dovedește cauza tuturor simptomelor.
- O tulburare indusă și una independentă pot necesita evaluare simultană.
- Deliriumul și cauzele medicale nu trebuie confundate cu psihoza primară.
- Riscul suicidar și simptomele severe cer intervenție înaintea certitudinii etiologice.
- Diagnosticul de lucru se reevaluează explicit. [1, 2, 4-7]

Caz clinic fictiv: aplică raționamentul

Mihai, 25 de ani, este adus de sora sa după mai multe nopți cu somn foarte redus. Vorbește repede, este agitat și crede că vecinii îl urmăresc. Recunoaște consum recent de stimulante, dar nu poate preciza toate produsele. Sora descrie un episod de energie neobișnuită cu doi ani înainte, despre care nu știe dacă a fost însoțit de consum. Nu ai documente medicale. Nu ai clarificat încă starea de conștiență, semnele somatice, riscul suicidar sau riscul de agresiune. Un test pozitiv ar putea confirma expunerea, însă nu ar rezolva singur diferențialul. Trebuie să tratezi prezentarea actuală și să construiești o cronologie mai sigură. [3]

Care este abordarea cea mai adecvată? [1, 2, 4-7]

A. Diagnosticul definitiv de tulburare bipolară doar din vorbirea rapidă.

B. Evaluarea imediată a siguranței și a cauzelor medicale, apoi ipoteze și reevaluare longitudinală.

C. Așteptare fără îngrijire timp de o lună pentru clarificarea etiologiei.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: B. [1, 2, 4-7]

Opțiunea A: Vorbirea rapidă și reducerea somnului pot avea mai multe cauze. Sunt necesare cronologia, simptomele complete, istoricul și examinarea. Episodul vechi este relevant, dar insuficient clarificat. O etichetă definitivă acum ar depăși datele disponibile. [1, 2, 4, 5, 6, 7]

Opțiunea B: Siguranța și examinarea nu pot aștepta. Formularea poate include psihoză asociată stimulantelor, tulburare afectivă sau psihotică independentă și cauze medicale. Îngrijirea prezentă se organizează după severitate, iar diagnosticul se verifică prin evoluție și date suplimentare. [1, 2, 4, 5, 6, 7]

Opțiunea C: Reperul temporal ajută diferențialul, dar nu autorizează lipsa tratamentului. Psihoza, agitația și posibilele riscuri medicale necesită intervenție. Reevaluarea are loc în timp ce pacientul primește îngrijire, nu în locul ei. [1, 2, 4, 5, 6, 7]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Ce informație susține o tulburare psihică independentă? [1]

A. Simptome similare înaintea consumului, documentate printr-un istoric credibil.

B. Orice test pozitiv.

C. Simpla existență a unei internări.

Răspuns corect: A. Ordinea temporală și episoadele independente sunt indicii importante. Ele trebuie integrate cu tabloul complet, nu folosite izolat. Un test pozitiv arată expunere și nu explică automat toate episoadele anterioare. [1]

Întrebarea 2. Fluctuațiile conștienței și atenția afectată impun: [5]

A. Presupunerea automată a schizofreniei.

B. Evaluarea deliriumului și a cauzelor medicale.

C. Ignorarea simptomelor dacă există consum.

Răspuns corect: B. Deliriumul poate include agitație și halucinații. Contextul de consum nu îl face benign. Evaluarea medicală și nivelul adecvat de îngrijire sunt prioritare, în paralel cu identificarea intoxicației sau sevrajului. [5]

Întrebarea 3. Într-o prezentare posibil indusă, tratamentul riscului suicidar: [1]

A. Așteaptă diagnosticul definitiv.

B. Este necesar numai după abstinență.

C. Se organizează imediat, cu reevaluare când starea se modifică.

Răspuns corect: C. Risc și etiologie sunt întrebări distincte. Chiar dacă simptomele se pot remite după reducerea consumului, persoana poate avea nevoie de protecție și tratament acum. Evaluarea se repetă dacă intoxicația sau confuzia au limitat-o. [1]

Întrebarea 4. Ce înseamnă diagnostic de lucru? [1]

A. O ipoteză argumentată, cu date lipsă și plan de reevaluare.

B. O presupunere care nu se mai schimbă.

C. Absența oricărei responsabilități terapeutice.

Răspuns corect: A. Formularea provizorie trebuie să fie explicită și utilă. Ea orientează intervenția și arată ce informații ar modifica concluzia. Reevaluarea simptomelor, consumului și funcționării este parte a actului diagnostic. [1]

Termeni explicați

Diagnostic diferențial: compararea explicațiilor plauzibile ale unei prezentări clinice. [1, 2, 4-7]

Formulare clinică: explicație argumentată care leagă simptomele, contextul, mecanismele posibile și planul. [1, 2, 4-7]

Tulburare indusă: sindrom psihic semnificativ atribuit unei substanțe sau unui medicament după evaluarea relației și a alternativelor. [1, 2, 4-7]

Note despre documentare

Condițiile diferențialului, prioritățile și reevaluarea au fost confruntate cu ASAM cap. 100; deliriumul și cauzele cognitive cu Seminars. [3]

Reperul de aproximativ o lună nu este prezentat ca regulă universală sau perioadă de așteptare fără tratament. [3]

Nu se deduce etiologia exclusiv din severitatea simptomelor ori din toxicologie. [3]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 100, „Substance-Induced Mental Disorders” (pp. 593-598).

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 33, „Assessment” (pp. 203-212).

[3] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 7: Formularea cazului și diagnosticul diferențial – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[4] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 127, „Practical Considerations in Drug Testing” (pp. 761-768).

[5] Pang, D., & Pucci, M. (2021). Medical aspects of drug and alcohol use. In E. Day (Ed.), *Seminars in addiction psychiatry* (2nd ed., pp. 175-195). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781911623199

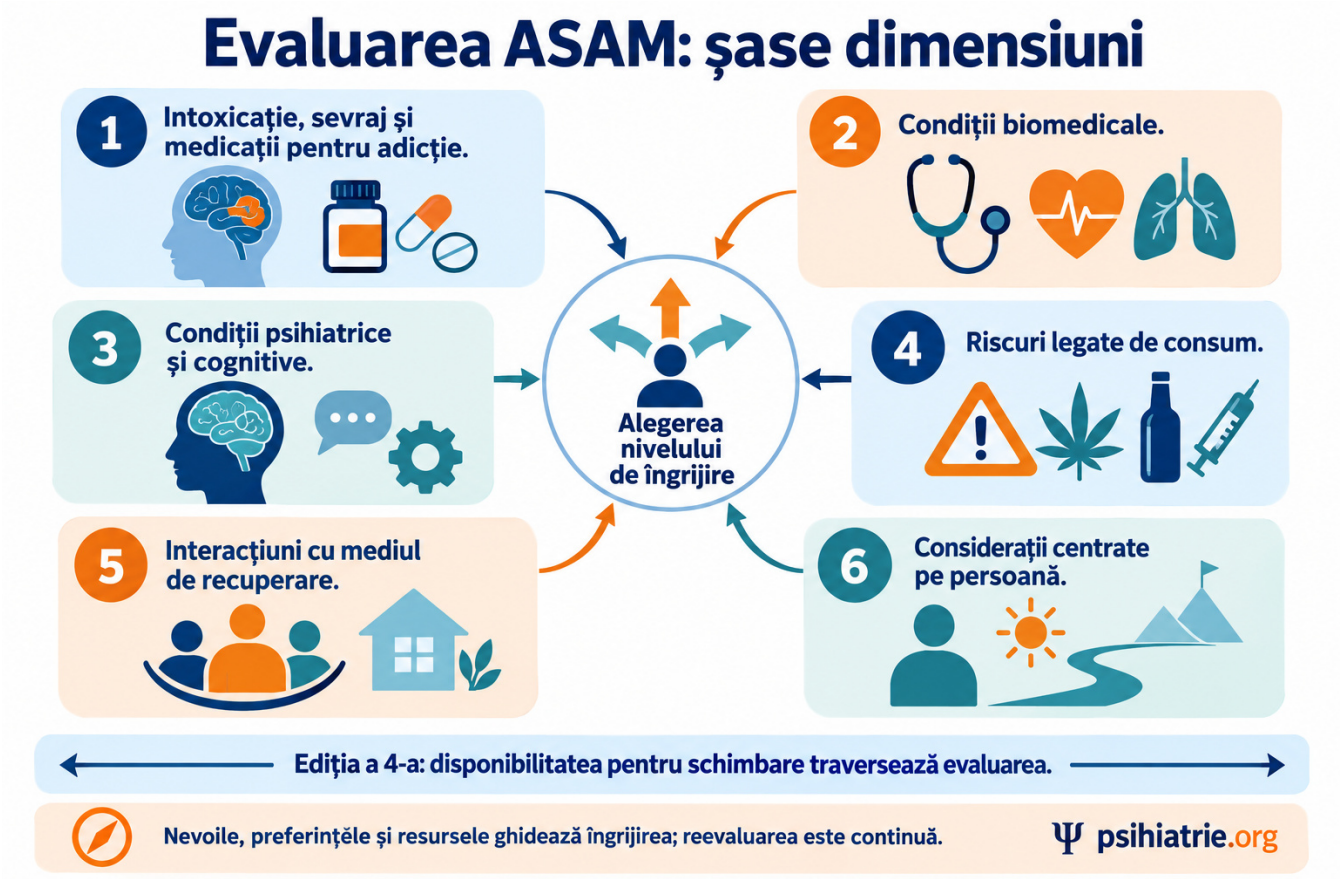
[6] Chambers, R. A., & Masterson, K. G. (2025). *Introduction to addiction psychiatry*. Cambridge University Press. Capitolul 5, „Diagnosis and Treatment: Disease Tracking, Reduction, and Remission” (pp. 170-247). https://doi.org/10.1017/9781009501439

[7] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 36, „The Treatment of Substance Use Disorders: An Overview” (pp. 227-232).

08. Alegerea nivelului de îngrijire

Locul tratamentului trebuie ales după nevoile reale ale persoanei și capacitatea serviciului de a le acoperi. Diagnosticul singur nu spune dacă este suficient ambulatoriul sau este necesară spitalizarea. Contează intoxicația, sevrajul, bolile asociate, simptomele psihice, mediul și accesul la sprijin. Evaluarea este repetată pe parcurs, deoarece intensitatea necesară se poate schimba. În acest modul folosim principiul îngrijirii suficiente pentru siguranță și eficiență și comparăm explicit edițiile criteriilor ASAM prezentate în cărți, fără a le amesteca. [1, 2]

Sinteză vizuală / Evaluarea ASAM: șase dimensiuni



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1, 2, 4-7]

Ce vei putea face după lectură

- Să justifici nivelul de îngrijire printr-o evaluare multidimensională. [3]
- Să diferențiezi modelele ASAM vechi de prezentarea ediției a patra din surse. [3]
- Să organizezi tranziția și responsabilitățile unei echipe. [3]

1. Intensitatea se alege după risc și nevoie

Selectăm nivelul de îngrijire cu gradul minim de intensitate (și restricție) capabil să asigure siguranța pacientului și obiectivele terapeutice. Aceasta nu înseamnă că fiecare pacient trebuie să înceapă cu o intervenție minimă. Urgențele și complicațiile pot cere direct îngrijire intensivă. Severitatea diagnosticului, riscul actual și nevoia de supraveghere sunt informații legate, dar distincte. Un pacient cu puține criterii poate avea o complicație acută gravă. [1, 2]

Nu întrebăm doar unde există un loc liber. Mai întâi definim serviciile necesare: evaluare medicală, monitorizare, medicație, psihoterapie, sprijin pentru locuire sau coordonare. Apoi verificăm ce poate oferi efectiv unitatea. Denumirea unui program nu garantează resursele. Dacă nivelul indicat nu este accesibil, documentăm diferența și organizăm cea mai sigură soluție disponibilă, cu criterii explicite de escaladare. [1, 2]

2. Cele șase domenii în prezentarea ediției a patra

Capitolul 47 din ASAM Essentials rezumă ediția a patra prin șase dimensiuni. Primele cinci contribuie la recomandarea inițială a nivelului; a șasea explorează ce poate și dorește să accepte persoana, inclusiv barierele și preferințele. Tabelul traduce didactic această prezentare. Nu este un instrument oficial de cotare și nu reproduce regulile complete de admitere ale criteriilor ASAM. [1]

Evaluarea începe cu intoxicația, sevrajul și nevoile medicamentoase, apoi cu sănătatea fizică și psihică. Continuă cu riscul comportamentelor legate de consum, mediul și posibilitatea de a urma planul. O nevoie importantă într-un domeniu poate schimba nivelul chiar dacă celelalte par stabile. Sumele improvizate ale unor scoruri nu înlocuiesc raționamentul și regulile instrumentului folosit. [1, 8]

Domeniu în rezumatul ediției a patra	Întrebarea practică
1. Intoxicație, sevraj și nevoi medicamentoase	Există risc acut și ce monitorizare este necesară?
2. Condiții biomedicale	Ce probleme fizice, de sarcină sau de somn influențează planul?
3. Condiții psihiatrice și cognitive	Ce simptome, dizabilități ori nevoi legate de traumă cer îngrijire?
4. Riscuri legate de consum	Cât de probabil este consumul riscant sau un comportament asociat periculos?
5. Mediul de recuperare	Este mediul sigur și există sprijin și funcționare suficiente?
6. Considerații centrate pe persoană	Ce preferă pacientul și ce bariere împiedică accesul?

Tabel didactic de sinteză. [1]

3. De ce trebuie numită ediția

Board Review prezintă PPC-2R: dimensiunea 4 se referă la disponibilitatea pentru schimbare, dimensiunea 5 la reluarea sau continuarea consumului, iar dimensiunea 6 la mediul de recuperare. În rezumatul ediției a patra din ASAM Essentials, organizarea și denumirile se schimbă. Prin urmare, o notă care spune doar „problemă în dimensiunea 4” poate fi ambiguă dacă nu precizează ediția. [1, 2, 4]

Și nivelurile, denumirile serviciilor și integrarea sevrajului s-au modificat între ediții. Textbook din 2015 discută modele mai vechi și îngrijirea în trepte; este util pentru principiu și context internațional, nu pentru a certifica schema actuală. În acest curs comparăm cărțile disponibile. Nu pretindem verificarea directă a manualului oficial complet al ediției a patra sau existența unei adoptări administrative identice în România. [1, 2, 4]

4. Ce oferă diferitele cadre

Ambulatoriul poate susține o persoană suficient de stabilă, cu evaluare, medicație și intervenții psihosociale adaptate. Programele intensive oferă contact mai frecvent și structură mai mare, fără supraveghere continuă peste noapte. Serviciile rezidențiale oferă un mediu organizat, dar capacitatea lor medicală variază. Un pat într-un centru rezidențial nu echivalează automat cu monitorizare medicală pentru sevraj sever. [1, 5]

Spitalul este necesar când riscurile nu pot fi gestionate în siguranță în cadrul mai puțin intensiv: intoxicație gravă, sevraj complicat, boală somatică instabilă sau pericol psihiatric imediat. Alegerea trebuie să țină cont și de capacitatea de a beneficia de program, de resurse și de mediul de viață. Uneori sunt necesare simultan tratamentul ambulator și sprijinul pentru locuire, în locul încadrării întregii nevoi într-o singură etichetă. [1, 5]

5. Îngrijirea integrată și echipa

Persoanele cu tulburări psihice și tulburări de consum au nevoie ca ambele să fie recunoscute în același plan. Organizarea poate varia, dar responsabilitățile trebuie să fie clare. Evaluarea medicală, medicația, psihoterapia, intervenția socială și sprijinul persoanelor cu experiență de recuperare au roluri complementare. Colaborarea înseamnă obiective comune și schimb de informații adecvat, nu doar existența mai multor nume pe o listă. [1, 6, 7]

Un coordonator sau o responsabilitate explicită pentru continuitate reduce riscul ca pacientul să fie trimis repetat între servicii. Clarificăm cine urmărește tratamentul, cine reevaluează riscul și cine organizează contactul următor. Consilierul / lucrătorul de sprijin între egali (peer support specialist – persoană cu experiență trăită în recuperare) poate facilita orientarea în rețeaua de servicii și menținerea legăturii. Acest sprijin completează competențele clinice; nu preia responsabilități medicale pentru care nu este calificat. [1, 6, 7]

6. Sevrajul este începutul unui parcurs

Tratamentul sevrajului nu reprezintă singur tratamentul complet al tulburării de consum. După stabilizare rămân cravingul, riscurile de reluare, comorbiditățile și problemele sociale. Planificarea etapei următoare începe înainte de încheierea etapei acute. Discutăm opțiunile de tratament de durată, sprijinul și legătura cu un serviciu capabil să continue îngrijirea. Altfel, externarea poate întrerupe exact sprijinul de care persoana are nevoie. [1, 5, 6]

Tranziția trebuie să fie concretă: un loc de contact, un interval, medicația clarificată, informații clinice esențiale și pași în caz de agravare. Verificăm dacă pacientul poate ajunge, dacă înțelege planul și dacă mediul permite aplicarea lui. Preferințele și barierele nu sunt detalii administrative. Ele influențează probabilitatea reală ca recomandarea să devină îngrijire efectivă. [1, 5, 6]

7. Reevaluare, creştere şi reducere a intensităţii

Îngrijirea în trepte adaptează intensitatea la răspuns și necesitate. Lipsa progresului cere mai întâi verificarea diagnosticului, intervenției, accesului, expunerilor și comorbidităților. Nu înseamnă automat că pacientul a eșuat. Riscul nou, sevrajul complicat sau instabilitatea psihică pot impune creșterea imediată a nivelului. Stabilizarea și resursele suficiente pot permite reducerea intensității, păstrând continuitatea. [1, 2, 5]

Documentăm criteriile care ar schimba planul și cine le urmărește. Cartea internațională din 2015 arată că dovezile pentru unele modele de îngrijire în trepte au limite; o schemă organizatorică nu garantează singură rezultate mai bune. Scopul clinic rămâne potrivirea dintre persoană și serviciile necesare. Decizia se bazează pe evaluare repetată și pe ce oferă efectiv programul, nu pe prestigiul sau numele nivelului. [1, 2, 5]

Potrivirea dintre nevoi și servicii

- Riscuri și nevoi
- Resurse și preferințe
- Servicii potrivite
- Răspuns și tranziție [1, 2, 4-7]

Evaluarea este repetată. Intensitatea poate crește sau scădea; schema nu reprezintă un algoritm oficial ASAM și nu înlocuiește criteriile complete. [1, 2, 4-7]

Repere clinice şi completări ale ediţiei

În ASAM, ediția a 4-a, evaluarea include: intoxicație, sevraj și medicații pentru adicție; condiții biomedicale; condiții psihiatrice și cognitive; riscuri legate de consum; interacțiuni cu mediul de recuperare; considerații centrate pe persoană. Disponibilitatea pentru schimbare este integrată în evaluare, fără a fi confundată cu vechea dimensiune 4. Barierele, preferințele și resursele se discută împreună cu pacientul. [8]

Idei de reţinut

- Alege cadrul cel mai puțin intensiv care asigură efectiv siguranța și obiectivele.

• Urgențele pot necesita direct îngrijire intensivă.

• Precizează ediția criteriilor ASAM folosite.

• Verifică serviciile reale, nu numai denumirea programului.

• Tratamentul sevrajului trebuie legat de îngrijirea de durată.

• Tranzițiile cer responsabilități, contact următor și criterii de reevaluare. [1, 2, 4-7]

Caz clinic fictiv: aplică raționamentul

Dan, 57 de ani, dorește să întrerupă alcoolul acasă. A avut anterior o internare pentru sevraj complicat. Locuiește singur, are o boală somatică insuficient monitorizată și ajunge greu la spital. În ziua evaluării pare relativ stabil și spune că preferă să nu fie internat pentru că se teme să nu își piardă serviciul. Nu ai stabilit încă severitatea expunerii actuale, momentul ultimului consum sau resursele de monitorizare. Un program ambulator există în zonă, dar nu oferă supraveghere permanentă. Preferința lui este relevantă, însă istoricul și mediul ridică probleme care nu se rezolvă printr-o simplă promisiune de a reveni dacă apar simptome. [3]

Care este raționamentul cel mai adecvat? [1, 2, 4-7]

A. Preferința pentru domiciliu decide singură nivelul.

B. Starea aparent stabilă exclude orice risc de sevraj ulterior.

C. Evaluăm multidimensional riscul și capacitatea de supraveghere, explicăm nivelul indicat și abordăm barierele.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: C. [1, 2, 4-7]

Opțiunea A: Preferința este parte a deciziei comune, dar nu elimină riscul. Trebuie discutate motivele recomandării și barierele concrete. Un plan care nu poate asigura monitorizarea necesară nu devine sigur doar fiindcă este preferat. [1, 2, 4, 5, 6, 7]

Opțiunea B: Riscul poate include simptome anticipate, nu doar cele prezente. Istoricul sevrajului complicat, bolile și lipsa sprijinului contează. Sunt necesare date suplimentare și un cadru capabil să răspundă deteriorării. [1, 2, 4, 5, 6, 7]

Opțiunea C: Aceasta integrează siguranța, mediul și preferința. Clarificăm severitatea și riscul anticipat, verificăm resursele reale și explicăm de ce poate fi necesară îngrijirea supravegheată. Abordăm teama legată de muncă fără a minimaliza riscurile. [1, 2, 4, 5, 6, 7]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Cel mai puțin intensiv nivel adecvat înseamnă: [1, 2]

A. Orice pacient începe obligatoriu în ambulatoriu.

B. Cadrul care îndeplinește obiectivele și siguranța cu intensitatea necesară.

C. Nivelul cu cele mai puține costuri indiferent de risc.

Răspuns corect: B. Principiul evită atât îngrijirea insuficientă, cât și intensitatea inutilă. Urgențele și complicațiile pot justifica un nivel înalt de la început. Evaluarea nevoilor precedă alegerea cadrului. [1, 2]

Întrebarea 2. De ce trebuie numită ediția ASAM? [1, 4]

A. Pentru că numerele dimensiunilor și organizarea pot avea sensuri diferite.

B. Pentru că evaluarea clinică nu mai contează.

C. Pentru că toate edițiile sunt identice.

Răspuns corect: A. PPC-2R și prezentarea ediției a patra nu folosesc aceeași organizare pentru toate dimensiunile. Numărul singur poate crea confuzie. Documentarea ediției și a nevoii clinice concrete face comunicarea inteligibilă. [1, 4]

Întrebarea 3. Ce trebuie verificat înainte de trimiterea într-un centru rezidențial pentru un risc medical? [1, 5]

A. Doar existența unui pat.

B. Doar numele programului.

C. Capacitatea reală de monitorizare, personalul și intervențiile disponibile.

Răspuns corect: C. Serviciile rezidențiale diferă prin resursele medicale. Un mediu organizat nu garantează tratamentul unui sevraj complicat sau al unei boli instabile. Potrivirea se face între nevoile pacientului și capacitatea concretă a serviciului. [1, 5]

Întrebarea 4. După încheierea sevrajului, planul trebuie: [5]

A. Să se oprească automat.

B. Să continue cu tratamentul tulburării și o tranziție organizată.

C. Să depindă exclusiv de inițiativa pacientului.

Răspuns corect: B. Stabilizarea acută nu rezolvă întregul tipar de consum și nici comorbiditățile. Legătura cu îngrijirea de durată, medicația indicată și sprijinul trebuie planificate. Continuitatea este o responsabilitate a serviciului împreună cu pacientul. [5]

Termeni explicaţi

Nivel de îngrijire: intensitatea și cadrul serviciilor necesare pentru siguranță și obiectivele terapeutice. [1, 2, 4-7]

Îngrijire integrată: abordarea coordonată a consumului, sănătății psihice și celorlalte nevoi într-un plan comun. [1, 2, 4-7]

Îngrijire în trepte: adaptarea intensității intervențiilor după nevoi și răspuns, cu excepții pentru urgențe. [1, 2, 4-7]

Note despre documentare

Nivelurile sunt explicate funcțional; diferențele dintre PPC-2R și rezumatul ediției a patra au fost confruntate direct între cărți. [3]

Nu este prezentat un instrument oficial de cotare ASAM sau o certificare de nivel a serviciilor românești. [3]

Textbook 2015 este folosit pentru context și limitele îngrijirii în trepte, nu pentru actualizarea ediției a patra. [3]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 47, „The ASAM Criteria and Matching Patients to Treatment” (pp. 287-291).

[2] Uchtenhagen, A. (2015). Stepped care models in addiction treatment. In N. el-Guebaly, G. Carrà, & M. Galanter (Eds.), *Textbook of addiction treatment: International perspectives* (pp. 1283-1289). Springer. https://doi.org/10.1007/978-88-470-5322-9_62

[3] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 8: Alegerea nivelului de îngrijire – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[4] Colón-Rivera, H. A., Aoun, E. G., & Vaezazizi, L. M. (2023). *Addiction psychiatric medicine: A comprehensive board review*. Elsevier. Capitolul 1, „General Principles of Substance Use Disorders” (pp. 1-10).

[5] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 36, „The Treatment of Substance Use Disorders: An Overview” (pp. 227-232).

[6] Chambers, R. A., & Masterson, K. G. (2025). *Introduction to addiction psychiatry*. Cambridge University Press. Capitolul 5, „Diagnosis and Treatment: Disease Tracking, Reduction, and Remission” (pp. 170-247). https://doi.org/10.1017/9781009501439

[7] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 46, „Substance Use–Related Care—Interprofessional Collaborative Practice” (pp. 282-286).

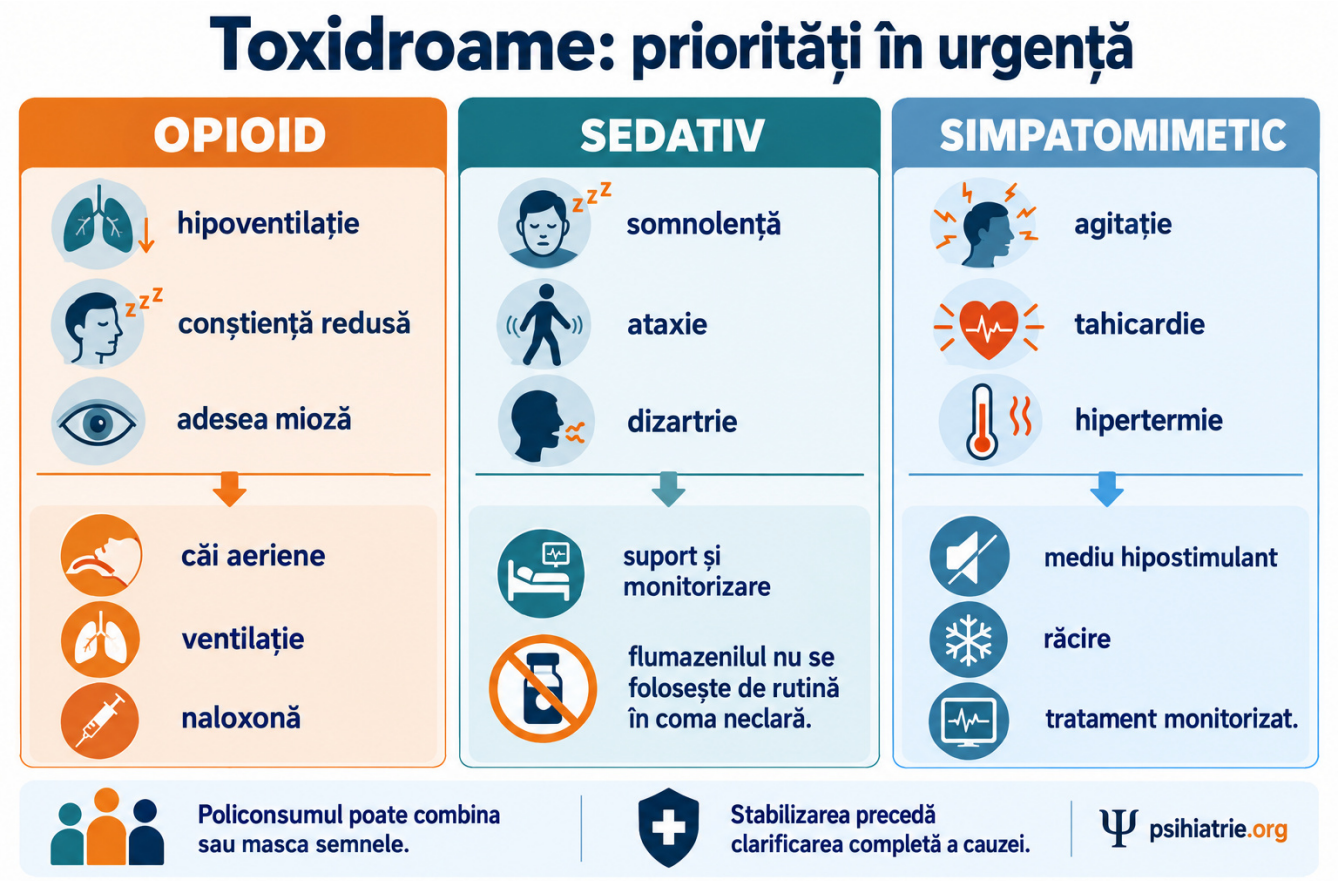
[8] American Society of Addiction Medicine. (n.d.). The ASAM Criteria, fourth edition. https://www.asam.org/asam-criteria/asam-criteria-4th-edition

Partea a II-a / Intoxicații, sevraj și tratamente

09. Intoxicația acută și policonsumul de substanțe

În intoxicația acută, prima întrebare este dacă pacientul respiră și poate fi menținut în siguranță. Identificarea substanței vine în paralel, fără să întârzie îngrijirea. Aceeași persoană poate avea intoxicație cu un deprimant și sevraj de la altă substanță. Poate avea și un traumatism sau o infecție. Lecția propune o evaluare ordonată, în care datele clinice conduc decizia. Psihiatrul contribuie la recunoașterea riscului, la comunicarea cu echipa de urgență și la continuarea tratamentului după stabilizare. [1-3]

Sinteză vizuală / Toxidroame: priorități în urgență



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1-3, 5-7]

Ce vei putea face după lectură

- Să prioritizezi riscurile vitale într-o intoxicație cu substanță necunoscută. [4]
- Să interpretezi tabloul clinic și toxicologia fără concluzii premature. [4]
- Să predai clar cazul și să pregătești legătura cu tratamentul adicției. [4]

1. Stabilizarea precedă explicația

Nivelul de conștiență, permeabilitatea căilor aeriene, respirația și circulația trebuie evaluate imediat. O persoană greu de trezit, cu respirații rare sau ineficiente, nu poate fi lăsată să doarmă sub presupunerea că își va reveni. Se activează îngrijirea medicală de urgență. Susținerea ventilației și celelalte măsuri de resuscitare se desfășoară conform competențelor echipei. Antidotul, când există o indicație, completează aceste măsuri. [1-3]

În paralel se măsoară glicemia și temperatura, se caută traumatisme și se urmăresc semnele vitale în dinamică. Un rezultat toxicologic poate sosi după ce decizia critică a fost deja necesară. Severitatea nu este stabilită numai prin cantitatea relatată. Potența produsului, toleranța, calea de administrare, bolile asociate și combinațiile consumate schimbă mult riscul. Reexaminarea contează la fel de mult ca prima impresie. [1-3]

2. Istoricul scurt care schimbă conduita

Întrebările utile sunt concrete: ce produs, când, cât, pe ce cale și împreună cu ce altceva? Întrebăm despre medicamente prescrise, comprimate cumpărate informal și substanțe consumate intenționat pentru a contracara alte efecte. Verificăm și consumul obișnuit: o internare poate întrerupe brusc alcoolul sau sedativele. Istoricul de convulsii, delirium, supradozaj, boli cardiace și tratamente curente modifică planul imediat. [1, 2]

Dacă persoana nu poate răspunde, însoțitorii, documentele medicale și ambalajele disponibile pot furniza informații. Notăm sursa și gradul de certitudine: relatarea unui prieten nu devine automat un fapt confirmat. Nu transformăm interviul într-un interogatoriu. Recomandarea acestui curs: folosim întrebări neutre și scurte, nu moralizatoare. Istoricul complet va fi reluat după ameliorarea capacității de participare. [1, 2]

3. Tablouri clinice orientative, fără etichete rigide

Somnolența, vorbirea neclară și lipsa coordonării sugerează efecte sedative. Deprimarea respiratorie, alterarea conștienței și mioza susțin suspiciunea de supradozaj opioid. Agitația cu tahicardie, hipertensiune și hipertermie poate apărea în intoxicația cu stimulante (The ASAM Essentials of Addiction Medicine cap. 99, 121; Seminars in Addiction Psychiatry). Aceste asocieri orientează examinarea. Niciuna nu dovedește singură substanța, doza sau absența unei alte urgențe. Un tablou incomplet rămâne compatibil cu o intoxicație mixtă. [1, 5, 6]

În combinații, efectele nu se anulează în mod sigur. Un stimulant poate modifica aspectul unei intoxicații sedative, fără să înlăture pericolul respirator. Alcoolul, opioidele și benzodiazepinele pot crește împreună deprimarea sistemului nervos. Evoluția se poate schimba pe măsură ce substanțele sunt absorbite sau eliminate. De aceea, o etichetă inițială de tipul „doar alcool” trebuie verificată prin evoluție și examen repetat. [1, 5, 6]

4. Toxicologia răspunde unei întrebări limitate

Un test pozitiv arată expunerea la o substanță sau la metabolitul căutat, în limitele metodei. Nu măsoară automat afectarea actuală și nu demonstrează că acel rezultat explică toate simptomele. Unele substanțe rămân detectabile după dispariția efectelor acute. Un test negativ nu exclude substanțele neincluse în panel, concentrațiile sub prag sau compușii sintetici pe care metoda nu îi detectează. [1, 2]

Investigațiile sunt alese după problema clinică: glicemie, electroliți, funcție renală, evaluare cardiacă ori investigații pentru traumatisme și infecții, atunci când sunt indicate. În suspiciunea de opioide, unele teste uzuale nu acoperă fentanilul, metadona sau buprenorfina (The ASAM Essentials of Addiction Medicine cap. 32, Tabelul 32-3). Se verifică ce analize a efectuat efectiv laboratorul. În prezența unei acidoze metabolice severe cu gap (hiatus) anionic și gap osmolar crescute, fără altă explicație, se ia în considerare intoxicația cu metanol sau etilenglicol (Addiction Psychiatric Medicine: A Comprehensive Board Review). Testarea completează examinarea; nu suspendă intervenția pentru insuficiență respiratorie sau instabilitate circulatorie. [1, 2]

5. Agitația cere evaluare medicală și calm

Un mediu liniștit, mai puțini stimuli și un interlocutor clar pot reduce escaladarea. Se explică simplu ce urmează și se păstrează o distanță sigură. Agitația nu trebuie confundată cu rea-voința. Poate exprima teamă, delirium, durere sau toxicitate. La stimulante, hipertermia, convulsiile, durerea toracică și rabdomioliza sunt complicații medicale importante (The ASAM Essentials of Addiction Medicine cap. 59, 90, 99). Efortul muscular intens și lupta fizică pot agrava situația. [6]

Benzodiazepinele au un rol în agitația și toxicitatea asociate stimulantelor, în cadrul îngrijirii monitorizate. Dacă există deprimare respiratorie ori consum concomitent de alcool, opioide sau alte sedative, asocierea crește riscul respirator și cere monitorizare mai atentă. Antipsihoticul nu înlocuiește stabilizarea medicală. Contenția fizică se rezervă situațiilor în care este necesară pentru siguranță, cu supraveghere și reevaluare. Persistența agitației sau a psihozei după intervenția inițială poate impune internare. [6]

6. Delirium, convulsii și diagnostice alternative

Deliriumul implică afectarea atenției și conștienței, cu evoluție fluctuantă (Seminars in Addiction Psychiatry). Confuzia unui pacient consumator nu este automat intoxicație și nici psihoză primară. Căutăm infecții, tulburări metabolice, hipoglicemie, traumatisme și sevraj. După o convulsie, istoricul de alcool nu este suficient pentru a stabili cauza. Prima criză sau semnele neurologice neobișnuite cer evaluare corespunzătoare. Tratamentul urgenței continuă în paralel cu această clarificare. [2, 5, 7]

În supradozajul opioid se administrează naloxonă și se susține funcția cardiorespiratorie. În coma de cauză necunoscută, flumazenilul nu este un antidot de rutină: poate precipita convulsii la o persoană dependentă de benzodiazepine sau cu intoxicație mixtă. Ameliorarea după un antidot nu încheie evaluarea. Pot rămâne alte substanțe, leziuni, aspirație ori efecte care reapar după ce antidotul se elimină. [2, 5, 7]

7. Intoxicaţia şi sevrajul pot coexista

La pacientul cu consum regulat trebuie anticipată scăderea concentrației substanțelor. Sevrajul alcoolic poate începe când alcoolul încă este detectabil. O intoxicație opioidă nu exclude un sevraj concomitent de alcool sau benzodiazepine. Sevrajul de sedative poate pune viața în pericol. Evaluarea separată a fiecărei clase previne o eroare frecventă: tratarea somnolenței de acum fără pregătirea pentru hiperexcitabilitatea care poate urma. [1, 2, 7]

Prioritatea se stabilește după riscul medical, nu după ordinea în care pacientul enumeră substanțele. Tratamentul simultan al unor sindroame poate fi necesar, dar crește nevoia de monitorizare a respirației și sedării. Nu aplicăm automat o singură scală întregului tablou. Internarea este luată în calcul când combinațiile, antecedentele, bolile asociate sau lipsa sprijinului fac supravegherea ambulatorie insuficientă. [1, 2, 7]

8. Predarea cazului şi următorul pas

Predarea utilă cuprinde starea actuală, evoluția, intervențiile și răspunsul, substanțele presupuse și datele încă nesigure. Se comunică explicit ultima deteriorare, riscul respirator, antecedentele de sevraj complicat și investigațiile în așteptare. „Pacient consumator, de evaluat” nu oferă informații suficiente. Este mai utilă formularea: „somnolență progresivă, respirație ineficientă, combinație necunoscută, răspuns parțial la intervenția de urgență”. [1, 2]

După stabilizare, discutăm experiența fără reproș și evaluăm intenția episodului, starea psihică și nevoia de protecție. O intoxicație nu demonstrează singură o tulburare de consum, dar creează o ocazie de evaluare. Programarea concretă, informațiile de reducere a riscului și comunicarea între servicii sunt mai folositoare decât îndemnul vag de a nu mai consuma. Îngrijirea acută deschide un traseu, nu încheie problema. [1, 2]

Două evaluări în paralel

- Funcții vitale
- Intervenție imediată
- Cauze și combinații
- Reevaluare
- Îngrijire ulterioară [1-3, 5-7]

Stabilizarea și căutarea cauzei se desfășoară în paralel. Schema este conceptuală și nu înlocuiește algoritmul de resuscitare. [1-3, 5-7]

Repere clinice şi completări ale ediţiei

Toxidromul și funcțiile vitale conduc intervenția inițială; un test negativ nu exclude intoxicația. În suspiciunea de alcooli toxici, gapul anionic și gapul osmolar pot orienta evaluarea, însă variază în timp și valori normale nu exclud diagnosticul. Contenția fizică este o intervenție excepțională, în cadrul legal și procedural aplicabil, cu monitorizare și reevaluare, fără utilizare punitivă. [1-3, 5-8]

Idei de reținut

• Starea clinică stabilește urgența.

• Susținerea respirației nu așteaptă toxicologia.

• Consumul mixt poate modifica tabloul și evoluția.

• Un rezultat pozitiv nu dovedește cauza tuturor simptomelor.

• Deliriumul și convulsiile cer diagnostic diferențial.

• Planul continuă după dispariția intoxicației. [1-3, 5-7]

Caz clinic fictiv: aplică raționamentul

Caz fictiv. Radu, 29 de ani, ajunge la camera de gardă adus de un prieten. Acesta spune că a băut alcool și a luat „ceva pentru energie”. Radu răspunde greu, respiră rar și are o vânătaie la nivelul frunții. Prietenul nu știe dacă a luat și comprimate. Nu există rezultate de laborator. În documentele disponibile apare o evaluare anterioară pentru consum de opioide. În timp ce echipa pregătește evaluarea, Radu devine și mai greu de trezit. Un coleg propune să aștepte rezultatul toxicologic pentru a nu administra inutil un antidot. Nu se cunoaște ora ultimei administrări și nici consumul său obișnuit de alcool. [4]

Care este prioritatea? [1-3, 5-7]

A. Activarea stabilizării medicale, susținerea ventilației și evaluarea rapidă a supradozajului opioid și a traumatismului.

B. Așteptarea toxicologiei înainte de orice intervenție.

C. Transferul direct într-o cameră liniștită a secției de psihiatrie.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: A. [1-3, 5-7]

Opțiunea A: Respirația ineficientă și deteriorarea conștienței impun intervenție imediată. Suspiciunea de opioide justifică naloxona în cadrul îngrijirii de urgență, împreună cu suportul cardiorespirator. Traumatismul rămâne o problemă distinctă. Consumul de stimulante relatat de prieten nu exclude o combinație sedativă. [1, 2, 3, 5, 6, 7]

Opțiunea B: Toxicologia nu poate garanta identificarea tuturor substanțelor și nu este necesară pentru a recunoaște insuficiența ventilatorie. Așteptarea lasă netratată o urgență. Probele pot fi recoltate în paralel, fără să amâne stabilizarea și examinarea pentru alte cauze ale alterării conștienței. [1, 2, 3, 5, 6, 7]

Opțiunea C: Reducerea stimulilor este utilă în unele intoxicații cu agitație, dar nu tratează insuficiența respiratorie. Pacientul are nevoie de capacitate de resuscitare și evaluare medicală. Decizia privind locul ulterior de îngrijire se ia după stabilizare, pe baza riscurilor persistente. [1, 2, 3, 5, 6, 7]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Ce înseamnă un test urinar pozitiv la un pacient confuz? [1]

A. Substanța detectată explică obligatoriu confuzia.

B. Există o expunere detectabilă, care trebuie corelată clinic.

C. Nu mai este necesar examenul medical.

Răspuns corect: B. Fereastra de detecție poate depăși durata intoxicației. Alte substanțe și boli pot coexista. Rezultatul trebuie interpretat prin metoda folosită, istoricul disponibil și semnele actuale, fără să înlocuiască diagnosticul diferențial. [1]

Întrebarea 2. Care asociere este un semnal major de risc? [5]

A. Opioid cu alcool și benzodiazepină.

B. O anamneză incompletă, dar respirație normală, fără alte date.

C. Un test vechi pozitiv, fără simptome actuale.

Răspuns corect: A. Opioidele și celelalte deprimante ale sistemului nervos pot produce împreună sedare profundă și deprimare respiratorie. Istoricul incomplet impune prudență, însă combinația descrisă are un mecanism farmacologic direct de agravare a toxicității. [5]

Întrebarea 3. Care afirmație despre agitația la stimulante este corectă? [6]

A. Este numai o problemă comportamentală.

B. Temperatura și funcțiile vitale trebuie urmărite.

C. Contenția fizică înlocuiește monitorizarea.

Răspuns corect: B. Agitația poate însoți hipertermie, toxicitate cardiovasculară și rabdomioliză. Calmarea mediului și tratamentul monitorizat urmăresc atât siguranța comportamentală, cât și complicațiile medicale. Persistența simptomelor poate impune un nivel superior de îngrijire. [6]

Întrebarea 4. De ce nu se administrează de rutină flumazenil în coma de etiologie neprecizată? [5]

A. Fiindcă nu are activitate asupra benzodiazepinelor.

B. Fiindcă este identic cu naloxona.

C. Fiindcă poate precipita convulsii în dependență sau intoxicații mixte.

Răspuns corect: C. Flumazenilul antagonizează efectele benzodiazepinelor, dar beneficiul depinde de context. Dependența fizică și ingestia mixtă cresc riscurile. Sprijinul căilor aeriene și al respirației rămâne esențial; alegerea antidotului necesită evaluare medicală atentă. [5]

Termeni explicați

Toxidrom: un grup de semne care sugerează o clasă de substanțe, fără a o identifica sigur. [1-3, 5-7]

Policonsum (consum mixt): expunere la mai multe substanțe ale căror efecte se pot suprapune. [1-3, 5-7]

Rabdomioliză: leziune musculară care poate elibera produși toxici pentru rinichi. [1-3, 5-7]

Note despre documentare

Conceptele, semnele de alarmă și principiile terapeutice din lecție au fost confruntate cu pasajele citate. Cazul și întrebările sunt originale. Verificarea este editorială, pe textul cărților; nu este o actualizare prin ghiduri externe. [4]

Nu sunt reproduse proceduri de decontaminare, doze de resuscitare sau scheme fixe pentru intoxicațiile mixte. [4]

Testele uzuale nu acoperă toate substanțele sintetice. [4]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 55, „Management of Intoxication and Withdrawal: General Principles" (pp. 337-342).

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 58, „Management of Opioid Intoxication and Withdrawal" (pp. 355-360).

[3] Colón-Rivera, H. A., Aoun, E. G., & Vaezazizi, L. M. (2023). *Addiction psychiatric medicine: A comprehensive board review*. Elsevier. Capitolul 4, „Alcohol Use Disorder" (pp. 31-46).

[4] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 9: Intoxicația acută și policonsumul de substanțe – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[5] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 57, „Management of Sedative-Hypnotic Intoxication and Withdrawal" (pp. 350-354).

[6] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 59, „Management of Stimulant, Hallucinogen, Cannabis, Phencyclidine, and Other Drug Intoxication and Withdrawal" (pp. 361-367).

[7] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 56, „Management of Alcohol Intoxication and Withdrawal" (pp. 343-349).

[8] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 92, „Pulmonary Disorders Related to Substance Use" (pp. 547-552).

10. Sevrajul alcoolic

Sevrajul alcoolic apare când un organism adaptat la alcool primește brusc mai puțin alcool. Creierul rămâne temporar într-o stare de excitabilitate crescută. Manifestările pot fi ușoare, dar uneori evoluează spre convulsii și delirium. O evaluare bună combină istoricul, examinarea și urmărirea repetată. Scorurile ajută, fără să stabilească singure diagnosticul. Tratamentul urmărește prevenirea complicațiilor, controlul simptomelor și corectarea problemelor medicale. În același timp, pregătim tratamentul de durată, deoarece rezolvarea sevrajului nu rezolvă tulburarea de consum de alcool. [1]

Sinteză vizuală / Sevrajul alcoolic: timp și conduită



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1, 3-6]

Ce vei putea face după lectură

- Să identifici riscul de sevraj complicat înainte de agravare. [2]
- Să explici utilizarea și limitele evaluării prin simptome. [2]
- Să compari strategiile terapeutice și să organizezi monitorizarea. [2]

1. De ce apare hiperexcitabilitatea

Alcoolul are efecte deprimante asupra sistemului nervos. Consumul repetat produce adaptări ale sistemelor inhibitorii și excitatorii. Când alcoolul este redus brusc, echilibrul se schimbă: apar tremor, neliniște, transpirații, tahicardie și insomnie. Formularea simplă este utilă pentru pacient: organismul s-a adaptat la prezența alcoolului și are nevoie de îngrijire pentru a se readapta în siguranță. Mesajul pentru pacient include și ideea că sevrajul nu este lipsă de voință. [1]

O scădere importantă a consumului poate declanșa sevraj chiar dacă alcoolemia nu a ajuns la zero. În anamneză contează schimbarea față de nivelul obișnuit, nu numai ora ultimei băuturi. Solicităm informații despre cantitate, frecvență, sevraje anterioare și folosirea sedativelor. Antecedentele de convulsii sau delirium la oprire sunt deosebit de importante. Episoadele repetate pot fi asociate cu sevraje mai severe. [1]

2. Evoluția în timp este orientativă

Simptomele încep de obicei la 6–24 de ore de la ultima băutură, uneori cât alcoolemia este încă pozitivă. La majoritatea pacienților rămân ușoare și trec în 1–2 zile; până la 90% nu depășesc forma ușoară sau moderată. La o minoritate, convulsiile apar devreme, adesea în primele două zile, iar delirium tremens mai târziu, de obicei la 72–96 de ore de la ultima băutură. Aceste intervale ajută raționamentul, dar nu sunt bariere absolute. Un pacient nu devine sigur doar pentru că a trecut un anumit număr de ore. [1]

Halucinațiile nu înseamnă automat delirium tremens. Unele tulburări perceptive apar cu orientarea și atenția relativ păstrate. Deliriumul include confuzie globală, dezorientare, fluctuații ale stării și activare vegetativă importantă. Convulsiile pot apărea și fără un scor anterior foarte mare. Febra, hipotensiunea, un deficit neurologic focal sau o evoluție atipică impun căutarea unei alte cauze ori a unei complicații asociate. [1]

3. Riscul dictează mediul de tratament

Riscul crește prin sevraj complicat în antecedente, consum de mai multe deprimante, hiperactivitate vegetativă importantă, boli acute, traumatisme și dezechilibre electrolitice. Vârsta înaintată, bolile hepatice ori pulmonare și instabilitatea psihiatrică pot necesita supraveghere mai atentă. În sarcină, sevrajul de alcool se tratează în spital, în colaborare cu obstetrica. Evaluăm și posibilitatea reală de urmărire: transport, sprijin, capacitate de a lua tratamentul și acces rapid la asistență dacă tabloul se agravează. [1, 3, 4]

Tratamentul ambulatoriu poate fi potrivit în forme selectate, ușoare, cu risc mic și sprijin suficient. Simptomele severe, confuzia, convulsiile sau bolile asociate semnificative cer un mediu medical cu monitorizare continuă. Delirium tremens poate necesita terapie intensivă. Alegerea nu se reduce la preferința pacientului sau la disponibilitatea unui pat; trebuie să existe resursele necesare pentru complicațiile previzibile. [1, 3, 4]

4. Scorurile măsoară, dar nu diagnostichează

CIWA-Ar organizează evaluarea severității simptomelor de sevraj. Personalul trebuie instruit, iar măsurătorile trebuie repetate și interpretate împreună cu examenul clinic. Traumatismul cranian, infecțiile sistemului nervos central, alte substanțe și tulburările metabolice pot imita sau agrava tabloul și trebuie excluse. Un scor mare nu demonstrează singur sevraj alcoolic. Un scor mic, obținut într-un moment al evoluției, nu anulează antecedentele de complicații și nici necesitatea supravegherii. [1, 5]

Când pacientul este foarte confuz sau nu poate comunica adecvat, răspunsurile subiective devin dificil de interpretat. Strategia ghidată exclusiv de acel scor trebuie reconsiderată. Pentru sevrajul sever la un pacient care nu poate răspunde, una dintre surse propune protocolul MINDS (Minnesota Detoxification Scale) în locul CIWA-Ar (The ASAM Essentials of Addiction Medicine cap. 99). Se folosesc observația clinică și evaluarea medicală repetată, într-un mediu potrivit. Instrumentele de predicție a riscului, precum PAWSS, au alt scop decât scalele simptomelor actuale. Predicția, diagnosticul și monitorizarea sunt trei sarcini diferite. [1, 5]

5. Benzodiazepinele şi alegerea strategiei

Benzodiazepinele sunt tratamentul central al sevrajului alcoolic și reduc riscul complicațiilor. Alegerea se adaptează funcției hepatice, vârstei, comorbidităților, severității și căii de administrare necesare. Medicamentele cu durată lungă pot asigura un control mai uniform, dar se pot acumula. Lorazepamul sau oxazepamul pot avea avantaje când metabolizarea hepatică este afectată. Acest avantaj nu elimină riscul de sedare excesivă sau deprimare respiratorie. [1]

Tratamentul ghidat de simptome presupune evaluări competente și repetate, cu administrare adaptată. Schemele fixe oferă doze programate, dar au nevoie de reevaluare și de ajustare pentru simptome insuficient controlate. Unele situații necesită încărcare rapidă, în mediu monitorizat. Alegerea strategiei depinde de pacient și de resurse. Nu continuăm reducerea dozelor programate când pacientul are nevoie frecvent de doze suplimentare. Dacă apar semne de suprasedare / intoxicație benzodiazepinică (ataxie marcată, dizartrie, somnolență excesivă), administrarea dozelor următoare se sistează temporar până la remiterea fenomenelor toxice; simpla reducere a dozei în prezența suprasedării este o eroare clinică. [1]

6. Tiamina, nutriția şi bolile asociate

Deficitul de tiamină poate provoca encefalopatie Wernicke și leziuni neurologice persistente. Tiamina trebuie inclusă prompt în îngrijirea pacientului cu sevraj, iar suspiciunea de Wernicke necesită tratament parenteral și evaluare medicală. Hipoglicemia este o urgență și se corectează fără întârziere. Tiamina se administrează prompt când este indicată; glucoza și tiamina pot fi administrate concomitent sau în orice ordine (recomandarea V.7 din ghidul ASAM pentru sevrajul alcoolic), fără a amâna corectarea hipoglicemiei. Confuzia, tulburările de mers sau semnele oculare la un pacient vulnerabil nu se atribuie automat intoxicației. [1, 6, 7]

Evaluarea cuprinde hidratarea, alimentația și dezechilibrele electrolitice. Administrarea de rutină a magneziului pentru sevraj nu mai este recomandată; se administrează însă la hipomagneziemie, aritmii cardiace, alte dezechilibre electrolitice sau antecedente de convulsii

de sevraj. La pacienții mai gravi sau debilitați, rezervele de fosfat se evaluează, mai ales după reluarea alimentației, iar hipofosfatemia se corectează. Căutăm infecții, hemoragii, boli hepatice, pancreatită și alte probleme sugerate de examen. Un pacient poate avea simultan sevraj și encefalopatie de altă cauză. [1, 6]

7. Ce nu înlocuiește tratamentul central

Medicamentele care reduc pulsul sau transpirațiile pot diminua unele semne vegetative fără să ofere protecția necesară împotriva convulsiilor și deliriumului. Ele pot chiar face severitatea mai greu de observat. Antipsihoticele pot avea un rol adjuvant în anumite situații, dar nu reprezintă monoterapia sevrajului alcoolic. Fenitoina nu mai este recomandată în sevrajul alcoolic. [1]

Fenobarbitalul este folosit în unele servicii, cu experiență și monitorizare adecvate. Fereastra terapeutică îngustă și riscul frecvent de suprasedare impun prudență. Nu toate anticonvulsivantele au același rol și nu toate datele din formele ușoare se transferă sevrajului complicat. Alcoolul administrat ca tratament nu este strategia recomandată în îngrijirea obișnuită. Alegerea unei alternative cere justificare clinică și un protocol adaptat serviciului. [1]

8. Reevaluarea şi ieşirea din episodul acut

Monitorizăm atât insuficiența tratamentului, cât și excesul: tremor, agitație și instabilitate vegetativă, dar și ataxie, vorbire neclară, somnolență excesivă și respirație afectată. O convulsie sau un delirium schimbă nivelul de urgență. După o convulsie de sevraj, riscul de repetare este crescut în următoarele 6–12 ore, iar o a doua criză apare în aproximativ 1 din 4 cazuri (The ASAM Essentials of Addiction Medicine cap. 56). După o primă criză, evaluarea neurologică și investigațiile se adaptează tabloului. Nu presupunem că orice criză la un pacient cu consum de alcool este explicată de sevraj. [1, 3]

Înaintea externării verificăm stabilitatea, capacitatea de urmărire și continuitatea tratamentului. Discutăm opțiunile pentru tulburarea de consum, preferințele pacientului și riscul revenirii la consum. Somnul, dispoziția și cravingul (nevoia imperioasă de alcool) pot rămâne problematice după remiterea fazei acute. Aceste simptome cer reevaluare, fără să prelungească automat tratamentul sedativ. Un plan scris cu următoarea consultație transformă episodul de sevraj într-o punte către tratamentul de durată. [1, 3]

Trei întrebări diferite

- Risc înaintea agravării
- Severitate acum
- Răspuns la tratament
- Plan după sevraj [1, 3-6]

Predicția riscului, măsurarea simptomelor și reevaluarea răspunsului se completează. Niciun scor nu le înlocuiește pe toate. [1, 3-6]

Repere clinice și completări ale ediției

La suprasedare, administrările următoare de sedativ se suspendă temporar, cu evaluarea respirației, stării de conștiență și asocierilor; schema se reevaluează înaintea reluării. Tiamina se administrează prompt când este indicată. Nu întârziem glucoza necesară pentru hipoglicemie: tiamina și glucoza pot fi administrate concomitent sau în orice ordine. Suspiciunea de Wernicke necesită tratament parenteral conform protocolului, distinct de profilaxie. [7]

Idei de reținut

• Sevrajul poate începe înainte ca alcoolemia să fie zero.

• Antecedentele de convulsii sau delirium cresc riscul.

• CIWA-Ar nu stabilește singur diagnosticul.

• Benzodiazepinele se adaptează tabloului și monitorizării.

• Tiamina și corectarea deficitelor fac parte din îngrijire.

• Gestionarea sevrajului trebuie legată de tratamentul de durată. [1, 3-6]

Caz clinic fictiv: aplică raționamentul

Caz fictiv. Mihai, 56 de ani, consumă alcool zilnic și a redus brusc consumul după apariția unor dureri abdominale. La evaluare are tremor, transpirații și puls crescut. Spune că nu a avut „probleme serioase” la oprire. Soția își amintește însă o internare cu convulsii. În următoarele ore devine dezorientat și încearcă să plece, convins că se află la serviciu. Are febră și nu poate răspunde consecvent întrebărilor scalei de sevraj. Analizele și evaluarea cauzei durerii abdominale nu sunt încă finalizate. Un coleg observă că valoarea scalei nu a putut fi calculată complet și propune să amâne medicația până la o măsurătoare validă. [2]

Care este conduita de principiu? [1, 3-6]

A. Se consideră imposibil diagnosticul până la completarea scalei.

B. Se recunoaște un posibil sevraj complicat și se organizează tratament medical monitorizat, căutând și alte cauze.

C. Se tratează exclusiv psihoza prin antipsihotic.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: B. [1, 3-6]

Opțiunea A: Scala este un instrument de sprijin. Incapacitatea de a răspunde nu suspendă evaluarea clinică. Antecedentul de convulsii, dezorientarea și activarea vegetativă impun o reacție rapidă. Absența unui scor calculabil nu reprezintă o dovadă de severitate mică. [1, 3, 4, 5, 6]

Opțiunea B: Confuzia și antecedentele indică risc mare, iar febra și durerea abdominală cer evaluare medicală concomitentă. Tratamentul și investigațiile se desfășoară în paralel, într-un mediu care poate urmări respirația, funcțiile vitale și răspunsul la sedare. [1, 3, 4, 5, 6]

Opțiunea C: Confuzia și dezorientarea din sevraj nu transformă problema într-o psihoză izolată. Antipsihoticul nu înlocuiește tratamentul care previne complicațiile sevrajului. Deliriumul impune și căutarea infecției, a dezechilibrelor și a altor cauze medicale. [1, 3, 4, 5, 6]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Poate începe sevrajul cu alcoolemie încă pozitivă? [1]

A. Da, după reducerea importantă a consumului obișnuit.

B. Nu, alcoolul trebuie să fie complet eliminat.

C. Numai dacă testul este fals pozitiv.

Răspuns corect: A. Sevrajul reflectă schimbarea expunerii la un organism adaptat, nu simpla prezență sau absență a alcoolului. Istoricul, semnele și evoluția au prioritate față de interpretarea izolată a alcoolemiei. [1]

Întrebarea 2. Ce indică CIWA-Ar? [1]

A. Diagnosticul sigur de sevraj.

B. Severitatea simptomelor, interpretată clinic.

C. Excluderea infecției.

Răspuns corect: B. Scorul poate fi influențat de alte boli și substanțe. Are nevoie de personal instruit și de date valide. Nu înlocuiește istoricul, evaluarea riscului sau căutarea altor cauze ale confuziei și agitației. [1]

Întrebarea 3. Ce problemă prezintă tratamentul exclusiv cu un medicament care scade pulsul? [1]

A. Asigură protecție completă împotriva convulsiilor.

B. Poate masca semne fără a trata adecvat riscul de sevraj complicat.

C. Elimină necesitatea urmăririi.

Răspuns corect: B. Scăderea semnelor vegetative nu dovedește controlul mecanismului de sevraj. Acești agenți nu au protecția anticonvulsivantă necesară și pot face agravarea mai puțin evidentă. Monitorizarea și tratamentul central rămân necesare. [1]

Întrebarea 4. Ce favorizează alegerea unui mediu medical cu supraveghere continuă? [3]

A. Un antecedent de delirium de sevraj și o boală acută.

B. Preferința pentru un anumit interval de consultație.

C. Un singur rezultat biologic normal.

Răspuns corect: A. Antecedentele de complicații și boala acută cresc riscul, chiar dacă unele date inițiale sunt liniștitoare. Mediul trebuie să poată răspunde rapid la convulsii, delirium, dezechilibre și efectele tratamentului. [3]

Termeni explicați

Delirium tremens: formă severă de sevraj alcoolic cu delirium și activare vegetativă importantă. [1, 3-6]

Tratament ghidat de simptome: administrare adaptată evaluărilor repetate, nu doar unui orar fix. [1, 3-6]

Tiamină: vitamina B1, necesară funcționării creierului și metabolismului. [1, 3-6]

Note despre documentare

Conceptele, semnele de alarmă și principiile terapeutice din lecție au fost confruntate cu pasajele citate. Cazul și întrebările sunt originale. Verificarea este editorială, pe textul cărților; nu este o actualizare prin ghiduri externe. [2]

Intervalele temporale sunt orientative; nu sunt criterii de excludere. [2]

Sursele includ scheme diferite și unele formulări tehnice discutabile. Nu se reproduc doze, praguri CIWA sau formule de conversie ca protocol universal. [2]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 56, „Management of Alcohol Intoxication and Withdrawal” (pp. 343-349).

[2] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 10: Sevrajul alcoolic – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[3] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 55, „Management of Intoxication and Withdrawal: General Principles” (pp. 337-342).

[4] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 98, „Substance Use During Pregnancy” (pp. 580-585).

[5] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 99, „Perioperative Management of Patients With Substance Use” (pp. 586-591).

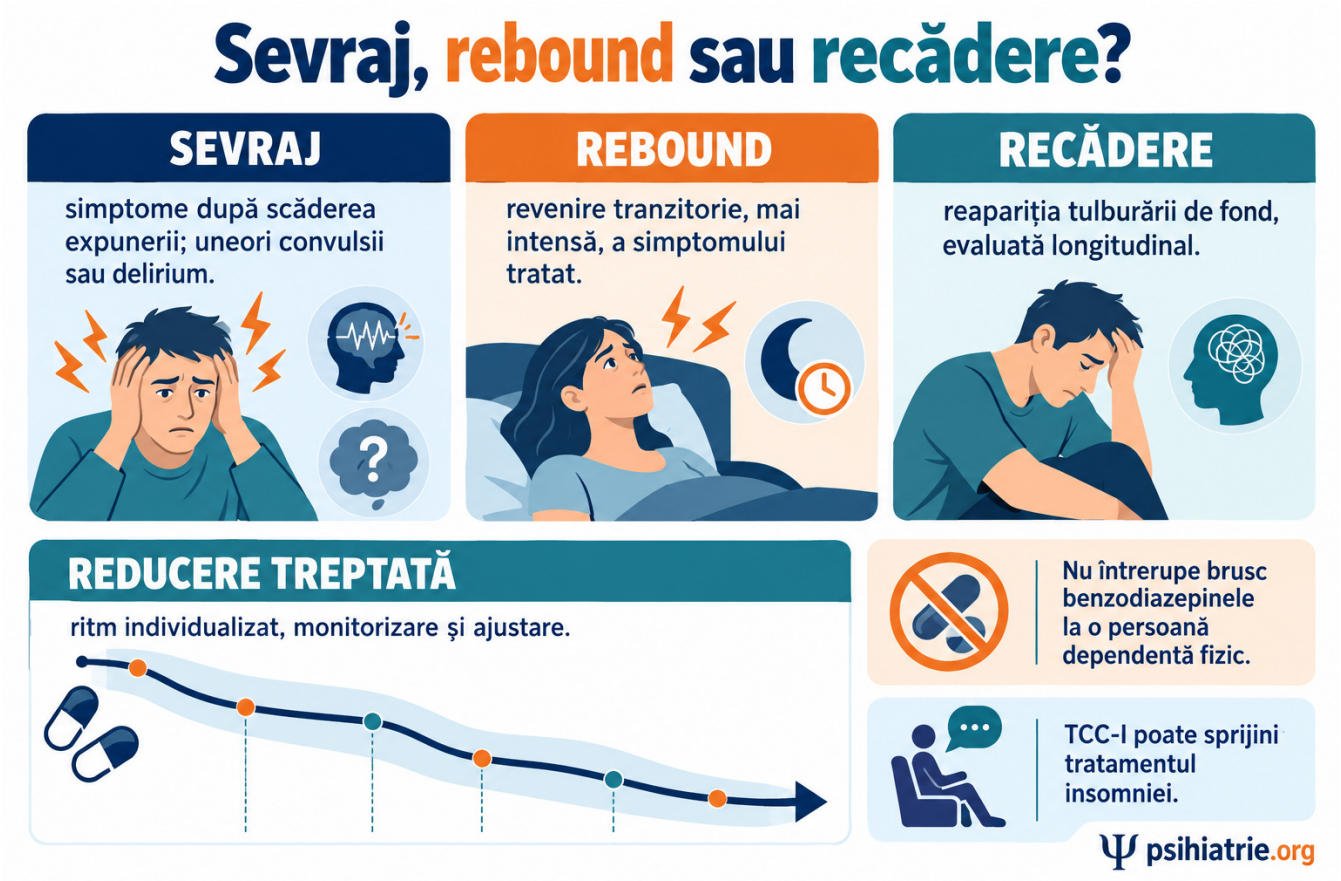
[6] Colón-Rivera, H. A., Aoun, E. G., & Vaezazizi, L. M. (2023). *Addiction psychiatric medicine: A comprehensive board review*. Elsevier. Capitolul 4, „Alcohol Use Disorder” (pp. 31-46).

[7] American Society of Addiction Medicine. (2020). The ASAM clinical practice guideline on alcohol withdrawal management. Journal of Addiction Medicine, 14(3S), 1–72. https://www.asam.org/docs/default-source/quality-science/the_asam_clinical_practice_guideline_on_alcohol-1.pdf

11. Sedativele și întreruperea lor

Benzodiazepinele și alte sedative pot fi utile în indicații precise. Folosirea regulată poate însă produce adaptare fizică, iar oprirea bruscă poate deveni periculoasă. Consultația începe prin clarificarea a ceea ce ia efectiv pacientul și a motivului inițial al tratamentului. Apoi separăm beneficiile, efectele adverse, dependența fizică și eventuala tulburare de consum. Reducerea dozei este un proces urmărit, în care ritmul se adaptează. Insomnia, anxietatea și celelalte probleme pentru care a fost prescris medicamentul trebuie tratate în același timp. [1]

Sinteză vizuală / Sevraj, rebound sau recădere?



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1, 3, 4]

Ce vei putea face după lectură

- Să diferențiezi dependența fizică de tulburarea de consum. [2]
- Să recunoști sevrajul periculos și riscurile combinațiilor. [2]
- Să formulezi un plan individual de reducere și reevaluare. [2]

1. Ce include evaluarea medicației

Cerem numele produselor, doza reală, orele, durata, administrările suplimentare și sursele de procurare. Recomandarea acestui curs: nu considerăm istoricul din rețetele medicale drept echivalent fidel al consumului real (trebuie verificate dozele luate în mod voluntar peste prescripție și sursele paralele de procurare). Întrebăm despre alcool, opioide, medicamente Z, gabapentinoide și alte substanțe sedative. Clarificăm indicația inițială și rezultatul obținut: somn mai bun, funcționare mai bună sau doar evitarea simptomelor dintre doze? Evaluăm memoria, căderile, somnolența și dificultățile la activități ce cer atenție. [1]

Dependența fizică înseamnă adaptare, cu posibil sevraj la reducere. Nu este suficientă pentru diagnosticul unei tulburări de consum. Aceasta presupune un tipar dezadaptativ, cu suferință sau afectare semnificativă, care îndeplinește mai multe criterii într-un interval de 12 luni. Diferența contează pentru alianță: pacientul care a urmat o prescripție nu trebuie etichetat automat. Totuși, o utilizare prescrisă poate deveni riscantă și necesită aceeași evaluare atentă a beneficiilor și efectelor adverse. [1]

2. De ce asocierea deprimantelor este importantă

Benzodiazepinele cresc efectele inhibitoare mediate de GABA. Medicamentele diferă prin rapiditatea efectului, durată și metaboliți. Sedarea, tulburările de coordonare și afectarea memorării pot apărea chiar în utilizarea terapeutică. În supradozaj, riscul crește mult când sunt asociate opioide sau alcool. Barbituricele au o marjă terapeutică mai îngustă. O persoană somnolentă trebuie evaluată prin funcția respiratorie, nu numai prin numărul de comprimate relatat. [3]

În intoxicație, tratamentul este în principal suportiv, cu atenție la căile aeriene și respirație. Flumazenilul poate antagoniza benzodiazepinele, dar poate precipita sevraj și convulsii. Nu este o soluție automată pentru orice somnolență. Suspiciunea de consum mixt sau dependență fizică schimbă raportul beneficiu-risc. Decizia asupra antidotului se ia în context medical, cu posibilitatea de intervenție dacă apar complicații. [3]

3. Sevraj, rebound sau revenirea bolii?

Sevrajul poate include anxietate, insomnie, tremor, transpirații, hipersensibilitate la stimuli și tulburări perceptive. Formele severe pot produce convulsii și delirium. Riscul depinde de expunere și vulnerabilitate, nu doar de faptul că doza era considerată terapeutică. Substanțele cu eliminare rapidă pot provoca simptome mai devreme și mai intens. După medicamente cu durată lungă, debutul poate fi întârziat; primele zile fără simptome nu garantează absența riscului. [3]

Reboundul este reapariția temporară, mai intensă, a simptomului tratat, de exemplu insomnia. Recăderea tulburării inițiale poate avea un curs mai persistent. Cele trei procese se pot suprapune. Folosim cronologia, tipul simptomelor și evoluția după ajustarea planului. Nu atribuim automat orice disconfort sevrajului, dar nici nu respingem relatarea pacientului. Incertitudinea se clarifică prin reevaluare, nu printr-o etichetă grăbită. [3]

4. Alegerea locului și a ritmului

Antecedentele de convulsii sau delirium, dozele mari ori greu de stabilit, consumul mixt și bolile instabile favorizează un mediu cu supraveghere medicală mai intensă. În ambulatoriu sunt necesare contact regulat, o schemă clară și posibilitatea de a modifica planul. Se discută dinainte ce simptome necesită evaluare urgentă. O oprire impusă brusc poate deteriora siguranța și relația terapeutică, chiar dacă intenția este reducerea riscului. [1, 3]

Reducerea treptată poate utiliza medicamentul actual sau, în anumite situații, trecerea la unul cu durată mai lungă. Echivalențele sunt aproximative și nu înlocuiesc răspunsul clinic. Conversia nu este obligatorie pentru toți. Vârsta, boala hepatică și acumularea influențează alegerea. Ritmul poate fi încetinit sau poate necesita o pauză de stabilizare. La doze mici, reducerile absolute prea mari pot deveni greu de tolerat. [1, 3]

5. Un plan care poate fi urmat

Planul scris precizează medicamentul, modul de administrare, modificarea convenită, data reevaluării și cine este contactat la agravare. Pacientul trebuie să înțeleagă de ce se schimbă tratamentul și ce beneficii se urmăresc. Monitorizarea include somnul, anxietatea, funcționarea, sedarea și consumul altor substanțe. Un jurnal simplu poate diferenția o noapte dificilă de un tipar persistent. Reducerea nu se accelerează pentru a respecta o dată arbitrară. [1, 3]

La agravare verificăm dozele omise, comprimatele luate suplimentar, alte substanțe și boli noi. Simptomele severe impun reevaluarea nivelului de îngrijire. Un eșec al ritmului ales nu demonstrează că pacientul nu poate reuși. Poate indica o reducere prea rapidă sau o problemă netratată. Încheierea reducerii nu înseamnă încheierea urmăririi: unele simptome persistă și au nevoie de diagnostic diferențial și sprijin. [1, 3]

6. Medicamentele Z și gabapentinoidele

Hipnoticele nonbenzodiazepinice (compuși din clasa „Z”, precum zolpidemul și zopiclona) nu au structură chimică benzodiazepinică, dar acționează asupra sistemului GABA și pot produce probleme de utilizare și întrerupere. Denumirea diferită nu garantează lipsa dependenței sau a sevrajului. Comparativ cu benzodiazepinele, dependența este considerată mai mică, iar la doză terapeutică sevrajul este de obicei absent sau foarte ușor; au fost descrise totuși cazuri de sevraj la oprirea bruscă, mai ales după doze mari. Gabapentina și pregabalina au alt mecanism: acționează asupra subunității α2δ a canalelor de calciu voltaj-dependente presinaptice. Nu trebuie prezentate ca benzodiazepine și nici ca substanțe fără potențial de utilizare problematică. [4]

Gabapentinoidele sunt eliminate predominant renal. Funcția renală și asocierea cu alte deprimante contează pentru siguranță. Cu opioide sau alcool poate crește sedarea și riscul respirator. Oprirea bruscă poate produce simptome de întrerupere, iar reducerea se individualizează. Indicația reală trebuie reevaluată. Folosirea lor pentru a înlocui automat orice benzodiazepină poate muta problema fără să rezolve insomnia, anxietatea sau tiparul de consum. [4]

7. Tratăm şi motivul pentru care a început medicaţia

Insomnia și anxietatea au nevoie de o formulare proprie. Investigăm programul de somn, depresia, durerea, stresul și consumul stimulantelor sau alcoolului. Terapia cognitiv-comportamentală este recomandată pentru simptomele care reapar în timpul reducerii. Asociată reducerii, a adus un beneficiu pe termen scurt, care într-o analiză Cochrane nu s-a menținut după 3 luni; nu înlocuiește reducerea planificată. Explicația trebuie să fie realistă: o noapte proastă poate apărea, dar nu dovedește că somnul fără medicament este imposibil. Obiectivul include funcționarea diurnă, nu numai durata somnului. [1]

Tratamentul farmacologic alternativ se alege după diagnosticul de fond. Nu există un adjuvant care să garanteze un sevraj fără simptome. Dovezile pentru anticonvulsivante și alte medicamente adăugate la reducere sunt limitate, iar interacțiunile contează. Fenobarbitalul și procedurile cu flumazenil nu sunt soluții obișnuite de cabinet. Prevenirea unei noi prescrieri prelungite începe printr-o indicație clară și printr-un plan de reevaluare. [1]

8. Cum evaluăm progresul

Progresul poate însemna reducerea dozei, mai puține administrări neplanificate, mai puține căderi și o funcționare mai bună. Uneori primul obiectiv este stabilizarea unei administrări haotice. Alteori prioritatea este tratarea unei comorbidități înainte de următoarea reducere. Discutăm preferințele și temerile fără să promitem un calendar universal. O colaborare coerentă între prescriptori reduce mesajele contradictorii și modificările care se suprapun. [1, 3]

Consultația de urmărire trebuie să compare evoluția cu punctul de plecare. Dacă simptomele persistă, reconsiderăm diagnosticul inițial, sevrajul prelungit și alte cauze. Reluarea consumului este o informație clinică pentru ajustare. Nu trebuie urmată automat de excluderea pacientului. Un plan bun este suficient de clar pentru a fi urmat și suficient de flexibil pentru a rămâne sigur. [1, 3]

Bucla unei reduceri urmărite

- Clarifică expunerea
- Evaluează riscul
- Negociază reducerea
- Urmărește simptomele
- Ajustează planul [1, 3, 4]

Ritmul se poate schimba după reevaluare. Schema nu este un calendar de dozare. [1, 3, 4]

Repere clinice şi completări ale ediţiei

Gabapentina și pregabalina se leagă de subunitatea α2δ a canalelor de calciu voltaj-dependente; nu acționează direct ca agoniști GABA. Sevrajul, reboundul tranzitoriu al insomniei/anxietății și reapariția tulburării inițiale sunt ipoteze distincte, uneori suprapuse. Ritmul reducerii se individualizează; nu impunem o durată fixă a simptomelor. Hipnoticele nonbenzodiazepinice din clasa Z pot produce neuroadaptare și sevraj. [1, 3, 4]

Idei de reținut

• Dependența fizică nu echivalează automat cu tulburarea de consum.

• Oprirea bruscă poate produce convulsii și delirium.

• Alcoolul și opioidele cresc riscurile sedativelor.

• Reducerea se adaptează expunerii, bolilor și răspunsului.

• Medicamentele Z și gabapentinoidele necesită evaluare proprie.

• Insomnia și anxietatea de fond trebuie tratate. [1, 3, 4]

Caz clinic fictiv: aplică raționamentul

Caz fictiv. Elena, 63 de ani, ia zilnic un hipnotic de mai mulți ani. Recent a început să ia și câte o doză în timpul zilei, pentru neliniște. A căzut noaptea și dorește să arunce toate comprimatele imediat. Relatează că, atunci când a rămas două zile fără medicament, a avut tremor, insomnie intensă și senzația că sunetele erau neobișnuit de puternice. Folosește uneori alcool pentru a adormi. Nu cunoaște exact doza hipnoticului și are o listă incompletă de medicamente pentru durere. Îi este teamă că va fi considerată dependentă și că va pierde accesul la consultații dacă recunoaște toate administrările. [2]

Care este primul plan rezonabil? [1, 3, 4]

A. Oprirea bruscă a tuturor sedativelor, fără reevaluare.

B. Clarificarea administrării și a riscului, urmată de un plan negociat de stabilizare și reducere monitorizată.

C. Înlocuirea automată cu pregabalină, fără evaluarea durerii sau funcției renale.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: B. [1, 3, 4]

Opțiunea A: Expunerea prelungită și simptomele după omiterea dozelor sugerează dependență fizică. Oprirea bruscă poate fi periculoasă. Căderea cere reducerea riscului, dar nu justifică ignorarea sevrajului, a combinațiilor consumate și a nevoii de supraveghere. [1, 3, 4]

Opțiunea B: Mai întâi trebuie cunoscute produsele, dozele și combinațiile. Căderea și alcoolul cresc riscul, iar tabloul poate necesita supraveghere mai intensă. Explicarea diferenței dintre adaptarea fizică și tulburarea de consum poate susține relatarea sinceră și un plan sigur. [1, 3, 4]

Opțiunea C: Gabapentinoidele au indicații și riscuri proprii, inclusiv sedare, utilizare problematică și interacțiuni cu deprimantele. Înlocuirea automată nu evaluează cauza insomniei și poate adăuga o nouă problemă. Alegerea tratamentului pornește de la diagnostic și profilul medical. [1, 3, 4]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Care situație dovedește singură o tulburare de consum? [1]

A. Sevrajul după un tratament prescris.

B. Toleranța izolată.

C. Niciuna; este necesară evaluarea tiparului problematic.

Răspuns corect: C. Adaptarea fizică poate apărea la tratamentul prescris. Diagnosticul tulburării de consum necesită evaluarea controlului, consecințelor și criteriilor relevante. Această distincție nu elimină riscul sevrajului și nici necesitatea unei reduceri urmărite. [1]

Întrebarea 2. Cum influențează timpul de înjumătățire sevrajul? [3]

A. Eliminarea scurtă poate favoriza debutul mai rapid.

B. Eliminarea lungă exclude sevrajul.

C. Nu are nicio relevanță.

Răspuns corect: A. Substanțele cu durată scurtă pot determina variații mai rapide și simptome precoce. Cele cu durată lungă pot avea debut întârziat și prelungit. Expunerea, metabolitii, vârsta și bolile asociate completează această interpretare. [3]

Întrebarea 3. Ce afirmație despre gabapentinoide este corectă? [4]

A. Sunt agoniști direcți ai receptorului GABA-A.

B. Au mecanism diferit de benzodiazepine și pot amplifica sedarea altor deprimante.

C. Nu necesită atenție la funcția renală.

Răspuns corect: B. Gabapentina și pregabalina acționează asupra subunității α2δ a canalelor de calciu voltaj-dependente presinaptice. Sunt eliminate renal, iar asocierea cu deprimante poate crește toxicitatea. Denumirea lor nu trebuie folosită pentru a deduce un mecanism identic cu al benzodiazepinelor. [4]

Întrebarea 4. Ce justifică schimbarea ritmului reducerii? [3]

A. Numai data stabilită inițial.

B. Simptomele și reevaluarea clinică.

C. Dorința de a aplica aceeași schemă tuturor.

Răspuns corect: B. Tolerabilitatea și siguranța trebuie urmărite. Persistența simptomelor poate cere încetinire, stabilizare sau alt nivel de îngrijire. Este necesară și verificarea bolii de fond ori a consumului concomitent, înainte de a atribui totul sevrajului. [3]

Termeni explicați

Rebound: revenire temporară mai intensă a simptomului pentru care a fost luat medicamentul. [1, 3, 4]

Reducere treptată: scăderea planificată a dozei, adaptată răspunsului și siguranței. [1, 3, 4]

Dependență fizică: adaptare a organismului care poate produce sevraj la reducere. [1, 3, 4]

Note despre documentare

Au fost revizuite conceptele și afirmațiile terapeutice prin comparație cu secțiunile citate. Cazul și întrebările sunt originale. Verificare editorială pe cărți, fără verificare externă pe internet. [2]

Sursele propun ritmuri diferite de reducere. Niciun calendar numeric nu este prezentat ca obligatoriu. [2]

Dovezile pentru medicația adjuvantă și sevrajul prelungit sunt limitate. [2]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 61, „Pharmacological Interventions for Sedative-Hypnotic Use Disorder” (pp. 375-379).

[2] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 11: Sedativele și întreruperea lor – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[3] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 57, „Management of Sedative-Hypnotic Intoxication and Withdrawal” (pp. 350-354).

[4] Rourke, E., & Law, F. (2021). Addiction to prescription medication: Benzodiazepines, z-drugs and gabapentinoids. In E. Day (Ed.), *Seminars in addiction psychiatry* (2nd ed., pp. 68-96). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781911623199

12. Supradozajul și sevrajul la opioide

Supradozajul opioid și sevrajul opioid sunt situații diferite. În supradozaj, problema majoră este respirația insuficientă. În sevraj, organismul trece printr-o stare intens neplăcută de activare, dureri și simptome digestive. Ambele oferă o ocazie importantă de intrare în tratament. Intervenția acută trebuie legată de prevenirea următorului episod. Naloxona poate salva viața în supradozaj, dar nu tratează pe termen lung tulburarea de consum. Metadona, buprenorfina și, în contexte selectate, naltrexona au alte roluri, care trebuie explicate clar pacientului. [1]

Sinteză vizuală / Supradozaj opioid: de la salvare la îngrijire



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1, 3, 4]

Ce vei putea face după lectură

- Să recunoști deprimarea respiratorie compatibilă cu supradozajul opioid. [2]
- Să diferențiezi sevrajul spontan de sevrajul precipitat. [2]
- Să legi intervenția acută de medicația de durată și reducerea riscului. [2]

1. Recunoașterea supradozajului

Tabloul clasic asociază alterarea conștienței, respirație deprimată și pupile mici. Semnul critic este ventilația insuficientă. Nu așteptăm triada perfectă sau confirmarea laboratorului. Dacă ventilația este insuficientă, se asigură imediat căile aeriene, se susțin respirația și circulația și se administrează naloxonă. Dacă ventilația este adecvată, pacientul este monitorizat și tratat suportiv, cu pulsoximetrie, oxigen la nevoie și reevaluarea sedării, până la revenirea stării de conștiență. Oxigenul singur nu corectează orice problemă de ventilație. Intoxicația cu fentanil poate produce rigiditatea peretelui toracic, nu flaciditatea clasică. Pot fi necesare doze repetate sau perfuzie continuă de naloxonă; dacă nu există răspuns la doze repetate sau mai mari, se caută alte cauze (The ASAM Essentials of Addiction Medicine cap. 58). [1]

După stabilizarea inițială, căutăm alte cauze ale conștienței alterate: hipoglicemie, acidemie, sepsis, dezechilibre hidroelectrolitice și intoxicația cu alte substanțe. Produsele pot conține alte substanțe, iar testele uzuale nu detectează toate opioidele. Unele expuneri sunt neintenționate, prin comprimate contrafăcute sau amestecuri. Aspectul unui produs și istoricul declarat nu garantează compoziția. Documentăm ce este cunoscut și ce rămâne presupus, fără să întârziem tratamentul. [1]

2. Naloxona și supravegherea ulterioară

Naloxona este un antagonist opioid competitiv specific, utilizat pentru inversarea promptă a deprimării respiratorii induse de supradozaj. Poate necesita administrări repetate sau, în anumite condiții spitalicești, perfuzie. Răspunsul se urmărește clinic, în special prin ventilație și nivelul de conștiență. Naloxona poate declanșa sevraj la persoana dependentă fizic. Acest risc nu justifică amânarea intervenției într-un supradozaj cu respirație insuficientă. Echipa trebuie să gestioneze și disconfortul ori agitația care pot urma. [1, 3]

O ameliorare inițială nu garantează rezolvarea definitivă. Durata efectului antagonistului poate fi mai scurtă decât a opioidului sau a combinației consumate. Supravegherea continuă până când evoluția permite o decizie sigură. Lipsa răspunsului adecvat impune atât continuarea suportului, cât și reconsiderarea cauzei. Pot exista alte deprimante, leziuni sau complicații. Nu există în această lecție un interval unic de observație potrivit tuturor expunerilor. [1, 3]

3. De ce se poate produce un nou supradozaj

Toleranța scade după o perioadă de abstinență, spitalizare, detenție sau întrerupere a tratamentului. Revenirea la o cantitate folosită anterior poate deveni fatală. Toleranța la efectul plăcut nu înseamnă protecție completă față de deprimarea respiratorie. Potența variabilă și asocierea alcoolului sau sedativelor cresc incertitudinea. Evaluarea riscului trebuie reluată după orice schimbare importantă a consumului sau tratamentului. [1]

Consilierea este concretă: discutăm riscul consumului după pauză, combinațiile deprimante și accesul la naloxonă. Sursa recomandă naloxonă intranazală și consiliere pentru reducerea riscului la toți pacienții prezentați cu supradozaj. Recomandarea acestui curs: cu acordul pacientului, instruim și persoanele apropiate să recunoască supradozajul și să activeze ajutorul de urgență. Această intervenție nu depinde de acceptarea imediată a abstinenței. Reducerea

riscului și oferta de tratament pot începe chiar dacă persoana este ambivalentă față de schimbare. [1]

4. Cum arată sevrajul opioid

Sevrajul spontan urmează reducerii sau opririi opioidului la o persoană dependentă fizic. Sunt frecvente neliniștea, căscatul, lăcrimarea, rinoreea, pupilele dilatate, transpirațiile, durerile musculare, greața și diareea. Piloerecția este aspectul de piele de găină. COWS ajută la urmărirea simptomelor și semnelor. Debutul și durata depind de opioid, expunere și particularitățile persoanei. Un interval fix de la ultima doză nu descrie complet situația. [1]

Față de sevrajul alcoolic sau de sedative, cel opioid este de obicei mai puțin amenințător de viață la persoana altfel sănătoasă. Nu este însă lipsit de risc. Pierderile de lichide, bolile asociate și sarcina schimbă conduita. Disconfortul intens poate duce la plecarea din tratament sau la consum rapid pentru alinare. A trata simptomele este important pentru sănătate, demnitate și menținerea contactului terapeutic. [1]

5. Sevrajul precipitat are alt mecanism

Sevrajul precipitat apare când activarea receptorilor opioizi scade brusc după administrarea unui antagonist sau, în anumite condiții, a buprenorfinei. Buprenorfina are afinitate mare și activare parțială. Dacă înlocuiește prea devreme un agonist complet, poate produce o scădere rapidă a efectului opioid. Pacientul poate percepe o agravare bruscă, mai intensă decât evoluția așteptată. Nu înseamnă automat alergie sau imposibilitatea oricărui tratament ulterior. [1]

Inițierea standard a buprenorfinei ține cont de semnele de sevraj și de expunerea recentă, fără intoxicație activă. Opioidele cu proprietăți diferite și expunerea la fentanil pot complica momentul potrivit. Există strategii alternative de inițiere, dar acestea necesită experiență și protocoale dedicate. Nu le transformăm într-o rețetă universală. Explicarea riscului și a planului de răspuns înainte de inițiere ajută pacientul să rămână implicat. [1]

6. Tratarea sevrajului poate începe tratamentul de durată

Metadona și buprenorfina pot controla sevrajul și pot continua ca tratament al tulburării de consum de opioide. Alegerea ține de preferințe, antecedente, comorbidități și accesul real la continuare. Nu se presupune de la început că medicația trebuie oprită imediat după dispariția simptomelor. O serie de episoade de management al sevrajului, urmate de revenirea la consum, sugerează necesitatea unei strategii longitudinale mai stabile. [1]

Clonidina și lofexidina reduc unele simptome vegetative, dar nu au rolul tratamentului agonist de menținere. Tensiunea și sedarea trebuie urmărite. Se pot folosi adjuvante pentru durere, greață sau diaree, după evaluarea medicală. Adăugarea benzodiazepinelor cere prudență, mai ales alături de opioide. Alegerea medicației simptomatice nu trebuie să ascundă oferta tratamentului care reduce riscul pe termen lung. [1]

7. Naltrexona nu este naloxonă

Naloxona este folosită pentru reversia rapidă a supradozajului. Naltrexona are durată mai lungă și poate fi utilizată în anumite strategii de prevenire a revenirii la consum. Ea necesită trecerea în siguranță prin perioada fără opioide înainte de inițiere; altfel poate precipita sevraj. Preferința pentru un antagonist trebuie discutată împreună cu dificultatea inițierii, aderența și alternativele agoniste. Cele două medicamente nu sunt interschimbabile. [1, 3, 4]

La consumul concomitent de alcool sau benzodiazepine, evaluăm și riscul sevrajului acestora. Tratamentul ambelor sindroame poate fi necesar, cu supraveghere corespunzătoare. În sarcină, metadona sau buprenorfina reprezintă tratamentul standard și se continuă pe toată durata sarcinii și după naștere; doza poate necesita creștere sau fracționare, mai ales în trimestrul al III-lea. Tratamentul agonist este preferat managementului izolat al sevrajului; deciziile excepționale necesită echipă specializată și consimțământ informat. Durerea și infecțiile asociate trebuie tratate concomitent. Îngrijirea adicției nu suspendă celelalte nevoi medicale ale pacientului. [1, 3, 4]

8. Legătura concretă cu serviciul următor

Înaintea plecării, stabilim unde și când continuă îngrijirea, cine preia prescrierea și ce face pacientul dacă accesul se întrerupe. O recomandare fără programare sau fără soluție de continuitate poate lăsa un interval de risc. Se oferă naloxonă și educație de reducere a riscului, după resursele disponibile. Se verifică înțelegerea printr-o întrebare simplă: „Ce vei face dacă persoana de lângă tine nu se mai trezește și respiră greu?” [1]

Succesul imediat nu este numai dispariția sevrajului. Contează acceptarea unei legături terapeutice, un plan pentru următoarea zi și tratarea complicațiilor. Dacă persoana refuză medicația de durată, rămân utile sprijinul, reducerea riscului și posibilitatea revenirii rapide. Refuzul unei opțiuni nu trebuie tratat ca refuzul întregii îngrijiri. Obiectivele se pot schimba după ce durerea, frica și disconfortul acut scad. [1]

De la salvare la continuitate

- Recunoaște supradozajul
- Susține respirația și antagonizează
- Supraveghează evoluția
- Oferă tratament
- Asigură continuitatea [1, 3, 4]

Etapele se suprapun. Schema nu precizează doze sau durata observației, care depind de situația clinică. [1, 3, 4]

Repere clinice și completări ale ediției

Fentanilul poate produce rigiditate toracică, uneori cu dificultate de ventilație, necesitând intervenție avansată și monitorizare. Naloxona inversează deprimarea respiratorie opioidă; suportul ventilator și reevaluarea rămân esențiale. În sarcină, metadona sau buprenorfina sunt preferate pentru tulburarea de consum de opioide; sevrajul nesupravegheat ori forțat nu este o alternativă sigură. Un eventual management al sevrajului se discută doar în situații selectate, cu specialiști și consimțământ informat, având în vedere riscul de revenire la consum. [5]

Idei de reținut

• Respirația insuficientă este semnul critic al supradozajului.

• Naloxona completează suportul cardiorespirator.

• Ameliorarea inițială cere supraveghere ulterioară.

• Pauzele de consum reduc toleranța.

• Sevrajul precipitat diferă de cel spontan.

• Controlul sevrajului trebuie legat de tratamentul de durată. [1, 3, 4]

Caz clinic fictiv: aplică raționamentul

Caz fictiv. Sorin, 35 de ani, este evaluat după reversia unui supradozaj opioid. A revenit la consum după câteva săptămâni fără opioide și spune că a folosit o cantitate pe care o tolera înainte. Acum este treaz și speriat. Își amintește trei internări anterioare pentru sevraj, urmate de reluarea consumului. Cere să nu fie judecat și întreabă dacă poate primi ceva care să îl ajute mai mult decât câteva zile. Are greață și neliniște, dar nu poate preciza compoziția produsului utilizat. Locuiește cu fratele său, care vrea să învețe cum poate interveni. Nu există încă o programare pentru îngrijire după externare. [2]

Ce trebuie să includă planul după stabilizarea medicală? [1, 3, 4]

A. Doar felicitarea pentru supraviețuire și externare fără urmărire.

B. Un nou management al sevrajului obligatoriu, fără discutarea menținerii.

C. Discutarea medicației de durată, legătura concretă cu un serviciu și naloxonă cu instruire.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: C. [1, 3, 4]

Opțiunea A: Revenirea după o pauză și supradozajul indică un risc important. Simplul sfat nu rezolvă continuitatea și nu oferă protecție pentru un episod următor. Mai întâi trebuie confirmată stabilitatea, apoi construit un plan de tratament și reducere a riscului. [1, 3, 4]

Opțiunea B: Episoadele repetate de sevraj urmate de consum arată limita unui răspuns exclusiv acut. Metadona sau buprenorfina pot continua după controlul sevrajului. Alegerea se discută cu pacientul, pe baza istoricului, preferințelor și accesului, fără impunerea unei opriri rapide. [1, 3, 4]

Opțiunea C: Această combinație răspunde atât riscului imediat de repetare, cât și tulburării de fond. Instruirea fratelui se face cu acordul pacientului. Inițierea medicației se adaptează stării actuale și expunerii, iar supravegherea postsupradozaj rămâne necesară. [1, 3, 4]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Ce tratează naloxona? [1]

A. Reversia efectelor opioide din supradozaj.

B. Insomnia de lungă durată.

C. Prevenirea oricărui consum viitor, după o singură doză.

Răspuns corect: A. Naloxona este un antagonist cu rol acut. Ea nu înlocuiește suportul respirator, observația sau tratamentul ulterior al tulburării de consum. Durata efectului poate fi mai scurtă decât cea a substanțelor implicate. [1]

Întrebarea 2. De ce crește riscul după o perioadă fără opioide? [1]

A. Pentru că toleranța poate scădea.

B. Pentru că toleranța crește nelimitat.

C. Pentru că vechea doză devine automat sigură.

Răspuns corect: A. Toleranța redusă face periculoasă revenirea la cantități folosite anterior. Incertitudinea compoziției și combinațiile deprimante adaugă risc. Acesta este un motiv pentru continuitatea tratamentului și accesul la naloxonă după externare ori alte întreruperi. [1]

Întrebarea 3. Ce poate declanșa sevraj precipitat? [1]

A. Orice aliment consumat în sevraj.

B. Naltrexona administrată înainte de eliminarea suficientă a opioidelor.

C. Continuarea stabilă a unei terapii eficiente.

Răspuns corect: B. Antagonismul receptorilor în prezența dependenței fizice poate produce o reducere bruscă a efectului opioid. Și buprenorfina poate precipita sevraj în anumite inițieri, prin afinitatea mare și activarea parțială. Momentul și strategia trebuie evaluate. [1]

Întrebarea 4. Ce rol au clonidina și lofexidina? [1]

A. Sunt echivalente cu tratamentul agonist de menținere.

B. Tratează unele simptome vegetative și necesită monitorizare.

C. Înlocuiesc naloxona în supradozaj.

Răspuns corect: B. Acești agoniști alfa-2 reduc activarea noradrenergică din sevraj. Pot produce hipotensiune sau sedare și nu au același rol longitudinal ca metadona ori buprenorfina. Controlul simptomelor se integrează într-un plan de tratament ulterior. [1]

Termeni explicați

Ventilație: mișcarea aerului în și din plămâni; poate fi insuficientă chiar când există unele respirații. [1, 3, 4]

Sevraj precipitat: sevraj declanșat brusc de schimbarea ocupării și activării receptorilor. [1, 3, 4]

Piloerecție: ridicarea firelor de păr, cu aspect de piele de găină. [1, 3, 4]

Note despre documentare

Au fost revizuite conceptele și afirmațiile terapeutice prin comparație cu secțiunile citate. Cazul și întrebările sunt originale. Verificare editorială pe cărți, fără verificare externă pe internet. [2]

Nu sunt furnizate intervale universale de observație sau scheme de inițiere cu buprenorfină. [2]

Accesul, formulările și organizarea tratamentului descrise în cărțile americane nu sunt asumate ca reguli românești. [2]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 58, „Management of Opioid Intoxication and Withdrawal” (pp. 355-360).

[2] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 12: Supradozajul și sevrajul la opioide – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[3] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 62, „Pharmacological Treatment for Opioid Use Disorder” (pp. 380-387).

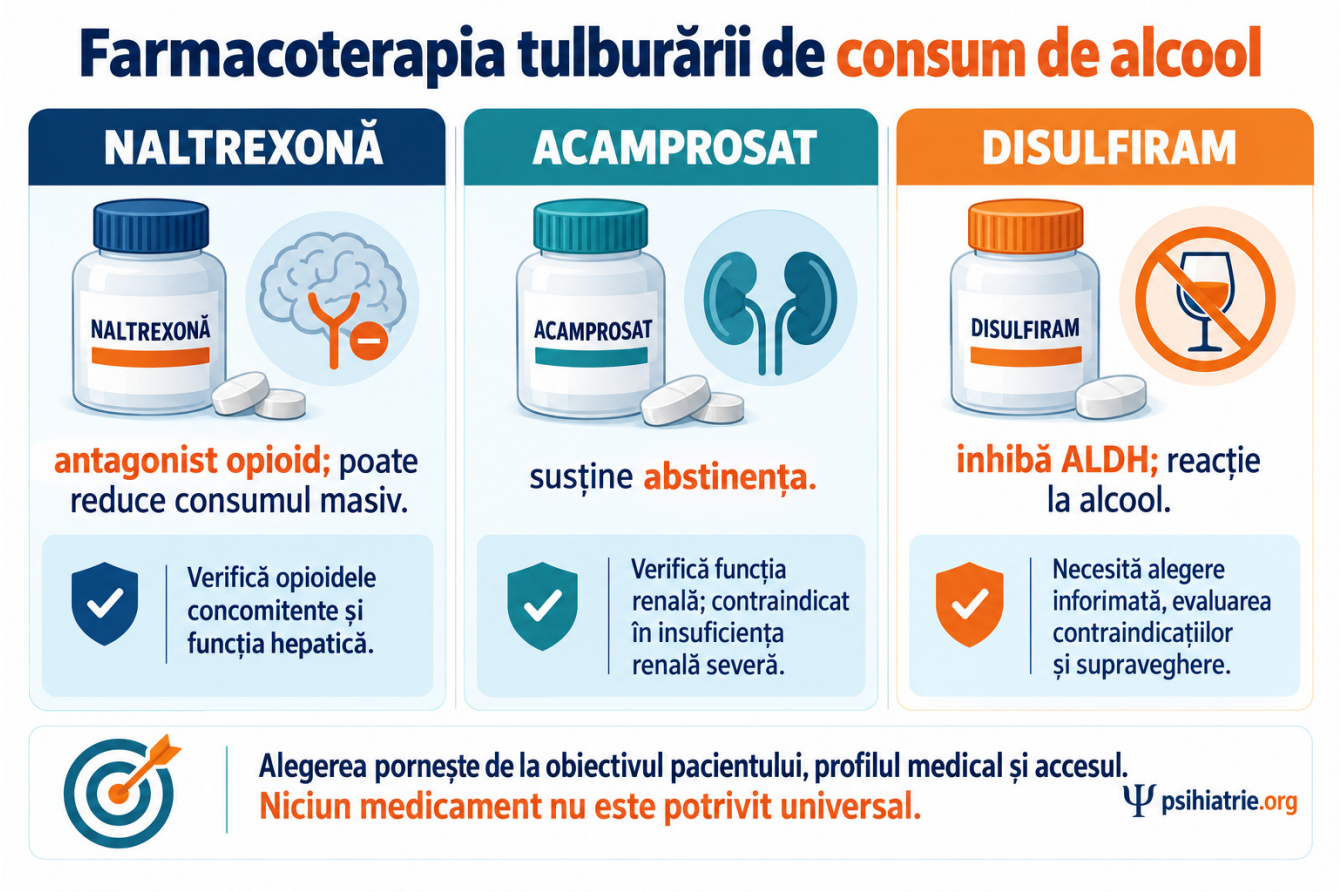
[4] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 98, „Substance Use During Pregnancy” (pp. 580-585).

[5] American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Opioid use and opioid use disorder in pregnancy. Committee Opinion No. 711. Obstetrics & Gynecology, 130, e81–e94. https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2017/08/opioid-use-and-opioid-use-disorder-in-pregnancy

13. Tratamentul tulburării de consum de alcool

Tratamentul tulburării de consum de alcool continuă după sevraj. El poate combina medicația, intervențiile psihologice și schimbările concrete din viața pacientului. Alegerea pornește de la obiectiv, severitate, boli asociate și preferințe. Naltrexona, acamprosatul și disulfiramul au mecanisme și utilizări diferite. Nu sunt trei variante ale aceluiași medicament. Un plan bun explică beneficiul așteptat, riscurile, monitorizarea și modul în care va fi evaluat progresul. Dacă apare un nou episod de consum, îl analizăm pentru a ajusta tratamentul, fără a abandona îngrijirea. [1-4]

Sinteză vizuală / Farmacoterapia tulburării de consum de alcool



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1-4]

Ce vei putea face după lectură

- Să compari opțiunile farmacologice după obiectiv și profilul medical. [5]
- Să identifici contraindicațiile și interacțiunile care schimbă alegerea. [5]
- Să urmărești consumul, funcționarea, aderența și comorbiditățile. [5]

1. Stabilirea obiectivului și a punctului de plecare

Întrebăm ce dorește pacientul să schimbe și ce consecințe îl preocupă. Abstinența și reducerea consumului sunt obiective care pot fi discutate clinic. Alegerea nu se face în afara contextului: severitatea, bolile asociate, sarcina, episoadele de pierdere a controlului și riscul sevrajului contează. În sarcină, decizia privind medicația se ia împreună cu obstetrica. Disulfiramul este contraindicat. Pentru acamprosat și naltrexonă, sursele diferă: una nu recomandă, în general, tratament farmacologic în afara sevrajului acut sau a unei boli concomitente, alta le consideră o opțiune. Reducerea consumului nu este sinonimă cu lipsa riscului. Obiectivele pot fi revizuite pe măsură ce pacientul observă rezultatele și dificultățile. [1-4]

Înregistrăm consumul, zilele fără alcool, episoadele de consum intens, pofta, consecințele și funcționarea. Clarificăm încercările anterioare, medicația, reacțiile adverse și barierele practice. Evaluăm riscul de sevraj înainte de recomandarea opririi bruște. Examinarea medicală și psihiatrică stabilește problemele care necesită tratament concomitent. Un rezultat biologic poate completa această evaluare, dar nu rezumă sănătatea sau progresul persoanei. [1-4]

2. Naltrexona: reducerea recompensei și a consumului intens

Naltrexona antagonizează receptorii opioizi și poate reduce efectul recompensator al alcoolului. În studiile sintetizate de sursă, ajută mai ales la reducerea revenirii la consum intens. Nu produce reacția aversivă alcool-disulfiram și nu tratează sevrajul alcoolic acut. Se discută forma orală și, unde este disponibilă și indicată, forma injectabilă prelungită. Aderența, tolerabilitatea și accesul influențează alegerea, nu doar preferința pentru o administrare mai rară. [1, 4]

Înainte de inițiere trebuie clarificat consumul de opioide, inclusiv analgezicele și tratamentul tulburării de consum de opioide. Naltrexona poate precipita sevraj și poate bloca analgezia opioidă. Afectarea hepatică acută sau severă este o problemă importantă de selecție. Se evaluează funcția hepatică și se urmăresc simptomele relevante. Greața, cefaleea și amețeala pot afecta aderența; discutarea lor dinainte reduce întreruperile neplanificate. [1, 4]

3. Acamprosatul: sprijin pentru menținerea abstinenței

Acamprosatul este folosit în special după stabilirea abstinenței. Acțiunea sa privește adaptările sistemelor excitatorii și inhibitorii, dar mecanismul nu trebuie redus la o explicație prea sigură despre un singur receptor. Dovezile nu sunt identice în toate studiile. Beneficiul este evaluat prin menținerea abstinenței și evoluția pacientului, în cadrul unui plan mai larg. Medicamentul nu înlocuiește tratamentul sevrajului sever și nici intervențiile pentru problemele sociale. [1, 4]

Eliminarea este renală, fără metabolizare hepatică relevantă. Funcția renală trebuie verificată, iar insuficiența renală severă contraindică utilizarea. Boala hepatică poate face această opțiune relevantă, dar nu anulează evaluarea generală. Administrarea în mai multe prize zilnice poate fi dificilă. Diareea și disconfortul digestiv trebuie discutate. Alegerea unui medicament potrivit biologic este insuficientă dacă programul nu poate fi urmat. [1, 4]

4. Disulfiramul: un acord explicit pentru abstinență

Disulfiramul inhibă ireversibil aldehid-dehidrogenaza (ALDH), blocând degradarea acetaldehidei în acetat. În cazul ingestiei de alcool, acumularea rapidă a acetaldehidei produce o reacție aversivă (flushing facial, greață, palpitații, hipotensiune); uneori reacția este severă. Nu este o pedeapsă și nu se administrează fără cunoașterea pacientului. Are sens când obiectivul este abstinența, pacientul înțelege riscurile și acceptă administrarea, eventual supravegheată. Persoana care supraveghează oferă sprijin, fără să înlocuiască consimțământul și urmărirea medicală. [1, 4]

Trebuie discutate produsele care pot conține alcool și persistența riscului după ultima doză. Se evaluează bolile cardiace, hepatice și antecedentele psihotice. Hepatotoxicitatea, neuropatia și simptomele psihotice sunt reacții importante. Funcția hepatică necesită evaluare inițială și urmărire. Nu folosim medicamentul ca intervenție de urgență după un episod de consum și nu provocăm deliberat reacția pentru a demonstra pacientului eficiența. [1, 4]

5. O matrice de alegere, fără un câștigător universal

Comparația utilă începe cu o întrebare: ce problemă vrem să rezolvăm și ce risc vrem să evităm? Necesitatea analgeziei opioide poate exclude naltrexona. Funcția renală poate limita acamprosatul. Boala cardiacă severă sau psihoza pot face disulfiramul nepotrivit. Nu este suficient să alegem medicamentul cu mecanismul cel mai atrăgător. Contează expunerea reală, comorbiditățile, capacitatea de administrare și preferințele informate ale pacientului. [1, 4]

Nici combinația medicamentelor nu este automat superioară. Studiile comparate în capitol au rezultate diferite, iar asocierea naltrexonei cu acamprosatul nu arată un avantaj constant față de naltrexonă. Alegerea trebuie să aibă o țintă și un criteriu de reevaluare. Lista completă de medicamente include produse fără rețetă, tratamente pentru durere și sedative, deoarece interacțiunile pot fi mai importante decât diferențele medii dintre studii. [1, 4]

Opțiune	Rol clinic central	Verificare esențială
Naltrexonă	Reducerea consumului intens și a recompensei alcoolului	Opioide; funcție hepatică; aderență
Acamprosat	Sprijin pentru menținerea abstinenței	Funcție renală; administrări zilnice
Disulfiram	Sprijin aversiv pentru abstinență asumată	Consimțământ; alcool; inimă, ficat și psihoză

Tabel didactic de sinteză. [1, 4]

6. Opțiunile cu dovezi sau indicații diferite

Topiramatul, gabapentina și baclofenul sunt discutate în surse ca opțiuni cu date de eficacitate și limitări proprii. Ele nu sunt interschimbabile cu medicamentele consacrate. Topiramatul poate produce dificultăți cognitive și are alte riscuri relevante; expunerea în sarcină se asociază cu risc de malformații congenitale, inclusiv despicături orofaciale. Clasificarea FDA prin litere nu mai este utilizată; evaluarea se face după informațiile actuale ale produsului și măsurile de prevenire a sarcinii. FDA: etichetarea riscurilor în sarcină. Gabapentina nu este metabolizată hepatic și se elimină renal, deci cere atenție la funcția renală și la sedare; potențialul de utilizare problematică al gabapentinoidelor este descris în *Seminars in Addiction Psychiatry* (vezi modulul 11). Pentru baclofen, rezultatele studiilor sunt neuniforme. Nu transformăm o concluzie pozitivă dintr-un studiu într-o garanție. [1, 4, 6]

7. Psihoterapia și comorbiditățile rămân centrale

Interviul motivațional ajută la clarificarea ambivalenței. Intervențiile cognitive și comportamentale lucrează cu situațiile de risc, gândurile automate și alternativele la consum. Sprijinul familial și grupurile de ajutor pot fi utile când corespund nevoilor și preferințelor. Medicația nu rezolvă singură izolarea, conflictul sau lipsa locuinței. În același timp, accesul dificil la psihoterapie nu justifică ignorarea unei opțiuni farmacologice potrivite. [1, 4]

Depresia, anxietatea și simptomele de somn pot scădea după oprirea alcoolului, dar uneori reprezintă tulburări independente. Cronologia și reevaluarea ajută diferențierea. Riscul acut psihiatric se tratează imediat; nu se așteaptă mecanic o perioadă de abstinență. Un antidepresiv prescris pentru depresie nu trebuie prezentat drept tratament suficient al tulburării de consum de alcool. Fiecare problemă are ținte proprii într-un plan comun. [1, 4]

8. Monitorizarea și schimbarea planului

La control discutăm ce a fost luat efectiv, ce efecte au apărut și ce obstacole au intervenit. Comparăm consumul, funcționarea, siguranța și obiectivele, fără să reducem consultația la un verdict de abstinență. Un episod de consum poate cere analizarea situației, schimbarea intervenției sau intensificarea îngrijirii. Dacă medicamentul nu ajută, verificăm mai întâi aderența, durata evaluării și potrivirea țintei, apoi discutăm alternativele. [1]

Pacientul trebuie să știe cum recunoaște o reacție adversă relevantă și cui se adresează. Planificăm împreună următorul contact și răspunsul la revenirea la consum. Nu există o singură durată potrivită tuturor. Beneficiul, preferința, tolerabilitatea și riscul persistent susțin decizia. Monitorizarea este o conversație repetată despre sănătate, nu numai controlul unei prescripții. [1]

Alegerea pornește de la persoană

- Obiectiv
- Profil medical
- Preferințe și acces
- Opțiune potrivită

• Reevaluare [1-4]

Mecanismul medicamentului este doar o parte a deciziei. Schema nu ierarhizează universal tratamentele. [1-4]

Repere clinice şi completări ale ediţiei

Disulfiramul inhibă aldehid-dehidrogenaza (ALDH), favorizând acumularea acetaldehidei după alcool; reacția poate include flushing, greață, tahicardie și hipotensiune severă. Înaintea naltrexonei evaluăm expunerea la opioide și funcția hepatică. Pentru acamprosat evaluăm funcția renală și aplicăm pragurile și ajustările din rezumatul caracteristicilor produsului disponibil; nu echivalăm automat toate estimările eGFR cu clearance-ul creatininei. Topiramatul are risc teratogen, inclusiv despicături orofaciale, și necesită precauțiile reproductive aplicabile. [1-4]

Idei de reţinut

• Sevrajul și tratamentul de durată au ținte diferite.

• Naltrexona cere clarificarea consumului de opioide.

• Acamprosatul cere evaluarea funcției renale.

• Disulfiramul cere consimțământ informat și obiectiv de abstinență.

• Intervențiile psihosociale și comorbiditățile fac parte din același plan.

• Un episod de consum oferă informații pentru ajustare. [1-4]

Caz clinic fictiv: aplică raţionamentul

Caz fictiv. Alina, 45 de ani, revine după un sevraj tratat în spital. Vrea să rămână fără alcool, dar se teme de serile în care este singură. A auzit despre naltrexonă și cere direct o rețetă. La revizuirea tratamentului, relatează folosirea regulată a unui analgezic opioid pentru durere și o posibilă operație. Are antecedente de boală hepatică, iar funcția renală nu a fost evaluată recent. Preferă un tratament pe care îl poate lua fără ajutorul familiei. Nu dorește ca mama să îi controleze administrarea. Spune că ar putea participa la ședințe de terapie și acceptă să noteze pofta și situațiile de risc. [5]

Care este următorul pas potrivit? [1-4]

A. Prescrierea imediată a naltrexonei, deoarece ținta este alcoolul.

B. Evaluarea opioidelor, a funcțiilor hepatice și renale și discutarea opțiunilor potrivite preferințelor.

C. Disulfiram administrat de mamă fără discuția cu pacienta.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: B. [1-4]

Opțiunea A: Faptul că indicația urmărită este tulburarea de consum de alcool nu elimină antagonismul opioid. Consumul opioid și nevoia de analgezie pot face naltrexona nepotrivită. Alegerea cere un plan comun cu evaluarea durerii și a tratamentului medical. [1, 2, 3, 4]

Opțiunea B: Această evaluare identifică limitele reale ale opțiunilor. Acamprosatul poate fi discutat în funcție de rinichi și obiectiv, fără a fi ales automat. Preferințele, administrarea posibilă și sprijinul psihologic sunt componente ale deciziei, împreună cu profilul medical. [1, 2, 3, 4]

Opțiunea C: Disulfiramul necesită înțelegerea riscului și acordul pacientei. Supravegherea nu autorizează administrarea fără consimțământ. În plus, boala hepatică și celelalte contraindicații trebuie evaluate. Implicarea familiei se negociază, fără să devină o condiție arbitrară pentru orice tratament. [1, 2, 3, 4]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Ce trebuie verificat înaintea naltrexonei? [4]

A. Numai consumul de alcool.

B. Opioidele și necesitatea analgeziei opioide, alături de profilul hepatic.

C. Culoarea comprimatelor preferată de pacient.

Răspuns corect: B. Naltrexona poate precipita sevraj opioid și poate bloca analgezia. Funcția hepatică și contextul medical contribuie la selecție. Discuția trebuie să includă medicamente prescrise, consum informal și proceduri planificate, nu numai alcoolul. [4]

Întrebarea 2. Ce organ contează direct pentru eliminarea acamprosatului? [1, 4]

A. Rinichiul.

B. Plămânul.

C. Tiroida.

Răspuns corect: A. Acamprosatul este eliminat renal nemodificat. Insuficiența renală severă contraindică utilizarea, iar funcția renală trebuie evaluată. Avantajul legat de lipsa metabolizării hepatice nu înseamnă că medicamentul este potrivit oricărui pacient. [1, 4]

Întrebarea 3. Pentru cine poate avea sens disulfiramul? [1]

A. Oricine consumă alcool, chiar fără să știe că îl primește.

B. Un pacient informat care urmărește abstinența și are un profil medical potrivit.

C. Un pacient care dorește să testeze reacția prin consum.

Răspuns corect: B. Mecanismul aversiv cere înțelegere și consimțământ. Reacția poate fi severă, iar riscurile medicale și expunerile la alcool trebuie discutate. Supravegherea administrării poate ajuta, dar nu înlocuiește acordul și evaluarea contraindicațiilor. [1]

Întrebarea 4. Ce spune un episod de consum în tratament? [1, 2]

A. Că orice tratament este inutil.

B. Că este necesară analiza contextului, aderenței și planului.

C. Că pacientul trebuie exclus definitiv.

Răspuns corect: B. Consumul este un rezultat important, dar trebuie interpretat împreună cu frecvența, intensitatea și consecințele. Verificarea administrării și a situațiilor de risc permite ajustarea. Obiectivele personalizate și continuitatea rămân centrale. [1, 2]

Termeni explicați

Antagonist opioid: medicament care ocupă receptorul opioid fără să îl activeze și blochează efectele agoniștilor. [1-4]

Aderență: măsura în care planul convenit poate fi urmat în viața reală. [1-4]

Reacție aversivă: efect neplăcut produs de asocierea disulfiramului cu alcoolul, uneori sever. [1-4]

Note despre documentare

Selecția medicamentelor, riscurile și principiile monitorizării au fost confruntate cu pasajele citate. Sinteză originală, verificată editorial pe cărți. Nu reprezintă o verificare independentă ori o actualizare a autorizațiilor de prescriere. [5]

Nu se echivalează autorizațiile FDA sau exemplele din cărți cu disponibilitatea ori indicațiile locale actuale. [5]

Diferențele dintre studiile acamprosatului și datele inegale pentru opțiunile alternative sunt păstrate. [5]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 60, „Pharmacological Interventions for Alcohol Use Disorder” (pp. 369-374).

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 55, „Management of Intoxication and Withdrawal: General Principles” (pp. 337-342).

[3] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 98, „Substance Use During Pregnancy” (pp. 580-585).

[4] Colón-Rivera, H. A., Aoun, E. G., & Vaezazizi, L. M. (2023). *Addiction psychiatric medicine: A comprehensive board review*. Elsevier. Capitolul 4, „Alcohol Use Disorder” (pp. 31-46).

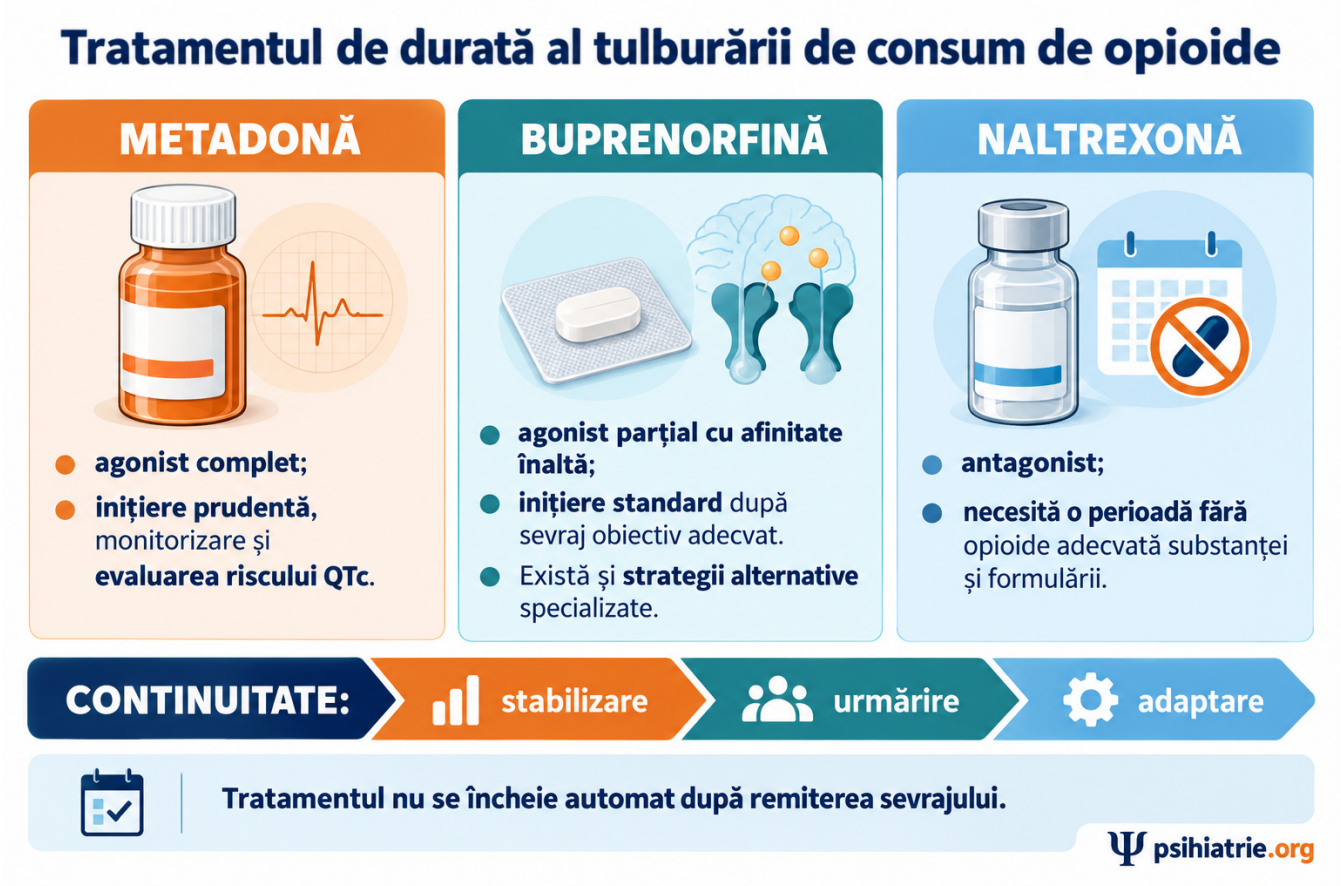
[5] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 13: Tratamentul tulburării de consum de alcool – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[6] Rourke, E., & Law, F. (2021). Addiction to prescription medication: Benzodiazepines, z-drugs and gabapentinoids. In E. Day (Ed.), *Seminars in addiction psychiatry* (2nd ed., pp. 68-96). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781911623199

14. Tratamentul de durată al tulburării de consum de opioide

Tratamentul de durată al tulburării de consum de opioide urmărește reducerea consumului riscant, a supradozajului și a instabilității din viața pacientului. Metadona și buprenorfina pot controla sevrajul și pofta, permițând reconstrucția funcționării. Naltrexona are un mecanism diferit și cerințe proprii de inițiere. O alegere bună ține cont de experiența anterioară, siguranță, preferințe și acces. Durata nu este stabilită printr-o regulă morală despre cât de repede trebuie oprit medicamentul. Continuitatea și beneficiul clinic sunt repere centrale. [1, 2]

Sinteză vizuală / Tratamentul de durată al tulburării de consum de opioide



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1, 2, 4, 5]

Ce vei putea face după lectură

- Să explici diferențele dintre agonist complet, agonist parțial și antagonist. [3]
- Să identifici riscurile inițierii, interacțiunilor și întreruperii. [3]
- Să formulezi un plan longitudinal cu monitorizare și continuitate. [3]

1. De ce curele repetate de dezintoxicare (management izolat al sevrajului) sunt insuficiente

Dispariția sevrajului nu înlătură automat pofta sau vulnerabilitatea la revenire. După pierderea toleranței, un nou consum poate produce supradozaj. Metadona și buprenorfina sunt tratamente de primă linie discutate de surse pentru controlul sevrajului și tratamentul continuu al tulburării. Ele sunt asociate cu reducerea mortalității legate de opioide. Oprirea rapidă nu trebuie presupusă ca obiectiv obligatoriu al fiecărei inițieri. [1, 2]

Tratamentul eficient nu se evaluează doar prin prezența unei substanțe în organism. Contează consumul neprescris, supradozajele, sănătatea, relațiile și activitatea zilnică. Dependența fizică de un medicament prescris, administrat într-un cadru stabil, nu echivalează cu tiparul haotic al tulburării active. Această diferență trebuie explicată pacientului și familiei. Medicația oferă o bază pentru recuperare, fără să elimine nevoia de îngrijire medicală și sprijin social. [1, 2]

2. Trei mecanisme, trei decizii

Metadona este un agonist opioid complet. Buprenorfina este un agonist parțial cu afinitate mare pentru receptorul mu. Naltrexona este antagonist. Agoniștii pot suprima sevrajul și pofta; antagonistul blochează efectele opioide după inițierea adecvată. Naltrexona nu este o variantă de naloxonă pentru administrare de urgență. În decizia comună discutăm experiența anterioară, beneficiile, temerile, posibilitatea de administrare și probabilitatea continuării. [2]

Nu este utilă prezentarea unui medicament ca moral superior pentru că nu este agonist. Contează rezultatele și potrivirea clinică. Naltrexona are o barieră de inițiere: perioada fără opioide și riscul sevrajului precipitat. Buprenorfina are avantaje de siguranță respiratorie, dar nu este lipsită de risc. Metadona poate fi eficientă într-un cadru structurat, iar acumularea și interacțiunile cer atenție deosebită. [2]

Opțiune	Acțiune	Problemă de anticipat
Metadonă	Agonist complet	Acumulare, sedare, interacțiuni și QT
Buprenorfină	Agonist parțial, afinitate mare	Sevraj precipitat la unele inițieri
Naltrexonă	Antagonist	Perioadă fără opioide, aderență și analgezie

Tabel didactic de sinteză. [2]

3. Metadona: stabilitate și titrare atentă

Metadona poate reduce consumul neprescris, sevrajul și pofta. Durata lungă ajută stabilizarea, dar permite acumularea în primele zile. O conversie simplă dintr-un alt opioid nu garantează siguranța, deoarece toleranța încrucișată este incompletă. Inițierea și ajustarea urmăresc atât simptomele insuficient controlate, cât și sedarea. Doza relatată a unui produs necontrolat nu reprezintă singură o bază sigură pentru calcul. [2]

4. Buprenorfina: afinitate mare şi iniţiere planificată

Buprenorfina activează receptorul parțial și se leagă puternic. Efectul de plafon asupra deprimării respiratorii contribuie la un profil de siguranță mai bun decât al agoniștilor compleți, dar asocierea cu alte deprimante rămâne periculoasă. Inițierea standard este făcută când nu mai există intoxicație opioidă și sunt prezente semne de sevraj. Dacă deplasează prea devreme un agonist complet, poate precipita o agravare bruscă a sevrajului. [1, 2]

Preparatele cu buprenorfină și naloxonă sunt concepute pentru a descuraja unele utilizări neconforme. Naloxona din combinație nu este tratamentul principal al tulburării. Tehnica de administrare și formularea trebuie explicate. Există forme cu eliberare prelungită și strategii alternative de inițiere, cu cerințe diferite. Expunerea la fentanil poate complica tranziția. Nu se folosește un calendar unic, desprins de examenul clinic și de protocolul serviciului. [1, 2]

5. Naltrexona şi tranziţiile între tratamente

Naltrexona necesită o perioadă adecvată fără opioide înainte de inițiere. Administrarea prea devreme poate precipita sevraj. Alegerea poate fi potrivită pentru unii pacienți informați, dar aderența și retenția sunt dificultăți importante. Sursele arată că inițierea formei injectabile este mai greu de realizat decât inițierea buprenorfinei. Nu presupunem că blocada receptorilor garantează aceeași protecție față de supradozaj ca tratamentul agonist continuu: studiile comparative nu au arătat ca naltrexona injectabilă să reducă riscul de supradozaj mai mult decât metadona sau buprenorfina (The ASAM Essentials of Addiction Medicine cap. 62). [2]

Schimbarea de la metadonă la buprenorfină sau de la agonist la antagonist necesită planificare. Contează doza, durata efectului, simptomele și motivul schimbării. Un pacient stabil nu trebuie schimbat numai pentru o idee abstractă despre tratamentul ideal. Înainte de tranziție discutăm riscul de sevraj, revenire la consum și întrerupere a îngrijirii. Accesul la medicamentul următor și supravegherea trebuie clarificate, nu presupuse. [2]

6. Monitorizarea şi interacţiunile

La controale urmărim sevrajul între administrări, pofta, sedarea, consumul suplimentar și funcționarea. Testarea toxicologică poate informa planul, fără să devină singurul criteriu al succesului. În cazul metadonei sunt relevante constipația, disfuncțiile sexuale, sedarea și alungirea intervalului QTc (cu risc de torsada vârfurilor / Torsades de Pointes la doze mari sau asociere cu alte medicamente aritmogene). Evaluarea cardiacă și revizuirea celorlalte medicamente se adaptează riscului. Introducerea sau oprirea unui medicament care modifică metabolizarea poate schimba efectele tratamentului opioid. [2, 4]

Alcoolul, benzodiazepinele și alte sedative cresc riscul. Totuși, prezența lor nu justifică automat refuzul buprenorfinei: trebuie comparat riscul tratamentului cu riscul consumului opioid necontrolat. Se intensifică evaluarea și monitorizarea și se tratează consumul concomitent. Urmărirea poate deveni mai rară odată cu stabilizarea și mai frecventă când reapar probleme. Ajustarea intensității este o intervenție clinică, nu o sancțiune. [2, 4]

7. Sarcina, bolile asociate și sprijinul

În sarcină, tratamentul tulburării de consum de opioide cu metadonă sau buprenorfină este preferat managementului izolat al sevrajului, din cauza riscului de revenire la consum și a consecințelor acestuia. Doza se individualizează și poate necesita ajustări în cursul sarcinii și după naștere; nu se impune menținerea aceleiași doze. Dacă tratamentul agonist nu este acceptat sau nu este disponibil, un eventual management al sevrajului necesită o echipă cu experiență perinatală, consimțământ informat și urmărire atentă. ACOG: tulburarea de consum de opioide în sarcină. Sunt necesare coordonarea obstetricală, monitorizarea și pregătirea pentru posibila adaptare neonatală după naștere. Modificările fiziologice pot schimba necesarul de tratament. Decizia urmărește stabilitatea și sănătatea persoanei însărcinate și a copilului, fără culpabilizare și fără ajustări doar pentru a evita o etichetă. [1, 2, 5]

8. Continuitatea ca parte a tratamentului

Îngrijirea include durerea, infecțiile, sănătatea psihică și nevoile sociale. Sprijinul psihologic poate fi adaptat, fără să devină o barieră imposibilă pentru accesul la medicație. Unele persoane au nevoie de servicii intensive; altele beneficiază de urmărire medicală bine organizată. Grupurile de ajutor ar trebui să susțină tratamentul indicat; AA, de exemplu, susține medicația prescrisă, inclusiv metadona și buprenorfina. Funcționarea mai bună permite treptat mai multă autonomie. [4, 6]

9. Durata și întreruperea se discută împreună

Tratamentul poate fi îndelungat, inclusiv fără termen fix, cât timp oferă beneficii, pacientul dorește continuarea, rămâne riscul de revenire la opioide, nu apar efecte adverse semnificative și indicația persistă. Dacă persoana cere oprirea, discutăm motivele, riscurile și alternativele. Reducerea se individualizează, cu plan pentru agravare sau revenire la consum. Întreruperea administrativă poate avea consecințe medicale. Externarea, călătoria, schimbarea serviciului și internarea pentru altă boală trebuie planificate astfel încât să nu creeze pauze neintenționate. [1, 2, 4]

La orice tranziție, oferim educație despre toleranță, supradozaj și naloxonă. O nouă perioadă de consum cere reevaluarea dozei, accesului, comorbidităților și mediului. Nu este o dovadă că tratamentul trebuie retras. Continuitatea înseamnă păstrarea unei căi de revenire. Modelele administrative americane din surse ilustrează organizarea serviciilor, dar nu sunt prezentate ca obligații juridice pentru practica din România. [1, 2, 4]

O decizie longitudinală

- Preferințe și acces
- Alegere și inițiere
- Stabilizare
- Monitorizare
- Continuitate sau tranziție [1, 2, 4, 5]

Stabilitatea permite ajustarea intensității serviciilor. Tratamentul nu se încheie automat după dispariția sevrajului. [1, 2, 4, 5]

Repere clinice şi completări ale ediţiei

Buprenorfina/naloxona este destinată să descurajeze anumite utilizări parenterale neconforme, fără a le preveni absolut. Afinitatea mare și agonismul parțial al buprenorfinei explică riscul de sevraj precipitat în inițierea standard; există și protocoale alternative specializate. Efectul de plafon nu exclude deprimarea respiratorie, mai ales în asocieri cu sedative. La metadonă, titrarea prudentă ține cont de acumulare, interacțiuni și QTc; ECG se integrează evaluării de risc și protocolului. [1, 2, 4, 5]

Idei de reţinut

• Metadona și buprenorfina au rol de tratament continuu.

• Agonistul, agonistul parțial și antagonistul nu sunt echivalenți.

• Inițierea și tranzițiile necesită planificare.

• Sedativele impun monitorizare, fără excludere automată din îngrijire.

• Durata urmărește beneficiul și preferința, nu un termen arbitrar.

• Continuitatea reduce perioadele de vulnerabilitate. [1, 2, 4, 5]

Caz clinic fictiv: aplică raţionamentul

Caz fictiv. Daniel, 31 de ani, a trecut de patru ori prin sevraj supravegheat, apoi a reluat consumul. Cere un tratament pe care să îl poată continua, dar partenera spune că metadona înseamnă „înlocuirea unei dependențe”. Daniel a mai încercat buprenorfină luată informal și descrie o agravare bruscă după prima administrare, când încă folosise un opioid cu puțin timp înainte. Ia uneori un sedativ pentru somn. Lucrează în schimburi și accesul zilnic la un serviciu îndepărtat ar fi dificil. Este dispus să discute atât medicația, cât și intervențiile pentru anxietate și locuință, dacă planul nu presupune o nouă oprire obligatorie după câteva zile. [3]

Ce explicație și plan sunt potrivite? [1, 2, 4, 5]

A. Medicația de durată poate fi utilă; alegerea și inițierea se adaptează riscurilor, preferințelor și accesului.

B. Toate opțiunile trebuie refuzate până când nu mai există niciun consum de sedativ.

C. Experiența anterioară dovedește că buprenorfina este imposibil de utilizat vreodată.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: A. [1, 2, 4, 5]

Opțiunea A: Episoadele repetate susțin discutarea unui tratament longitudinal. Se explică diferența dintre dependența fizică și tulburarea activă. Inițierea anterioară poate sugera sevraj precipitat, iar sedativul cere evaluare. Accesul și programul de lucru sunt elemente ale eficienței reale. [1, 2, 4, 5]

Opțiunea B: Consumul sedativ crește riscul, dar excluderea automată poate lăsa netratat un risc și mai mare de supradozaj din consumul opioid necontrolat. Este necesară o strategie de monitorizare și tratament concomitent, cu alegerea mediului adecvat. [1, 2, 4, 5]

Opțiunea C: O agravare la o inițiere nepotrivită nu dovedește alergie sau imposibilitatea oricărei folosiri viitoare. Trebuie clarificate momentul, substanțele și simptomele. O nouă inițiere se decide informat și supravegheat, inclusiv prin discutarea altor opțiuni. [1, 2, 4, 5]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Ce diferențiază buprenorfina de metadonă? [2]

A. Buprenorfina este agonist parțial cu afinitate mare.

B. Buprenorfina este antagonist pur identic cu naltrexona.

C. Metadona nu poate produce sedare.

Răspuns corect: A. Activarea parțială contribuie la plafonarea unor efecte, iar afinitatea mare explică riscul sevrajului precipitat în anumite inițieri. Acest profil nu elimină toxicitatea în combinație cu alte deprimante și nu face toate protocoalele interschimbabile. [2]

Întrebarea 2. De ce inițierea metadonei cere prudență? [2]

A. Pentru că nu are efect asupra sevrajului.

B. Pentru că se poate acumula, iar toleranța încrucișată este incompletă.

C. Pentru că orice doză este echivalentă cu orice alt opioid.

Răspuns corect: B. Creșterea rapidă sau conversia mecanică poate duce la supradozaj. Se urmăresc atât simptomele insuficient controlate, cât și sedarea și interacțiunile. Durata lungă susține menținerea, dar cere titrare atentă. [2]

Întrebarea 3. Ce condiție complică inițierea naltrexonei? [2]

A. Necesitatea unei perioade adecvate fără opioide.

B. Absența oricărei activități la receptorii opioizi.

C. Faptul că este un agonist complet.

Răspuns corect: A. Naltrexona antagonizează receptorii și poate precipita sevraj dacă este administrată prea devreme. Această barieră, aderența și nevoia de analgezie trebuie discutate comparativ cu opțiunile agoniste, fără a prezenta antagonistul ca superior moral. [2]

Întrebarea 4. Când trebuie oprit obligatoriu tratamentul agonist eficient? [2, 4]

A. La o dată fixă identică pentru toți.

B. Imediat după un test pozitiv la altă substanță.

C. Nu există un termen universal; decizia urmărește beneficiul, riscurile și preferința.

Răspuns corect: C. Tratamentul poate continua mult timp dacă este util și tolerat. Consumul suplimentar cere reevaluare și uneori intensificare, nu retragere automată. Oprirea și tranzițiile trebuie planificate pentru a limita revenirea la consum și supradozajul. [2, 4]

Termeni explicați

Agonist complet: substanță care activează receptorul opioid cu eficacitate mare. [1, 2, 4, 5]

Agonist parțial: substanță care activează receptorul cu efect maxim limitat pentru anumite răspunsuri. [1, 2, 4, 5]

Retenție în tratament: menținerea contactului și a îngrijirii pe durata necesară. [1, 2, 4, 5]

Note despre documentare

Selecția medicamentelor, riscurile și principiile monitorizării au fost confruntate cu pasajele citate. Sinteză originală, verificată editorial pe cărți. Nu reprezintă o verificare independentă ori o actualizare a autorizațiilor de prescriere. [3]

Cifrele de dozare și regulile americane de autorizare nu sunt transformate în instrucțiuni locale. [3]

Strategiile noi de inițiere au baze de dovezi și cerințe diferite; nu se oferă o schemă unică pentru expunerea la fentanil. [3]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 58, „Management of Opioid Intoxication and Withdrawal” (pp. 355-360).

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 62, „Pharmacological Treatment for Opioid Use Disorder” (pp. 380-387).

[3] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 14: Tratamentul de durată al tulburării de consum de opioide – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[4] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 63, „Special Issues in Office-Based Opioid Treatment (OBOT)” (pp. 388-392).

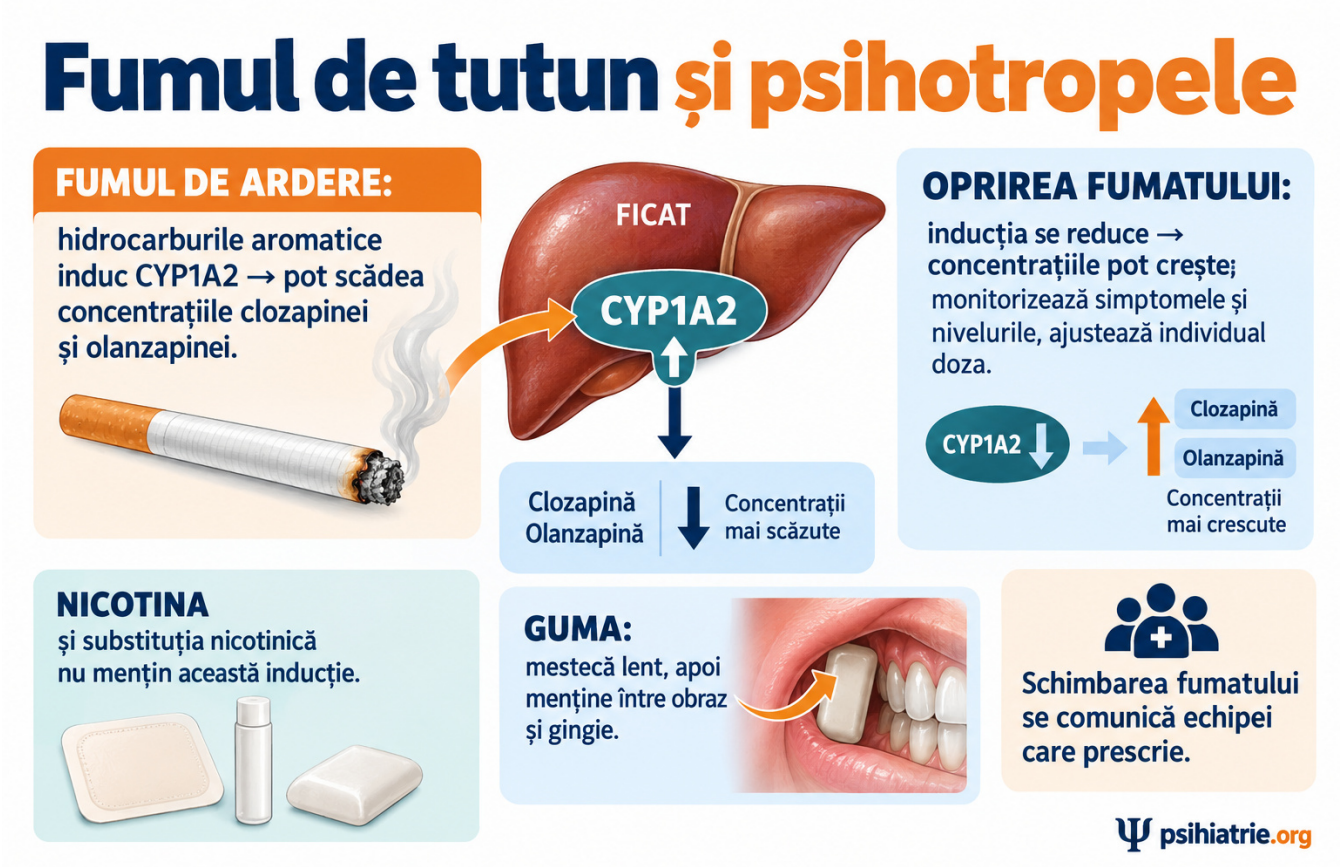
[5] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 98, „Substance Use During Pregnancy” (pp. 580-585).

[6] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 84, „Twelve-Step and Other Programs in Addiction Recovery” (pp. 499-503).

15. Tutunul și produsele cu nicotină

Consumul de tutun merită evaluat la fiecare pacient psihiatric. Nu este o problemă secundară care trebuie amânată până la rezolvarea tuturor celorlalte boli. Nicotina susține dependența, iar produsele de combustie produc o mare parte din toxicitatea fumatului. Această diferență explică de ce substituția nicotinică nu este echivalentă cu continuarea fumatului. Tratamentul poate combina medicația și sprijinul comportamental. Pentru psihiatru, oprirea fumatului are și o consecință imediată: poate schimba concentrațiile unor psihotrope, chiar dacă pacientul continuă să primească nicotină. [1]

Sinteză vizuală / Fumul de tutun și psihotropele



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1, 3-6]

Ce vei putea face după lectură

- Să alegi intervenții pentru tutun în consultația psihiatrică. [2]
- Să explici diferențele dintre nicotină, fum și aerosol. [2]
- Să monitorizezi sevrajul, tratamentul și psihotropele după schimbarea fumatului. [2]

1. Evaluăm toate produsele, nu numai țigările

Întrebăm despre țigări, produse electronice și alte produse cu nicotină, inclusiv folosirea lor simultană. Cantitatea, momentul primei administrări, pofta, încercările de oprire și simptomele la abstinență ajută la formulare. Clarificăm situațiile asociate: cafeaua, pauzele, alcoolul, stresul și contactul cu alte persoane care fumează. O tentativă anterioară nereușită oferă informații despre ce trebuie schimbat, nu dovedește lipsa motivației. [1]

Întrebarea despre dorința de schimbare trebuie să permită ambivalența. Putem explora ce câștigă persoana din fumat și ce o deranjează. Un plan poate începe printr-o dată de oprire sau prin pregătirea unei reduceri orientate spre renunțare. Se discută beneficiile relevante pentru persoană, fără amenințări. Capacitatea de a obține medicația și de a reveni la control influențează alegerea la fel ca severitatea simptomelor. [1]

2. Nicotina, condiționarea și sevrajul

Nicotina acționează asupra receptorilor nicotinici ai acetilcolinei și influențează circuitele recompensei. Administrarea rapidă și repetată favorizează învățarea legăturilor dintre efect și contexte. La oprire pot apărea iritabilitate, anxietate, dificultăți de concentrare, dispoziție scăzută și poftă. Uneori pacientul interpretează aceste simptome ca agravare a bolii psihice. Cronologia schimbării fumatului ajută la diferențiere, fără să excludă o problemă psihiatrică reală. [1, 3]

Pofta are și o componentă legată de stimuli: o cafea sau o pauză poate declanșa dorința chiar după ameliorarea sevrajului. De aceea, medicația și intervenția comportamentală se completează. Pregătim alternative pentru situațiile obișnuite și explicăm că o poftă nu obligă la consum. Somnul, dispoziția și funcționarea sunt urmărite în primele săptămâni, când dificultățile pot influența revenirea la fumat. [1, 3]

3. Substituția nicotinică are un scop diferit de fumat

Substituția nicotinică reduce sevrajul și pofta fără expunerea la produșii de combustie ai țigărilor. Plasturele oferă o administrare mai lentă și constantă. Formele cu acțiune mai rapidă pot ajuta la episoadele de poftă. Asocierea unui plasture cu o formă rapidă poate fi mai eficientă decât plasturele singur. Alegerea și utilizarea corectă contează; lipsa unui răspuns poate reflecta subutilizarea, nu ineficiența întregii strategii. [3, 4]

Explicăm tehnica specifică produsului și verificăm dacă pacientul a înțeles-o. Pentru gumă, mestecarea continuă ca la guma obișnuită nu este tehnica potrivită; mestecarea lentă, urmată de menținerea gumei între obraz și gingie, favorizează absorbția. Pot apărea iritații locale sau tulburări de somn, în funcție de preparat. Nu promitem dispariția completă a oricărei pofte. Tratamentul face schimbarea mai suportabilă și se ajustează prin urmărire. [3, 4]

4. Vareniclina şi bupropionul

Vareniclina este un agonist parțial selectiv al receptorilor nicotinici neuronali α4β2. Poate reduce sevrajul și recompensa fumatului. În sintezele din cărți are eficacitate bună, inclusiv la persoane cu tulburări psihice. Greața, visele neobișnuite și insomnia pot limita tolerabilitatea. Diagnosticul psihiatric nu reprezintă singur un motiv de excludere. Totuși, starea psihică și reacțiile adverse se urmăresc, deoarece niciun rezultat mediu din studii nu înlocuiește evaluarea persoanei. [3, 4]

Bupropionul este o altă opțiune, cu mecanism diferit. Riscul de convulsii este relevant. Conform RCP-ului, bupropionul este contraindicat la convulsii actuale sau în antecedente, în tumorile sistemului nervos central, în bulimie sau anorexie nervoasă (actuale ori în antecedente), la întreruperea bruscă a alcoolului sau a benzodiazepinelor, în ciroza hepatică severă și în asociere cu IMAO. Sunt importante interacțiunile și posibilitatea virajului afectiv la persoane cu tulburare bipolară. În România, preparatele care conțin doar bupropion (Elontril, Axabal) sunt autorizate pentru episodul depresiv major; pentru renunțarea la fumat, prescrierea lor iese din indicațiile RCP (nomenclatorul ANMDMR, noiembrie 2026). Insomnia poate afecta administrarea. Alegerea între aceste opțiuni și substituția nicotinică pornește de la profilul clinic, preferință și experiența anterioară. [3, 4, 8]

5. Fumul de tutun şi psihotropele: o interacţiune farmacocinetică

Hidrocarburile aromatice policiclice din fumul de tutun, nu nicotina, induc enzima CYP1A2 și pot accelera metabolizarea unor medicamente, inclusiv clozapina și olanzapina. Când fumatul se oprește sau se reduce semnificativ, concentrațiile pot crește, cu risc de toxicitate. Această modificare nu este produsă în același mod de nicotina din plasture. Trecerea de la țigări la substituție nicotinică nu garantează păstrarea vechilor concentrații ale psihotropelor. [5]

6. Consultaţia scurtă poate produce un plan concret

Un cadru simplu este: întreabă, recomandă schimbarea, explorează disponibilitatea, ajută și stabilește urmărirea. Ajutorul înseamnă mai mult decât sfatul de a se lăsa. Identificăm un context dificil, alegem o alternativă și stabilim medicația potrivită. De exemplu, pacientul poate schimba locul pauzei, poate pregăti o activitate scurtă sau poate cere prietenilor să nu îi ofere țigări. Strategia trebuie aleasă de persoana care o va folosi. [1, 3]

La control întrebăm despre administrarea reală, efecte adverse și momentele de poftă. Dacă a fumat o țigară, analizăm contextul și reluăm planul. O abatere scurtă nu trebuie transformată într-un eșec total. Prelungirea sprijinului poate fi utilă. Tratamentul tutunului poate fi oferit concomitent cu tratamentul altor adicții; nu trebuie amânat automat. Tratarea lui în timpul tratamentului pentru altă adicție se asociază cu rezultate generale mai bune, fără efect negativ asupra recuperării, iar fumatul continuat crește riscul de revenire la cealaltă substanță. [1, 3]

7. Produsele electronice cer o discuție nuanțată

Un aerosol nu este doar vapori de apă. Produsele diferă prin dispozitiv, lichid, concentrație și mod de utilizare. Absența combustiei schimbă expunerea, dar nu dovedește absența riscului. Folosirea simultană cu țigările trebuie evaluată separat de înlocuirea lor completă. Cărțile discută rezultate diferite despre eficacitatea produselor electronice pentru oprirea fumatului și subliniază incertitudinile privind efectele pe termen lung. [3, 4, 6]

Nu prezentăm o categorie întreagă ca sigură și nici nu ignorăm obiectivul pacientului care a reușit să oprească țigările. Clarificăm ce folosește, evităm revenirea la fumat și discutăm tratamentele cu eficacitate bine documentată în corpus. Datele istorice despre autorizații și piață nu sunt actualizate aici. Lecția separă mecanismul și expunerea de afirmația comercială că un dispozitiv ar fi o soluție fără riscuri. [3, 4, 6]

8. Internarea și externarea sunt momente de schimbare

La internare aflăm dacă pacientul și-a întrerupt brusc fumatul. Neliniștea și iritabilitatea pot include sevraj nicotinic, care merită tratat. În același timp, urmărim efectele psihotropelor susceptibile la schimbarea metabolizării. Nu atribuim automat somnolența accentuată bolii psihice. Istoricul fumatului, data schimbării și medicația trebuie comunicate între echipe. Ajustările se bazează pe evaluare clinică și, când sunt disponibile și indicate, concentrații medicamentoase. [1, 5]

La externare întrebăm ce intenționează să facă și ce este probabil să se întâmple acasă. Reluarea fumatului poate modifica din nou expunerea la psihotrope. Planul include tratamentul nicotinic, sprijinul comportamental și urmărirea medicală. Modificările dozelor nu se deduc dintr-un procent universal de țigări. Comunicarea dintre pacient, prescriptor și echipa care îl urmărește este parte din siguranța farmacologică. [1, 5]

Două schimbări după oprirea țigărilor

- Oprirea fumului
- Sevraj nicotinic
- Substituție și sprijin
- Metabolizare modificată
- Reevaluarea psihotropelor [1, 3-6]

Tratamentul sevrajului nicotinic și monitorizarea medicamentelor sunt două sarcini distincte. Nicotina nu reproduce toate efectele fumului. [1, 3-6]

Repere clinice și completări ale ediției

Hidrocarburile aromatice policiclice din fumul de tutun, nu nicotina, induc CYP1A2. Oprirea fumatului, inclusiv trecerea la substituție nicotinică, poate crește concentrațiile clozapinei și olanzapinei; monitorizăm simptomele, concentrațiile când sunt indicate și ajustăm individual. Nu aplicăm automat o reducere procentuală universală și nu atribuim agranulocitoza acestei interacțiuni. Pentru guma cu nicotină: mestecare lentă până la gustul caracteristic, apoi menținere între obraz și gingie, repetat conform prospectului. [7]

Idei de reținut

• Tutunul poate fi tratat în aceeași perioadă cu alte adicții.

• Nicotina și fumul au efecte diferite.

• Substituția combinată și vareniclina sunt opțiuni importante.

• Bupropionul cere evaluarea riscului convulsiv și a interacțiunilor.

• Oprirea fumatului poate crește expunerea la clozapină sau olanzapină.

• Sprijinul și monitorizarea continuă după ziua opririi. [1, 3-6]

Caz clinic fictiv: aplică raționamentul

Caz fictiv. Mara, 40 de ani, primește clozapină și fuma zilnic înainte de internare. În spital nu fumează și primește un plasture cu nicotină. După câteva zile este mai somnolentă decât de obicei și spune că se simte ametită. Un coleg presupune că plasturele păstrează toate efectele farmacologice ale țigărilor și că tratamentul psihiatric nu trebuie reevaluat. Mara dorește să rămână fără țigări, dar se teme că sevrajul îi va agrava simptomele. La domiciliu locuiește cu persoane care fumează și nu are încă un plan pentru externare. Nu s-a consemnat clar în foaie data ultimei țigări și nici planul de monitorizare. [2]

Ce trebuie verificat? [1, 3-6]

A. Schimbarea fumatului și posibila creștere a expunerii la clozapină, alături de alte cauze ale simptomelor.

B. Doar dacă plasturele are culoarea potrivită.

C. Nimic; nicotina păstrează obligatoriu inducția produsă de fum.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: A. [1, 3-6]

Opțiunea A: Oprirea fumatului poate reduce inducția CYP1A2 și poate crește expunerea la clozapină. Plasturele nu reproduce acest efect al fumului. Simptomele necesită evaluare, fără a le atribui exclusiv interacțiunii. Dorința de renunțare trebuie susținută și coordonată cu monitorizarea medicației. [1, 3, 4, 5, 6]

Opțiunea B: Siguranța depinde de starea clinică, medicație și schimbarea expunerii, nu de un detaliu cosmetic. Sunt importante data opririi, doza administrată efectiv, semnele de toxicitate și celelalte cauze de somnolență, plus planul pentru perioada de după externare. [1, 3, 4, 5, 6]

Opțiunea C: Această presupunere confundă nicotina cu efectele fumului asupra enzimelor. Substituția poate trata sevrajul fără să mențină aceeași metabolizare a psihotropului. Schimbarea fumatului trebuie comunicată prescriptorului și urmărită, inclusiv dacă pacientul reia țigările ulterior. [1, 3, 4, 5, 6]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Ce avantaj oferă asocierea plasturelui cu o formă rapidă de substituție? [3]

A. Poate acoperi atât fondul sevrajului, cât și episoadele de poftă.

B. Elimină orice nevoie de urmărire.

C. Produce aceleași substanțe de combustie ca țigările.

Răspuns corect: A. Plasturele asigură o expunere mai constantă, iar forma rapidă poate ajuta în situații de poftă. Studiile sintetizate susțin combinația față de plasturele singur. Tehnica, aderența și tolerabilitatea trebuie totuși verificate. [3]

Întrebarea 2. Care este o problemă importantă pentru bupropion? [4]

A. Sevrajul alcoolic activ și riscul de convulsii.

B. Prezența oricărei boli psihice, indiferent de context.

C. Lipsa nicotinei în comprimat.

Răspuns corect: A. Bupropionul poate crește riscul convulsiv și este contraindicat în situațiile descrise de sursă, inclusiv sevraj de alcool sau benzodiazepine. Diagnosticul psihiatric singur nu stabilește alegerea; contează profilul individual și interacțiunile. [4]

Întrebarea 3. Ce se poate întâmpla cu clozapina după oprirea fumatului? [5]

A. Concentrația plasmatică poate crește; este necesară monitorizarea individuală.

B. Concentrația rămâne obligatoriu identică dacă există plasture.

C. Nu există nicio legătură posibilă.

Răspuns corect: A. Fumul influențează metabolizarea prin inducția CYP1A2. Renunțarea poate crește expunerea la medicament, iar nicotina administrată separat nu reproduce această inducție. Este necesară urmărirea clinică și ajustarea individuală, fără formule universale. [5]

Întrebarea 4. Cum abordăm o țigară fumată după ziua opririi? [1]

A. Ca motiv de excludere din tratament.

B. Prin analiza situației și reluarea planului.

C. Prin oprirea obligatorie a tuturor intervențiilor.

Răspuns corect: B. O abatere poate arăta un stimul neanticipat, sevraj insuficient controlat sau dificultăți de administrare. Analiza fără culpabilizare permite o intervenție concretă. Menținerea urmăririi este utilă pentru prevenirea revenirii la tiparul anterior. [1]

Termeni explicaţi

Substituție nicotinică: administrarea controlată de nicotină pentru reducerea sevrajului, fără fumul țigărilor. [1, 3-6]

Inducție enzimatică: creșterea activității unei enzime, care poate accelera metabolizarea unui medicament. [1, 3-6]

Stimul asociat consumului: situație care a fost legată repetat de fumat și poate declanșa poftă. [1, 3-6]

Note despre documentare

Au fost comparate afirmațiile clinice, mecanismele și limitele dovezilor cu pasajele citate. Cazul, diagrama și întrebările sunt originale. Nu s-au verificat pe internet autorizațiile ori produsele disponibile în prezent. [2]

Capitolele 22 și 65 nu formulează identic concluziile despre dispozitivele electronice; diferența este păstrată, fără verdict nou de actualitate. [2]

Nu este preluată formularea discutabilă din Seminars privind enzima inhibată de bupropion. [2]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 74, „Behavioral Interventions for Tobacco Use Disorder” (pp. 444-449).

[2] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 15: Tutunul și produsele cu nicotină – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[3] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 65, „Pharmacological Interventions for Nicotine and Tobacco Use” (pp. 398-403).

[4] Robson, D., & McNeill, A. (2021). Tobacco use disorders. In E. Day (Ed.), *Seminars in addiction psychiatry* (2nd ed., pp. 207-229). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781911623199

[5] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 16, „The Pharmacology of Nicotine and Tobacco” (pp. 91-97).

[6] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 22, „Electronic Drug Delivery Devices” (pp. 126-132).

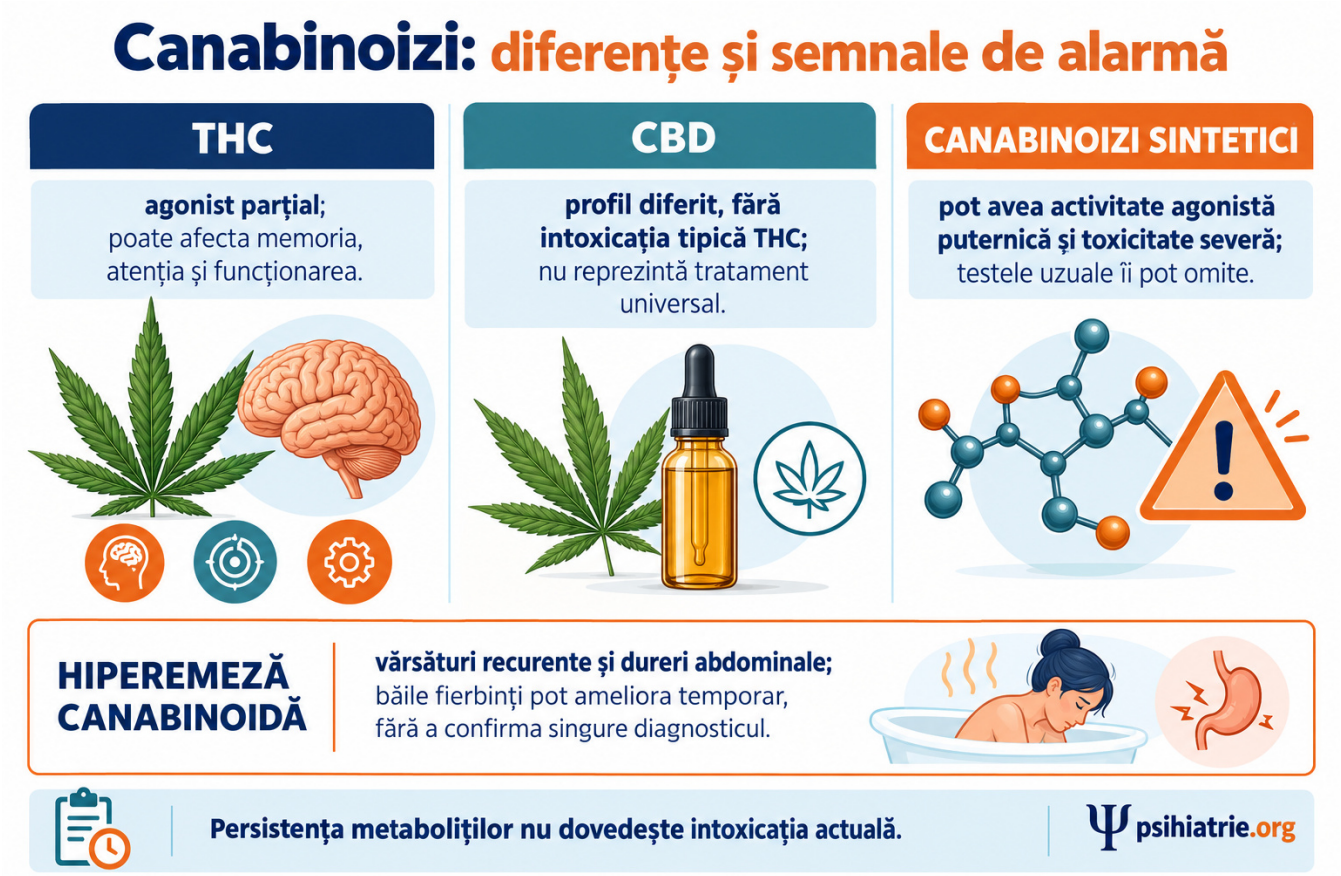
[7] NHS Specialist Pharmacy Service. (n.d.). Considering drug interactions with smoking. https://sps.nhs.uk/articles/considering-drug-interactions-with-smoking/

[8] Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România. (2026). Rezumatul caracteristicilor produsului: Axabal 150 mg și 300 mg comprimate cu eliberare modificată (APP 15784/2025 și 15785/2025; textul revizuit în ianuarie 2026). https://www.anm.ro/_/_RCP/RCP_15784_22.01.25.pdf

16. Canabisul și canabinoizii

Canabisul nu este un singur produs cu un singur efect. Conținutul de THC și CBD, calea de administrare, frecvența și vulnerabilitatea persoanei schimbă experiența și riscul. Un pacient poate descrie calmare imediată și, în același timp, dificultăți de memorie, sevraj sau simptome psihotice. Evaluarea trebuie să le includă pe toate. O utilizare medicală a unui produs standardizat nu dovedește că orice preparat comercial este eficient sau sigur. Tratamentul tulburării de consum se bazează în principal pe intervenții psihosociale și pe abordarea problemelor asociate. [1]

Sinteză vizuală / Canabinoizi: diferențe și semnale de alarmă



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1, 3-6]

Ce vei putea face după lectură

- Să diferențiezi THC, CBD, preparatele și căile de administrare. [2]
- Să recunoști intoxicația, sevrajul și complicațiile relevante. [2]
- Să formulezi o intervenție bazată pe funcționare și pe limitele dovezilor. [2]

1. Ce înseamnă THC, CBD și canabinoid

THC este principalul constituent care produce intoxicația caracteristică a canabisului și are activitate parțial agonistă la receptorul CB1. Canabidiolul (CBD) are un profil diferit, cu mai multe ținte biologice, și nu produce intoxicația tipică THC; aceasta nu înseamnă absența reacțiilor adverse sau a interacțiunilor. Mulți canabinoizi sintetici, comercializați inclusiv ca Spice sau K2, sunt agoniști puternici ori compleți la CB1, cu toxicitate neuropsihiatrică și cardiovasculară severă și imprevizibilă. Nu îi echivalăm cu planta. [1]

Sistemul endocanabinoid participă la reglarea unor procese precum stresul, memoria, apetitul și durerea. Faptul că există un sistem natural nu dovedește că stimularea sa prin orice produs este sigură. În anamneză cerem numele, forma și concentrația declarată, când acestea sunt cunoscute. O etichetă de tip „natural”, „medical” sau „CBD” nu înlocuiește identificarea produsului și evaluarea expunerii reale. [1]

2. Calea de administrare schimbă timpul și riscul

Prin inhalare, efectele apar mai repede. După ingestie, debutul este mai lent și variabil, iar efectele pot dura mai mult. Această întârziere poate favoriza administrarea repetată înainte ca prima cantitate să își facă efectul. Concentrațiile și formulările diferă mult. Întrebarea „câte țigări?” nu descrie adecvat un concentrat, un produs alimentar sau un dispozitiv electronic. Cantitatea consumată trebuie interpretată în contextul produsului. [1]

THC este lipofil și poate persista în țesuturi; metaboliții urinari pot rămâne detectabili după dispariția intoxicației. Un test pozitiv nu dovedește afectarea actuală și nici un nou consum în fiecare situație. Interpretăm testele prin cronologie, frecvență și metodă. Concentrația nu oferă o măsură simplă și universală a capacității de a conduce sau de a desfășura activități care cer atenție și coordonare. [1]

3. Intoxicația și evaluarea siguranței

Pot apărea euforie, relaxare, modificarea percepției timpului și creșterea apetitului. Pot apărea și anxietate, panică, suspiciozitate, tulburări de memorie, atenție și coordonare. La unele persoane apar halucinații sau idei delirante. Majoritatea episoadelor sunt autolimitate, dar această observație nu justifică ignorarea unei prezentări severe. Alterarea conștienței, simptomele psihotice importante, durerea toracică sau consumul mixt cer evaluare medicală potrivită. [1, 3]

Un mediu liniștit și reasigurarea pot ajuta în manifestările ușoare. Dacă sunt necesare medicamente, alegerea ține de severitate și comorbidități, în cadrul îngrijirii clinice. Se evaluează și riscul psihiatric, nu numai substanța. Persistența simptomelor după perioada așteptată impune reconsiderarea diagnosticului. Nu recomandăm conducerea sau activități riscante în intoxicație; senzația subiectivă de calm nu garantează coordonare și reacții intacte. [1, 3]

4. Sevrajul și funcția consumului

După reducerea unui consum frecvent pot apărea iritabilitate, anxietate, neliniște, insomnie, vise intense și scăderea apetitului. Simptomele încep adesea în primele zile și pot persista mai multe săptămâni. Nu sunt de obicei comparabile ca risc vital cu sevrajul alcoolic, dar pot afecta mult funcționarea. Reluarea consumului pentru a dormi sau a opri iritabilitatea poate menține ciclul. Explicarea acestui mecanism reduce interpretarea greșită că produsul tratează obligatoriu boala de fond. [1, 4]

Evaluăm separat tulburarea de consum: controlul, consecințele, prioritizarea, încercările de reducere și impactul asupra activității. Nu orice utilizare înseamnă tulburare, iar frecvența singură nu descrie întreaga severitate. Întrebăm ce beneficiu percepe persoana și ce costuri observă. Un jurnal al consumului, somnului și simptomelor poate arăta relații utile, dar nu demonstrează singur cauzalitatea. Formularea se revizuiește prin evoluție. [1, 4]

5. Psihoza și cogniția: asociere și vulnerabilitate

Consumul de canabis, mai ales cu potență mare, este asociat în surse cu risc de simptome și tulburări psihotice. La persoanele cu schizofrenie, consumul poate fi asociat cu recurență, internări și aderență mai slabă. Aceste date justifică o discuție clinică serioasă. Nu permit însă calcularea destinului unei persoane și nici atribuirea automată a oricărei psihoze exclusiv canabisului. Cronologia, episoadele fără consum și alte vulnerabilități contează. [1]

Efectele acute asupra atenției și memoriei sunt importante pentru activitatea zilnică. Pentru efectele de lungă durată, studiile sunt influențate de vârstă, consumul altor substanțe și comorbidități. Nu prezentăm toate asocierile ca leziuni permanente demonstrate. Monitorizăm schimbarea funcționării după reducere sau abstinență și tratăm simptomele persistente. O discuție echilibrată poate recunoaște calmarea percepută de pacient și poate explica simultan riscul. [1]

6. Hiperemeza și alte contexte vulnerabile

Sindromul de hiperemeză canabinoidă include vărsături repetate, adesea cu dureri abdominale, la persoane cu consum intens și frecvent. Ameliorarea prin dușuri fierbinți este un indiciu, nu un test diagnostic. Sunt necesare evaluarea deshidratării și excluderea altor cauze. Oprirea canabisului este o componentă importantă a tratamentului. Faptul că un canabinoid poate avea efect antiemetic într-o anumită indicație nu exclude hiperemeza asociată consumului cronic. [1, 5]

7. Tratamentul tulburării de consum

Interviul motivațional și intervențiile de creștere a motivației explorează ambivalența. Terapia cognitiv-comportamentală lucrează cu factorii declanșatori, gestionarea poftei și alternativele pentru somn ori anxietate. Managementul contingențelor întărește comportamentele convenite prin recompense explicite. În sursa citată, cea mai eficace intervenție psihosocială este combinația dintre managementul contingențelor (Contingency Management) pe bază de vouchere/stimulente, orientat spre abstinență, și terapia cognitiv-comportamentală, mai eficace decât oricare dintre ele singură (Addiction Psychiatric Medicine: A Comprehensive Board Review). Intervențiile familiale pot fi utile, mai ales la tineri. Planul trebuie să trateze și depresia, anxietatea sau psihoza asociată. Nu condiționăm orice ajutor de acceptarea imediată a unui obiectiv perfect. [5]

8. Medicația și utilizările terapeutice nu se confundă

În corpus nu există un tratament medicamentos bine stabilit pentru tulburarea de consum de canabis. Au fost studiate mai multe substanțe, dar un rezultat preliminar sau o reducere a sevrajului nu demonstrează eficacitatea unui tratament de durată. CBD, gabapentina și preparatele cu THC nu trebuie prezentate ca soluții certe. Medicația unei comorbidități are altă țintă și nu garantează reducerea consumului. [3, 4]

9. Cum răspundem la întrebarea „este medicinal?”

Dovezile trebuie legate de produs, doză, indicație și rezultat. Sursele descriu utilizări ale unor preparate standardizate pentru anumite forme de epilepsie, greață asociată chimioterapiei și spasticitate. Acest fapt nu validează orice produs pentru anxietate, insomnie sau durere. Chiar capitolele din corpus formulează diferit concluziile despre durere. Păstrăm această incertitudine, fără să alegem o afirmație absolută care ascunde diferențele dintre studii și preparate. [1, 6]

În sarcină, sursele descriu asocieri cu rezultate nefavorabile și limite metodologice. Absența unei certitudini cauzale complete nu dovedește siguranța, iar recomandarea de rutină pentru greață sau somn nu rezultă din aceste date. Discutăm alternativele și sprijinim reducerea riscului. Pentru orice utilizare propusă, întrebarea finală este concretă: ce problemă tratăm, cu ce produs, ce beneficiu urmărim și ce reacții ori interacțiuni vom monitoriza? [1, 6]

Aceeași denumire, expuneri diferite

- Produs și concentrație
- Cale și frecvență
- Vulnerabilitate
- Efecte și funcționare
- Plan și reevaluare [1, 3-6]

Riscul rezultă din mai multe elemente. Schema nu estimează numeric riscul individual și nu echivalează toate preparatele. [1, 3-6]

Repere clinice și completări ale ediției

THC este un agonist parțial la receptorii canabinoizi; mulți canabinoizi sintetici sunt agoniști puternici sau compleți, cu toxicitate imprevizibilă. Canabidiolul nu are profilul intoxicant tipic THC, dar poate avea reacții adverse și interacțiuni. În hiperemeza canabinoidă, implicarea CB1 și TRPV1 este o explicație propusă, nu un mecanism definitiv stabilit; ameliorarea prin dușuri fierbinți nu este specifică. Băile foarte fierbinți pot provoca arsuri și deshidratare. [1, 3-6]

Idei de reținut

• THC și CBD au profiluri diferite.

• Produsele și căile de administrare nu sunt interschimbabile.

• Un test urinar pozitiv nu dovedește intoxicația actuală.

• Sevrajul poate întreține consumul pentru alinare.

• Psihoza și hiperemeza cer evaluare atentă.

• Intervențiile psihosociale sunt baza tratamentului tulburării de consum.

• O indicație medicală specifică nu dovedește siguranța oricărui produs. [1, 3-6]

Caz clinic fictiv: aplică raționamentul

Caz fictiv. Victor, 24 de ani, consumă canabis zilnic pentru anxietate. A trecut recent la un concentrat despre care spune că este „mai curat”. Observă dificultăți de concentrare și interpretează uneori discuțiile colegilor ca fiind despre el. Când încearcă să reducă, doarme prost, este iritabil și reia consumul. Nu știe concentrația de THC sau CBD. Cere un produs cu CBD care să rezolve totul, deoarece a citit că substanța are utilizări medicale. Lucrează într-un post care cere atenție și dorește să păstreze locul de muncă. Acceptă să discute legătura dintre consum, somn și suspiciozitate, dar nu este sigur că vrea abstinență definitivă. [2]

Care este abordarea inițială potrivită? [1, 3-6]

A. Validarea automată a concentratului ca tratament sigur.

B. Evaluarea simptomelor psihotice, a produsului și a funcționării, cu intervenție pentru consum și reevaluare.

C. Prescrierea unui CBD comercial ca tratament dovedit al tuturor simptomelor.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: B. [1, 3-6]

Opțiunea A: Puritatea presupusă nu descrie potența sau siguranța. Concentrația mare de THC poate fi relevantă pentru efectele psihice. Suspiciozitatea și afectarea funcțională necesită evaluare, iar insomnia la reducere poate fi sevraj, fără să dovedească o indicație terapeutică pentru continuare. [1, 3, 4, 5, 6]

Opțiunea B: Evaluarea include siguranța, cronologia și diagnosticul diferențial. Se pot negocia obiective concrete și sprijin pentru simptomele de reducere. Psihoza persistentă nu este

ignorată până la abstinență. Formularea se verifică în timp, împreună cu funcționarea și tratamentul comorbidităților. [1, 3, 4, 5, 6]

Opțiunea C: Indicațiile unor preparate standardizate nu se transferă automat produselor comerciale. Dovezile pentru tratamentul tulburării de consum cu CBD sunt limitate în corpus. Riscul de a oferi o soluție aparent simplă este amânarea evaluării psihozei și a intervenției psihosociale. [1, 3, 4, 5, 6]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Ce diferență este corectă? [1]

A. THC poate produce intoxicație; CBD are alt profil și nu produce intoxicația tipică THC.

B. CBD și THC au obligatoriu aceleași efecte.

C. Orice produs natural este lipsit de interacțiuni.

Răspuns corect: A. Cele două substanțe nu sunt interschimbabile. Faptul că CBD nu produce intoxicația tipică THC nu înseamnă că este inert sau sigur în orice situație. Evaluarea cere identificarea produsului, concentrației, indicației și celorlalte tratamente, fără generalizări pornind de la denumirea comercială. [1]

Întrebarea 2. De ce produsele ingerate pot duce la expunere neașteptat de mare? [1]

A. Au întotdeauna efect imediat.

B. Debutul întârziat poate favoriza readministrarea înaintea efectului.

C. Nu conțin niciodată THC.

Răspuns corect: B. Absorbția orală este mai lentă și variabilă, iar efectele pot dura mai mult decât după inhalare. Persoana poate lua repetat produsul crezând că nu funcționează. Calea și concentrația trebuie evaluate separat. [1]

Întrebarea 3. Ce sugerează vărsăturile ciclice cu dușuri fierbinți la consum intens? [5]

A. Posibil sindrom de hiperemeză canabinoidă, cu evaluarea altor cauze.

B. Dovada că produsul trebuie crescut.

C. Un diagnostic sigur fără examen medical.

Răspuns corect: A. Relatarea este un indiciu clinic, nu un test exclusiv. Deshidratarea și alte cauze de vărsături trebuie evaluate. Oprirea consumului are un rol important în tratament, chiar dacă unii canabinoizi sunt folosiți ca antiemetice în alte contexte. [5]

Întrebarea 4. Care este baza tratamentului tulburării de consum în corpus? [4, 5]

A. Un medicament universal cu eficacitate certă.

B. Intervențiile psihosociale, cu tratamentul problemelor asociate.

C. Așteptarea fără evaluare.

Răspuns corect: B. Intervențiile motivaționale, cognitive și comportamentale și managementul contingențelor au roluri importante. Dovezile pentru farmacoterapia specifică sunt limitate.

Tratamentul anxietății sau psihozei poate fi necesar concomitent, dar nu înlocuiește intervenția asupra consumului. [4, 5]

Termeni explicaţi

THC: canabinoid care produce o mare parte din efectele intoxicante ale canabisului. [1, 3-6]

CBD: canabinoid farmacologic activ, care nu produce intoxicația tipică THC; poate avea reacții adverse și interacțiuni. [1, 3-6]

Hiperemeză: vărsături intense sau repetate, cu risc de deshidratare. [1, 3-6]

Managementul contingențelor: folosirea unor recompense planificate pentru comportamente terapeutice clar definite. [1, 3-6]

Note despre documentare

Au fost comparate afirmațiile clinice, mecanismele și limitele dovezilor cu pasajele citate. Cazul, diagrama și întrebările sunt originale. Nu s-au verificat pe internet autorizațiile ori produsele disponibile în prezent. [2]

Sursele formulează diferit eficacitatea în durere. Lecția păstrează incertitudinea și specificitatea produsului. [2]

Nu sunt preluate dozele și conversiile THC eronate sau neclare din Board Review p. PDF 83. [2]

Statutul actual de autorizare și disponibilitate nu a fost verificat extern. [2]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 17, „The Pharmacology of Cannabinoids” (pp. 98-104).

[2] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 16: Canabisul și canabinoizii – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[3] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 59, „Management of Stimulant, Hallucinogen, Cannabis, Phencyclidine, and Other Drug Intoxication and Withdrawal” (pp. 361-367).

[4] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 66, „Pharmacological Interventions for Other Substances and Multiple Substance Use Disorders” (pp. 404-406).

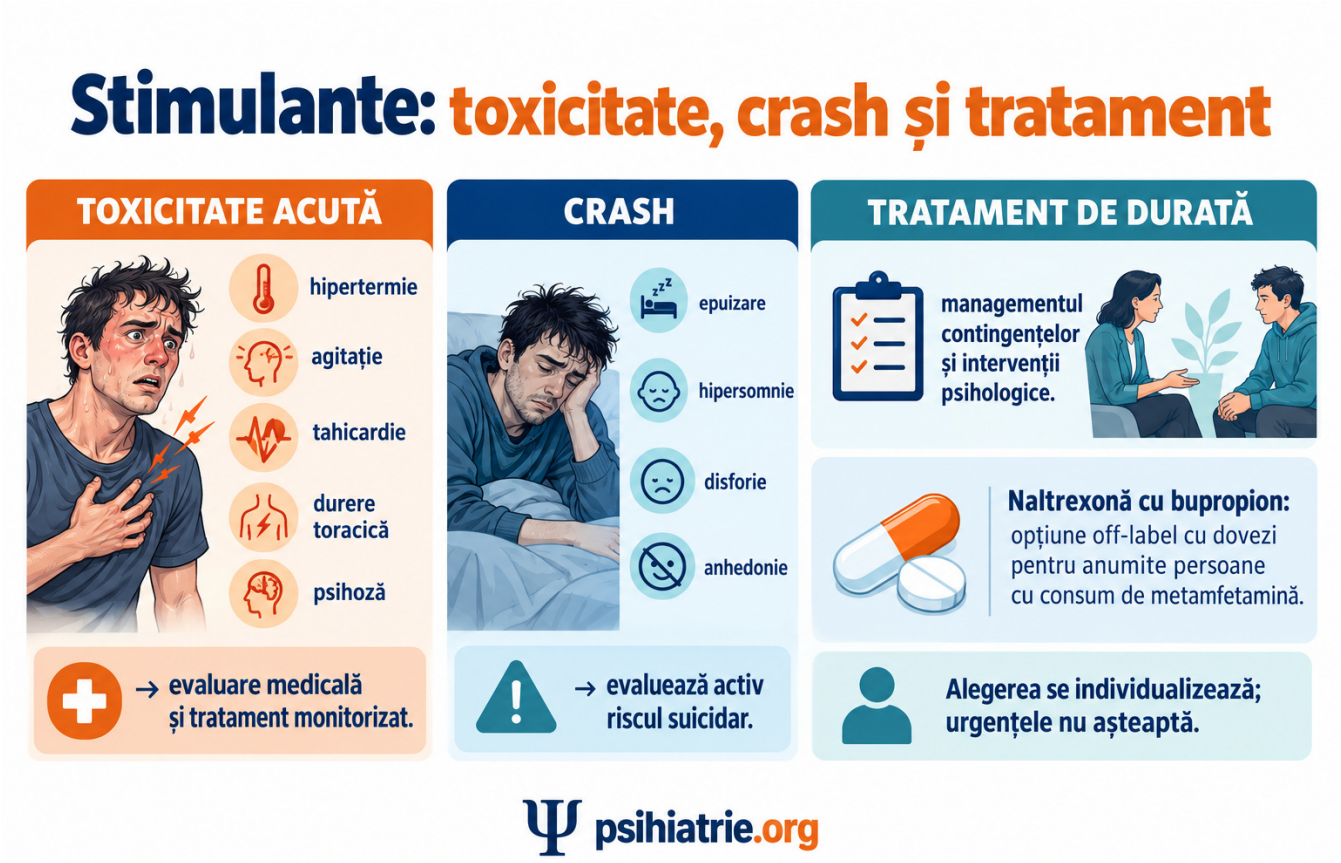
[5] Colón-Rivera, H. A., Aoun, E. G., & Vaezazizi, L. M. (2023). *Addiction psychiatric medicine: A comprehensive board review*. Elsevier. Capitolul 8, „Cannabis Use Disorder” (pp. 73-84).

[6] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 126, „Therapeutic Effectiveness of Cannabis and Cannabinoids” (pp. 754-760).

17. Cocaina și alte stimulante

Cocaina, amfetaminele și metamfetamina pot da energie și încredere pe termen scurt. Repetarea consumului poate aduce insomnie, epuizare, suspiciozitate și pierderea controlului. Consultația trebuie să lege trei momente: intoxicația, perioada de după oprire și tratamentul de durată. O persoană liniștită după câteva zile de consum poate rămâne în pericol din cauza depresiei sau a unei complicații somatice. Lecția explică ce trebuie căutat, cum se construiește un plan comportamental și cum se discută prudent opțiunile medicamentoase descrise în cărți. [1, 2]

Sinteză vizuală / Stimulante: toxicitate, crash și tratament



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1, 2, 4-9]

Ce vei putea face după lectură

- Să recunoști urgențele medicale și psihiatrice asociate stimulantelor. [3]
- Să diferențiezi simptomele de intoxicație, sevraj și tulburare psihiatrică persistentă. [3]
- Să construiești un plan cu intervenții comportamentale și monitorizare explicită. [3]

1. Ce substanță, ce efect, ce tipar?

Întreabă separat despre cocaină, amfetamină, metamfetamină și medicamente stimulante folosite altfel decât au fost prescrise. Numele de pe piață nu garantează conținutul. Notează calea de administrare, frecvența, durata episoadelor și timpul de la ultima doză. Contează și ce urmărește persoana: plăcere, muncă prelungită, scădere ponderală, socializare sau sex. Aceste funcții vor orienta alternativele terapeutice. [1, 2]

Cocaina crește disponibilitatea unor neurotransmițători prin blocarea recaptării. Amfetaminele favorizează și eliberarea monoaminelor. Pentru clinician, rezultatul comun este activarea psihică și vegetativă. Intensitatea depinde de substanță, doză, cale și context. Repetarea dozelor, privarea de somn și consumul mixt pot transforma euforia în anxietate, iritabilitate sau paranoia. Nu deduce severitatea doar din cantitatea declarată. [1, 2]

2. Mai întâi, identifică urgența

Durerea toracică, dispneea, hipertermia, convulsiile, deficitul neurologic, confuzia și agitația severă cer evaluare medicală imediată. Stimulantele pot produce ischemie, aritmii și rabdomioliză. Un pacient tânăr nu este protejat de infarct. Măsoară semnele vitale și caută complicațiile prin examen și investigații adaptate tabloului. Un rezultat toxicologic nu înlocuiește evaluarea și nu stabilește singur riscul actual. [2, 4]

Mediul liniștit și reducerea stimulilor ajută. Capitolul despre intoxicații descrie benzodiazepinele drept tratament inițial pentru agitația severă și toxicitatea acută, în condiții de monitorizare. Psihoza persistentă sau răspunsul insuficient pot necesita măsuri suplimentare și internare. Alegerea antipsihoticului cere atenție la convulsii și reacții adverse. Acesta este un cadru de recunoaștere și trimitere, nu un protocol complet de urgență. [2, 4]

3. Faza de epuizare și disforie postconsum (faza de „crash”)

După oprire pot apărea oboseală, somn prelungit ori somn perturbat, foame, lipsă de plăcere, iritabilitate și dificultăți de concentrare. Dorința de consum poate rămâne intensă. Simptomele se reduc adesea în primele săptămâni, dar unele persistă mai mult. Nu promite un calendar fix. Urmărește evoluția, somnul și capacitatea de a îndeplini sarcinile zilnice. [1, 2]

Lipsa unui sevraj vegetativ dramatic nu înseamnă lipsa pericolului. Întreabă direct despre idei suicidare, intenție, mijloace disponibile și tentative anterioare. Reevaluează după ce intoxicația se remite. Stabilește cine poate oferi sprijin și când are loc următorul contact. Depresia severă, psihoza sau incapacitatea de îngrijire pot modifica nivelul de tratament chiar dacă pulsul și tensiunea s-au normalizat. [1, 2]

4. Consumul mixt și contextul sexual

Alcoolul consumat împreună cu cocaina poate prelungi efectele prin formarea cocaetilenei. Întreabă și despre opioide, sedative, canabis și alte stimulante. Combinațiile schimbă riscurile și pot masca un sindrom dominant. Înaintea unui stimulant prescris, verifică inclusiv tratamentul cu inhibitori de monoaminooxidază. Cartea semnalează interacțiuni catecolaminergice importante; prescripțiile și produsele fără rețetă trebuie discutate împreună. [1, 5]

Consumul de substanțe asociat contextului sexual (fenomenul de chemsex) se explorează fără prejudecăți despre identitate sau orientare. Întreabă despre scopul consumului, durata întâlnirilor, somn, consimțământ, protecție, injectare și eventuale experiențe nedorite. Apoi leagă îngrijirea adicției de sănătatea sexuală și de nevoile psihologice. Recomandarea acestui curs: nu ne oprim la îndemnul de a evita petrecerile, care nu rezolvă singur singurătatea, teama de apropiere sau funcția socială a consumului. [1, 5]

5. Construiește tratamentul în jurul comportamentelor

Managementul contingențelor (întărirea planificată a unor comportamente-țintă verificate) stabilește o țintă obiectivă verificabilă și oferă un beneficiu apropiat în timp de comportamentul dorit. De exemplu, programul poate recompensa rezultate toxicologice convenite în prealabil. Regulile trebuie să fie clare, consecvente și cunoscute pacientului. Terapia cognitiv-comportamentală lucrează cu situațiile declanșatoare, așteptările despre efectele substanței, cravingul și alternativele concrete. Cele două intervenții pot fi combinate. Efectul lor suplimentar diferă însă: dovezi limitate sugerează că managementul contingențelor crește eficacitatea tratamentului farmacologic, în timp ce adăugarea terapiei cognitiv-comportamentale la îngrijirea obișnuită plus medicament aduce un beneficiu mic sau niciun beneficiu. [2, 6, 7]

Planul începe cu problemele care împiedică participarea: transport, locuință, datorii, program de muncă și lipsa somnului. Alege una sau două schimbări realizabile. În loc de „să își schimbe anturajul”, formulează „să contacteze o persoană de sprijin înaintea serii cu risc”. Revenirea la activități fără consum oferă recompense naturale. Progresul se măsoară și prin prezență, funcționare și reducerea riscurilor. [2, 6]

6. Ce înseamnă dovezi limitate pentru medicamente?

În edițiile consultate nu este descris un medicament cu eficacitate largă, robustă, aprobat specific pentru tulburările de consum de cocaină sau de stimulante de tip amfetaminic. Această afirmație descrie sursele, nu verifică statutul autorizărilor din România în prezent. Un studiu pozitiv nu transformă o opțiune într-o soluție generală. Contează substanța, populația inclusă, rezultatul urmărit și calitatea comparației. [7, 8]

ASAM discută rezultate pentru unele medicamente în consumul de cocaină și pentru asocierea naltrexonă injectabilă cu eliberare prelungită + bupropion în consumul de metamfetamină (studiul ADAPT-2). Nu extrapolăm între cele două tulburări. O utilizare în afara indicației necesită justificare individuală, explicarea incertitudinii și monitorizare. Naltrexona impune evaluarea expunerii la opioide, deoarece poate precipita sevrajul. Medicația pentru depresie sau psihoză se alege și pentru indicația psihiatrică reală, nu ca substitut al intervențiilor comportamentale. [7, 8]

7. Monitorizare și revizuirea planului

La fiecare reevaluare urmărește consumul, somnul, dispoziția, psihoza, cravingul și funcționarea. Întreabă ce s-a întâmplat înaintea unei reveniri la consum și ce a fost totuși diferit față de episodul anterior. Analizele și testarea toxicologică trebuie să răspundă unor întrebări clinice. Discută rezultatele cu pacientul. Recomandarea acestui curs: evită transformarea monitorizării într-o probă de valoare morală sau într-un motiv automat de excludere. [7-9]

O psihoză care persistă ori reapare în afara intoxicației necesită evaluare longitudinală. La fel, depresia nu se explică automat prin „cădere”. Comorbiditățile se tratează coordonat. Planul se intensifică dacă apar pericole acute, agravare psihiatrică sau eșecul cadrului actual de a asigura siguranța. Recunoaște explicit și reușitele mici: prezentarea la consultație, acceptarea sprijinului și o situație dificilă gestionată fără consum. [7-9]

Schema de lucru: Cocaina și alte stimulante

• Consum repetat

• Insomnie și risc

• Oprire și cădere

• Siguranță

• Tratament de durată [1, 2, 4-9]

Schemă orientativă. Evoluția nu este identică la toți pacienții și nu înlocuiește evaluarea urgențelor. [1, 2, 4-9]

Repere clinice și completări ale ediției

Cocaina inhibă transportorii DAT, NET și SERT; amfetaminele cresc eliberarea monoaminelor prin mecanisme care includ transportorii, VMAT2 și TAAR1. [1, 2] În chemsex explorăm substanțele și contextul concret, consimțământul, infecțiile și siguranța, fără a presupune că orice consum sexualizat este identic. ADAPT-2 a găsit un beneficiu modest al naltrexonei injectabile cu bupropion în tulburarea de consum de metamfetamină; utilizarea este off-label și nu înlocuiește managementul contingențelor. [10]

Idei de reținut

• Urgențele cardiovasculare și hipertermia pot apărea la persoane tinere.

• Perioada de după oprire cere reevaluarea riscului suicidar.

• Întreabă despre consum mixt și funcția concretă a consumului.

• Managementul contingențelor și abilitățile cognitive și comportamentale au rol central.

• Rezultatele unui medicament pentru cocaină nu se transferă automat la metamfetamină.

• Măsoară și funcționarea, participarea și reducerea riscurilor. [1, 2, 4-9]

Caz clinic fictiv: aplică raționamentul

Radu, 34 de ani, lucrează cu termene de predare scurte. De câteva luni folosește cocaină în două sau trei seri consecutive. Bea alcool ca să „poată încheia seara”. Apoi doarme mult, lipsește de la serviciu și se simte inutil. Se prezintă la două zile după ultimul episod. Nu are durere toracică, dar spune că uneori ar prefera să nu se mai trezească. Cere un medicament care să îi redea imediat energia. Partenera îl poate însoți, dacă el dorește. Nu a avut încă o evaluare a ideilor suicidare și nu există un plan pentru următoarele zile. Caz fictiv, creat pentru învățare. [3]

Care este prioritatea consultației? [1, 2, 4-9]

A. Evaluarea riscului suicidar și a complicațiilor, urmată de un plan apropiat de monitorizare.

B. Prescrierea imediată a unui stimulant pentru a corecta epuizarea.

C. Amânarea oricărei discuții până la o lună de abstinență.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: A. [1, 2, 4-9]

Opțiunea A: Siguranța se clarifică acum. Epuizarea poate fi legată de oprirea consumului, dar ideile despre moarte cer evaluare directă. Ulterior se construiește un plan pentru somn, consum mixt și tratament comportamental. Alegerea nivelului de îngrijire depinde de evaluarea actuală, nu numai de explicația probabilă a epuizării. [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9]

Opțiunea B: Epuizarea nu dovedește ADHD sau o indicație pentru stimulant. O prescripție grăbită poate rata riscul suicidar, tulburarea de somn și consumul mixt. Înaintea oricărei decizii, trebuie clarificate indicația, contraindicațiile și capacitatea pacientului de a urma un plan sigur în zilele următoare. [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9]

Opțiunea C: Observația în timp ajută diagnosticul, dar nu justifică lipsa îngrijirii. Riscurile și suferința actuală trebuie abordate de la prima întâlnire. Un diagnostic provizoriu poate fi însoțit de tratament și urmărire. Așteptarea pasivă lasă neacoperit tocmai intervalul în care pacientul descrie disperare. [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Ce simptom după stimulante impune evaluare medicală urgentă? [1, 4]

A. Durere toracică nouă.

B. Plictiseală izolată, fără alte simptome.

C. Preferința pentru consultații seara.

Răspuns corect: A. Durerea toracică poate semnala ischemie sau altă complicație cardiovasculară. Vârsta mică și absența unei boli cardiace cunoscute nu exclud riscul. Evaluarea medicală are prioritate față de discuția despre tratamentul de durată. Durerea trebuie interpretată în contextul întregului episod de consum și al semnelor vitale. [1, 4]

Întrebarea 2. Ce afirmație despre sevraj este corectă? [2]

A. Este întotdeauna lipsit de risc.

B. Depresia și suicidabilitatea trebuie evaluate chiar fără semne vegetative severe.

C. Necesită automat același protocol ca sevrajul alcoolic.

Răspuns corect: B. Sevrajul stimulantelor poate avea predominant manifestări psihice: anhedonie, oboseală și dispoziție depresivă. Evaluarea riscului suicidar și a sprijinului disponibil rămâne importantă chiar dacă nu apar convulsii sau delir de sevraj. Pacientul poate părea calm și totuși să descrie disperare sau incapacitatea de a se proteja. [2]

Întrebarea 3. Ce diferențiază managementul contingențelor de o laudă întâmplătoare? [6]

A. O recompensă legată de o țintă clară și verificabilă.

B. Valoarea foarte mare a premiului, indiferent de comportament.

C. Retragerea tuturor tratamentelor după un rezultat pozitiv.

Răspuns corect: A. Intervenția se bazează pe o relație previzibilă între comportament și consecință. Ținta, verificarea, momentul și regulile sunt stabilite de la început. Cadrul trebuie să susțină participarea și învățarea. Intervenția nu se definește printr-un cadou izolat sau prin pedepsirea persoanei după o dificultate. [6]

Întrebarea 4. Cum interpretezi un rezultat pozitiv al unui medicament într-un studiu pentru cocaină? [7]

A. Dovedește eficacitatea pentru toate stimulantele.

B. Înlocuiește intervențiile psihosociale.

C. Se interpretează în limitele populației, substanței și rezultatului studiat.

Răspuns corect: C. Dovezile pentru farmacoterapie sunt eterogene. Un rezultat limitat nu justifică o recomandare universală. Opțiunile individuale trebuie discutate cu pacientul și integrate într-un tratament care include intervenții psihosociale și monitorizare. Se verifică și indicațiile comorbide, interacțiunile și felul în care va fi evaluat răspunsul. [7]

Termeni explicați

Anhedonie: reducerea capacității de a simți plăcere. [1, 2, 4-9]

Rabdomioliză: distrugere musculară care poate afecta rinichii. [1, 2, 4-9]

Craving: dorință intensă de consum. [1, 2, 4-9]

Note despre documentare

Verificare factuală a secțiunilor și a explicațiilor clinice cu pasajele indicate din cărți. Cazul și întrebările sunt originale. Fără verificare pe internet sau recenzie externă independentă. [3]

Statutul de autorizare este raportat numai în edițiile consultate. [3]

Nu sunt oferite scheme de dozare off-label sau un protocol de toxicologie. [3]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 14, „The Pharmacology of Stimulants” (pp. 79-84).

[2] Colón-Rivera, H. A., Aoun, E. G., & Vaezazizi, L. M. (2023). *Addiction psychiatric medicine: A comprehensive board review*. Elsevier. Capitolul 9, „Stimulant Use Disorder” (pp. 85-90).

[3] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 17: Cocaina și alte stimulante – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[4] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 59, „Management of Stimulant, Hallucinogen, Cannabis, Phencyclidine, and Other Drug Intoxication and Withdrawal” (pp. 361-367).

[5] Abdulrahim, D., & Bowden-Jones, O. (2021). Novel psychoactive substances and club drugs. In E. Day (Ed.), *Seminars in addiction psychiatry* (2nd ed., pp. 230-251). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781911623199

[6] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 73, „Contingency Management and the Community Reinforcement Approach” (pp. 438-443).

[7] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 64, „Pharmacological Treatment of Stimulant Use Disorders” (pp. 393-397).

[8] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 103, „Co-occurring Psychosis and Substance Use Disorders” (pp. 612-618).

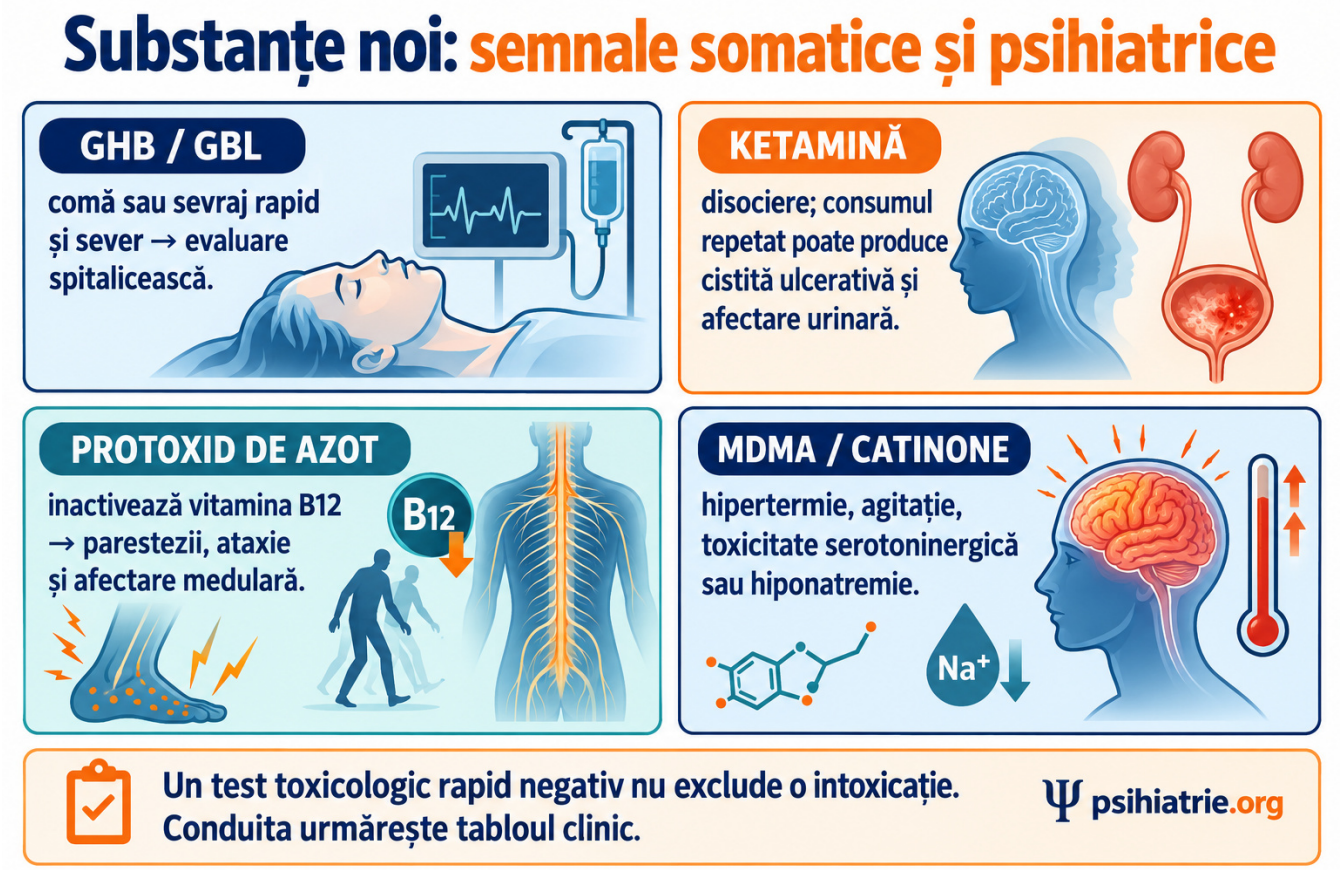
[9] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 80, „Relapse Prevention: Clinical Models and Intervention Strategies” (pp. 475-479).

[10] Trivedi, M. H., Walker, R., Ling, W., dela Cruz, A., Sharma, G., Carmody, T., Ghitza, U. E., Wahle, A., Kim, M., Shores-Wilson, K., Sparenborg, S., Coffin, P., Schmitz, J., Wiest, K., Bart, G., Sonne, S. C., Wakhlu, S., Rush, A. J., Nunes, E. V., & Shoptaw, S. (2021). Bupropion and naltrexone in methamphetamine use disorder. The New England Journal of Medicine, 384(2), 140–153. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2020214

18. Alte substanțe și produse cu compoziție incertă

Un produs poate avea aceeași etichetă și un conținut diferit de la un lot la altul. De aceea, consultația pornește de la efecte și de la semnele clinice. Nici statutul de produs „natural”, nici vânzarea online nu garantează siguranța. Lecția grupează substanțele după problemele pe care le pot produce. Separă intoxicația de sevraj și de îngrijirea pe termen lung. Scopul este să recunoști pericolul, să formulezi întrebări utile și să eviți presupunerea că un test toxicologic obișnuit exclude expunerea. [1, 2]

Sinteză vizuală / Substanțe noi: semnale somatice și psihiatrice



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1, 2, 4-9]

Ce vei putea face după lectură

- Să folosești sindromul clinic pentru evaluarea unui produs cu compoziție incertă. [3]
- Să diferențiezi riscurile majore ale principalelor grupe discutate. [3]
- Să recunoști când sunt necesare evaluare de urgență și expertiză toxicologică. [3]

1. Identitatea produsului este o ipoteză

Notează denumirea declarată, ambalajul dacă este disponibil, calea de administrare și ordinea consumului. Întreabă despre produse luate pentru somn, performanță, slăbit sau autotratarea sevrajului. Oamenii pot să nu le considere droguri. Explorează modificarea efectului față de loturile anterioare. Informația pacientului este valoroasă, dar nu poate confirma singură compoziția chimică. [1, 2]

Organizează evaluarea în jurul tabloului dominant: deprimare a conștienței și respirației, activare vegetativă, tulburări de percepție sau disociere. Pot exista combinații. Monitorizează semnele vitale și caută leziuni de organ. Multe substanțe noi nu apar la screeningul uzual. Îngrijirea nu se amână până la identificarea exactă. Toxicologia specializată completează, nu înlocuiește, conduita bazată pe starea pacientului. [1, 2]

2. GHB, GBL și alte deprimante

GHB poate produce deprimare profundă a conștienței. GBL este întâlnit în același context clinic al consumului de GHB. Asocierea cu alcool sau alte sedative este relevantă pentru riscul respirator. Întreabă cât de frecvent se repetă administrarea, inclusiv noaptea. Acest detaliu poate indica dependență fizică și riscul unui sevraj rapid. În intoxicație, supravegherea respirației și tratamentul suportiv sunt centrale. [1, 2, 4]

Sevrajul GHB poate fi imprevizibil și sever. Nu îl trata ca pe o simplă insomnie care va trece acasă. Cartea ASAM recomandă managementul în spital, cu doze descrescătoare dintr-o benzodiazepină cu durată lungă, din GHB însuși sau din baclofen. Seminars in Addiction Psychiatry consideră sevrajul GHB/GBL o urgență medicală. Produsele de tip benzodiazepină și fenibutul pot aduce alte riscuri de deprimare sau sevraj. În amestecuri, planul trebuie să acopere toate expunerile relevante, nu doar produsul cel mai cunoscut. [1, 2, 4]

3. Ketamină, PCP și dextrometorfan

Disocierea înseamnă o modificare a legăturii dintre experiența internă, corp și mediul înconjurător. Persoana poate părea detașată, confuză sau psihotică. Pot apărea hipertensiune, tahicardie și agitație. Un mediu cu puțini stimuli și observația atentă ajută, dar intoxicația severă este o urgență medicală. Confruntarea insistentă a convingerilor pacientului poate agrava agitația. [4, 5]

Consumul repetat de ketamină poate fi asociat cu polakiurie, disurie, hematurie și cistită ulcerativă cronică indusă de ketamină („vezică de ketamină”, cu risc de retracție vezicală și hidronefroză). Întreabă activ, deoarece pacientul poate prezenta numai anxietate sau dificultăți de memorie. Dextrometorfanul, prezent și în unele antitusive, poate produce toxicitate importantă și interacțiuni serotoninergice. Utilizarea medicală controlată a ketaminei nu permite concluzia că produsele necontrolate sau folosirea repetată fără supraveghere sunt sigure. [4, 5]

4. Halucinogene, MDMA și catinone

Halucinogenele clasice pot modifica intens percepția și interpretarea realității. Anxietatea și dezorganizarea pot conduce la accidente. Mediul liniștit și evaluarea atentă sunt importante. Cărțile nu descriu un sevraj clasic semnificativ pentru halucinogenele clasice. Totuși, această absență nu exclude intoxicația periculoasă, tulburările persistente sau nevoia de evaluare psihiatrică. Simptomele prelungite cer reconsiderarea substanței și a diagnosticului. [1, 4, 6]

MDMA și catinonele pot produce un tablou stimulant, uneori cu toxicitate serotoninergică. Hipertermia, convulsiile, agitația intensă și tulburările cardiovasculare cer tratament de urgență. Întreabă despre medicamente serotoninergice și consum mixt. Studiile terapeutice cu substanțe psihedelice au selecție, dozare și supraveghere specifice. Rezultatele lor nu trebuie prezentate drept dovadă a eficacității sau siguranței autoadministrării unui produs cumpărat online. [1, 4, 6]

5. Canabinoizi sintetici și inhalanți

Canabinoizii sintetici nu sunt echivalenți cu canabisul vegetal. Familia este variată, iar efectele și toxicitatea pot fi greu de anticipat. Evaluarea urmărește agitația, confuzia, convulsiile, alterarea conștienței și semnele somatice. Un test uzual negativ nu infirmă expunerea. Nu presupune că un produs cu nume asemănător celui folosit anterior va avea aceeași putere sau aceeași durată. [1, 2, 7]

Inhalanții includ solvenți, gaze și nitriți. Riscurile diferă: hipoxie, aritmii, afectare neurologică sau dezechilibre metabolice. Moartea subită poate apărea și la persoane tinere. Protoxidul de azot inactivează ireversibil vitamina B12, determinând polineuropatie și degenerescență combinată subacută a măduvei spinării (ataxie, parestezii, deficit proprioceptiv). Parestezиile și mersul modificat necesită evaluare. Cianoza după nitriți sugerează, între alte cauze, methemoglobinemie. Aceste tablouri nu se reduc la o problemă de comportament. [1, 2, 7]

6. Cafeină, steroizi și kratom

Cafeina poate agrava anxietatea, insomnia și palpitațiile. Include cafeaua, băuturile energizante și produsele concentrate în anamneză. Oprirea bruscă poate produce cefalee, oboseală, iritabilitate și dificultăți de concentrare. Steroizii anabolizanți cer întrebări despre imaginea corporală, antrenament și combinații de produse. Pot apărea probleme cardiovasculare, endocrine, hepatice și afective. După oprire, oboseala, depresia și hipogonadismul necesită evaluare coordonată. [1, 4, 8, 9]

Kratomul are constituenți cu activitate opioidă și efecte variabile. „Pe bază de plante” nu înseamnă lipsa dependenței fizice sau a interacțiunilor. Pot apărea simptome de sevraj, iar unele produse au concentrații diferite de cele așteptate. Cartea descrie tratament suportiv și opțiuni specializate pentru forme mai severe. Dovezile sunt mai limitate decât pentru tratamentele consacrate ale tulburării de consum de opioide. [1, 4, 8, 9]

7. După stabilizare: o întrebare pentru fiecare risc

Reconstruiește episodul împreună cu pacientul: ce a intenționat să obțină, ce a consumat, ce a observat și cine l-a ajutat. Evaluează pierderea controlului, sevrajul, afectarea funcționării și comorbiditățile. Nu atribui toate manifestările ultimei substanțe declarate. Identifică un obiectiv imediat și un contact de urmărire. Discută riscul de repetare a expunerii și posibilitatea compoziției necunoscute. [1]

Consemnează incertitudinea în formularea clinică. Poți scrie „intoxicație cu produs declarat stimulant, compoziție neconfirmată”, în locul unui diagnostic chimic sigur fără dovezi. Dacă apar semne opioide, lipsa unui istoric declarat de opioide nu exclude utilizarea naloxonei în urgență. Produsele și amestecurile se schimbă; această lecție oferă categorii clinice din cărți, nu un catalog exhaustiv al pieței. [1]

Tablou dominant	Risc de căutat	Prioritate
Deprimare	Respirație insuficientă	Ventilație și evaluare de urgență
Stimulare	Hipertermie, ischemie, convulsii	Monitorizare și stabilizare medicală
Disociere	Dezorganizare, traumatisme	Manifestări ușoare: mediu hipostimulant și observație discretă, fără încercări insistente de reorientare verbală („talk down”); agitație severă sau instabilitate: evaluare și tratament de urgență
Sevraj sedativ	Delir sau convulsii	Cadru medical adecvat

Tabel didactic de sinteză. [1]

Schema de lucru: Alte substanțe și produse cu compoziție incertă

- Produs declarat
- Semne observate
- Sindrom probabil
- Stabilizare
- Reevaluare [1, 2, 4-9]

Numele produsului rămâne o informație de verificat. Ordinea pașilor descrie raționamentul clinic, nu un protocol de tratament. [1, 2, 4-9]

Repere clinice și completări ale ediției

Sevrajul GHB/GBL poate debuta rapid și evolua către delirium sever, necesitând îngrijire spitalicească; tratamentul se conduce prin protocol specializat. Ketamina poate determina cistită ulcerativă, disurie, polakiurie, hematurie și afectare a tractului urinar superior. Protoxidul de azot poate produce deficit funcțional de vitamina B12, cu neuropatie și afectare medulară; o valoare serică aparent normală nu exclude afectarea. MDMA poate asocia hipertermie, clonus și hiponatremie; evităm corectarea nesupravegheată prin consum excesiv de apă. [1, 2, 4-9]

Idei de reținut

• Eticheta și experiența anterioară nu confirmă compoziția.

• Un screening obișnuit negativ nu exclude substanțele noi.

• Tratamentul urgent se ghidează după sindromul clinic.

• Sevrajul GHB poate necesita spitalizare.

• Întreabă despre simptome urinare la ketamină și neurologice la protoxid de azot.

• Separă cercetarea terapeutică de autoadministrarea necontrolată. [1, 2, 4-9]

Caz clinic fictiv: aplică raționamentul

Mara, 29 de ani, a cumpărat online un produs prezentat drept „relaxant natural”. Îl ia frecvent seara, dar în ultima săptămână a început să îl folosească și noaptea. Nu știe substanța activă. După ce rămâne fără produs, apar tremor, insomnie și agitație. Un prieten spune că un test urinar obișnuit a fost negativ și propune să aștepte până dimineață. Mara este confuză în privința orei și a consumat alcool pentru a se liniști. Familia aduce ambalajul. Istoricul nu permite încă diferențierea între un sedativ nou, GHB ori un amestec. Nimeni nu poate preciza doza sau durata exactă a expunerii. Caz fictiv, creat pentru învățare. [3]

Ce concluzie este justificată? [1, 2, 4-9]

A. Testul negativ exclude sevrajul.

B. Tabloul cere evaluare medicală urgentă, chiar fără identificarea produsului.

C. Toate produsele naturale au un sevraj ușor.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: B. [1, 2, 4-9]

Opțiunea A: Screeningul obișnuit poate să nu identifice produsul. Confuzia și semnele de sevraj au semnificație clinică independentă de rezultatul testului. Absența unei substanțe din panelul de laborator este diferită de absența unei expuneri. Ambalajul poate ajuta ulterior, fără să justifice întârzierea evaluării. [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9]

Opțiunea B: Frecvența administrării, oprirea, agitația și confuzia sugerează un risc important. Se tratează tabloul clinic și se caută informații despre produs fără a întârzia stabilizarea.

Confuzia poate semnala un tablou sever, iar consumul de alcool adaugă o expunere relevantă. Familia poate sprijini anamneza și accesul rapid la îngrijire. [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9]

Opțiunea C: Originea sau marketingul produsului nu stabilesc toxicitatea. Unele substanțe vândute ca suplimente au efecte sedative și pot produce dependență fizică. Evaluarea urmărește efectele și tiparul administrării. Frecvența crescută și apariția simptomelor după oprire sunt mai importante clinic decât promisiunea comercială de pe ambalaj. [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Ce valoare are un screening negativ după un produs nou? [1]

A. Exclude toate drogurile.

B. Poate reflecta faptul că testul nu detectează substanța.

C. Dovedește că simptomele sunt simulate.

Răspuns corect: B. Multe substanțe noi nu sunt incluse în testele uzuale. Trebuie cunoscut ce analizează testul. Istoricul, examenul și sindromul clinic ghidează evaluarea, iar testarea specializată poate fi necesară. Un rezultat de laborator răspunde unei întrebări limitate, nu tuturor ipotezelor posibile ale tabloului clinic. [1]

Întrebarea 2. Ce simptom merită explorat la consum repetat de ketamină? [5]

A. Durere la urinare și hematurie.

B. Doar culoarea ambalajului.

C. Exclusiv cravingul.

Răspuns corect: A. Ketamina utilizată intens poate fi asociată cu afectarea tractului urinar. Simptomele urinare necesită evaluare medicală și nu trebuie interpretate doar ca manifestări de anxietate. Consultația psihiatrică include întrebări somatice țintite. Consumul, simptomele urinare și investigațiile trebuie abordate împreună, în colaborare cu specialitățile relevante. [5]

Întrebarea 3. Ce particularitate are sevrajul GHB descris în carte? [4]

A. Este mereu autolimitat și ușor.

B. Nu există.

C. Poate fi imprevizibil și necesită adesea management spitalicesc.

Răspuns corect: C. Dependența fizică și sevrajul GHB pot produce un tablou dificil. Frecvența dozelor, inclusiv nocturne, este importantă. Nu se recomandă improvizarea unei scheme la domiciliu pe baza numelui produsului. Confuzia, agitația și istoricul de administrări frecvente cresc nevoia unei evaluări și supravegheri adecvate. [4]

Întrebarea 4. Ce concluzie permite un studiu controlat cu un psihedelic? [6]

A. Orice produs cu nume asemănător este sigur.

B. Rezultatele se interpretează în condițiile de selecție și supraveghere ale studiului.

C. Nu mai este necesară evaluarea interacțiunilor.

Răspuns corect: B. Cercetarea terapeutică și consumul necontrolat au contexte diferite. Compoziția, selecția participanților și supravegherea contează. O constatare favorabilă nu validează automat autoadministrarea și nu elimină riscurile psihiatrice sau somatice. Denumirea substanței nu descrie toate diferențele dintre un protocol de cercetare și un produs cu compoziție incertă. [6]

Termeni explicaţi

Toxidrom: ansamblu de semne care sugerează un anumit tip de intoxicație. [1, 2, 4-9]

Disociere: schimbarea experienței de legătură cu sine, corpul sau mediul. [1, 2, 4-9]

Methemoglobinemie: alterare a hemoglobinei care reduce transportul eficient al oxigenului. [1, 2, 4-9]

Note despre documentare

Verificare factuală a secțiunilor și a explicațiilor clinice cu pasajele indicate din cărți. Cazul și întrebările sunt originale. Fără verificare pe internet sau recenzie externă independentă. [3]

Nu sunt inventariate toate substanțele emergente. [3]

Afirmația eronată din corpul cap. 20 care leagă methemoglobinemia nitriților de deficitul B12 nu este preluată; separarea urmează tabelul 20-2. [3]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 23, „Novel Psychoactive Substances” (pp. 133-138).

[2] Abdulrahim, D., & Bowden-Jones, O. (2021). Novel psychoactive substances and club drugs. In E. Day (Ed.), *Seminars in addiction psychiatry* (2nd ed., pp. 230-251). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781911623199

[3] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 18: Alte substanțe și produse cu compoziție incertă – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[4] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 59, „Management of Stimulant, Hallucinogen, Cannabis, Phencyclidine, and Other Drug Intoxication and Withdrawal” (pp. 361-367).

[5] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 19, „The Pharmacology of Dissociatives” (pp. 111-116).

[6] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 18, „The Pharmacology of Hallucinogens” (pp. 105-110).

[7] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 20, „The Pharmacology of Inhalants” (pp. 117-121).

[8] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 15, „The Pharmacology of Caffeine” (pp. 85-90).

[9] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 21, „The Pharmacology of Anabolic-Androgenic Steroids” (pp. 122-125).

Partea a III-a / Intervenții și recuperare

19. Interviul motivațional și intervenția scurtă

Pacientul poate vedea consecințele consumului și totuși să nu dorească schimbarea propusă de medic. Aceasta este ambivalență, nu dovada că discuția este inutilă. Interviul motivațional ajută persoana să își formuleze propriile motive și un pas posibil. Clinicianul păstrează expertiza medicală și responsabilitatea pentru siguranță. În același timp, respectă autonomia pacientului. Lecția arată cum se construiește o conversație scurtă, cum se răspunde fără confruntare și cum se trece de la o intenție generală la un plan concret, verificabil la următoarea întâlnire. [1]

Sinteză vizuală / Interviul motivațional: procese și OARS



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1, 3, 4]

Ce vei putea face după lectură

- Să folosești întrebări deschise, reflecții, afirmări și rezumate. [2]
- Să recunoști limbajul schimbării fără a ignora motivele pentru menținerea consumului. [2]
- Să negociezi un pas realist și să verifici înțelegerea informației medicale. [2]

1. Atitudinea precedă tehnica

Interviul motivațional este o abordare colaborativă. Pacientul cunoaște propria viață, iar clinicianul aduce cunoștințe și un cadru de îngrijire. Spiritul metodei cuprinde parteneriatul, acceptarea, compasiunea și evocarea. Acceptarea nu înseamnă aprobarea tuturor comportamentelor. Înseamnă respect pentru persoană și pentru dreptul ei de a decide, în limitele capacității și ale contextului clinic. [1]

Evocarea înseamnă să ajuți pacientul să exprime motive care îi aparțin. În interacțiunea tradițională, medicul instruiește, iar pacientul rămâne un receptor pasiv. Tendința de a-l pune imediat pe drumul „corect” se numește reflexul de îndreptare (the righting reflex; în sursa citată, fixing reflex – impulsul automat al clinicianului de a oferi soluții și de a corecta pacientul); conștientizarea și suspendarea acestui reflex sunt fundamentale. O propoziție precum „ce te îngrijorează cel mai mult?” poate deschide mai mult decât o predică. Tonul, ritmul și curiozitatea contează la fel ca formularea întrebării. [1]

2. Patru abilităţi care menţin conversaţia

Întrebările deschise cer o descriere, nu numai „da” sau „nu”. Afirmările observă eforturi și resurse reale: „ai venit, deși îți era greu să vorbești”. Reflecțiile redau sensul sau emoția, fără să transforme răspunsul într-un interogatoriu. Rezumatul adună punctele importante și permite corectarea neînțelegerilor. Aceste abilități sunt cunoscute prin acronimul OARS (Open questions – Întrebări deschise, Affirmations – Afirmări, Reflections – Reflecții, Summaries – Rezumate). [1]

O reflecție simplă poate relua ideea pacientului. Una mai complexă propune un sens care trebuie verificat, nu impus. La „alcoolul mă ajută să adorm, dar dimineața sunt terminat”, poți răspunde: „Seara primești o ușurare, iar dimineața plătești un cost.” Dacă pacientul te corectează, folosește corecția. Scopul nu este să demonstrezi că ai ghicit perfect, ci să îl înțelegi mai bine. [1]

Abilitate	Exemplu original
Întrebare deschisă	Cum arată o seară în care consumi mai mult decât ai intenționat?
Afirmare	Ai reușit să observi momentul în care pierzi controlul.
Reflecție	Vrei să te relaxezi și te temi de efectele de a doua zi.
Rezumat	Ai două motive pentru schimbare și încă o teamă pe care să o clarificăm.

Tabel didactic de sinteză. [1]

3. Cele patru procese ale interviului motivațional (angajare, focalizare, evocare, planificare)

Mai întâi construiești relația. Apoi stabilești împreună tema. Urmează explorarea motivelor și, când există disponibilitate, planificarea. O consultație poate avea mai multe teme: somn, consum, datorii sau tratament. Întreabă ce este prioritar pentru pacient și explică ce este urgent medical. Astfel se poate negocia o agendă comună, fără ca una dintre perspective să dispară. [1]

Ordinea nu este rigidă. Dacă apare tensiune, revii la relație. Dacă pacientul acceptă o schimbare pe care nu o înțelege, revii la clarificare. Planificarea prematură produce adesea un acord de politețe. Nu cere o promisiune doar pentru a încheia consultația. Uneori rezultatul util este identificarea unei întrebări, acceptarea unei evaluări sau programarea unei discuții următoare. [1]

4. Ascultă motivele și pregătirea pentru acțiune

Limbajul schimbării include dorința, capacitatea, motivele și nevoia de schimbare. Mai aproape de acțiune apar angajamentul, activarea și pașii deja făcuți. „Mi-ar plăcea să dorm bine” nu este același lucru cu „mâine voi suna pentru consultație”. Ambele sunt utile. Întrebările de continuare pot fi: „de ce contează asta pentru tine?” și „ce ai reușit deja, chiar pentru puțin timp?” [1, 3]

În același timp, pacientul poate descrie motive pentru continuarea consumului. Nu le ridiculiza și nu le numi automat rezistență. O reflecție cu două laturi poate recunoaște beneficiul perceput și costul: „îți oferă apartenență, iar tu vrei să îți recapeți diminețile”. Stadiile schimbării pot orienta conversația, dar nu sunt o etichetă permanentă. Disponibilitatea poate diferi între alcool, tutun și alte comportamente. [1, 3]

5. Oferă informație care poate fi folosită

Verifică întâi ce știe pacientul și cere acordul pentru o explicație. Oferă informația în bucăți scurte. Apoi întreabă cum o înțelege și ce legătură vede cu propria situație. De exemplu: „pot să îți explic de ce oprirea bruscă poate fi riscantă în acest tip de consum?” Urmează o explicație clară, nu o listă intimidantă de complicații. [1, 4]

A cere acordul nu înseamnă a ascunde un pericol. Când există o urgență, comunici direct riscul și acțiunea necesară. Interviul motivațional nu înlocuiește evaluarea capacității, tratamentul intoxicației sau gestionarea riscului suicidar. După stabilizare, stilul colaborativ poate ajuta reluarea dialogului. Nu folosi tehnicile pentru a manipula pacientul spre o decizie prestabilită și apoi a numi acea decizie „alegerea lui”. [1, 4]

6. O intervenție scurtă, în pași simpli

Într-o consultație scurtă poți explora îngrijorarea, oferi feedback și negocia un pas. Întreabă ce ar dori pacientul să se schimbe în viața sa. Leagă obiectivul de consum fără a presupune că el acceptă deja legătura. „Cum crezi că se influențează somnul și alcoolul?” poate fi mai productiv decât „trebuie să recunoști cauza”. Alege un obiectiv care are sens pentru ambele părți. [1]

Planul descrie ce va face persoana, când, cu cine și ce obstacol anticipează. Încheie printr-un rezumat și o invitație la corectare. Stabilește reevaluarea. Dacă pacientul nu dorește abstinență, poți lucra cu reducerea riscului, participarea la evaluare și alte obiective compatibile cu siguranța. Intervenția scurtă nu reprezintă, de una singură, întregul tratament al unei tulburări severe. [1]

7. Evaluează calitatea, nu docilitatea

O discuție reușită nu se măsoară numai printr-un „da” la final. Pacientul a avut spațiu să vorbească? Ai înțeles beneficiul perceput al consumului? Ai evocat motive personale? Planul este realist? Ai discutat riscurile? Aceste întrebări ajută la revizuirea propriei consultații. O afirmație sinceră de nesiguranță poate fi mai utilă decât o promisiune pe care persoana nu intenționează să o urmeze. [1]

Dovezile pentru interviul motivațional diferă între populații, substanțe și comparații. Nu promite rezultate garantate. Metoda se combină cu medicație, terapie cognitiv-comportamentală și alte intervenții. Competența necesită practică, feedback și supervizare; memorarea unor formule nu este suficientă. Într-un exercițiu didactic, un coleg poate urmări alternanța dintre întrebări și reflecții și poate identifica momentele în care clinicianul începe să argumenteze în locul pacientului. [1]

Schema de lucru: Interviul motivațional și intervenția scurtă

- Relație
- Temă comună
- Motive personale
- Plan posibil [1, 3, 4]

Procesele se pot relua. Ordinea din listă nu reprezintă stadii obligatorii și nu indică o durată fixă. [1, 3, 4]

Repere clinice şi completări ale ediţiei

OARS desemnează Open questions, Affirmations, Reflections, Summaries: întrebări deschise, afirmări, reflecții și rezumate. Cele patru procese sunt angajarea, focalizarea, evocarea și planificarea, cu reveniri între ele. DARN-CAT organizează limbajul schimbării: dorință, capacitate, motive și nevoie; apoi angajament, activare și pași întreprinși. Reflexul de îndreptare (the righting reflex) este impulsul clinicianului de a corecta imediat; îl observăm și păstrăm colaborarea. [1, 3, 4]

Idei de reţinut

- Colaborarea și autonomia sunt baza metodei.
- Reflecția este o afirmație de înțelegere, nu o întrebare mascată.
- Explorarea motivelor precedă planificarea atunci când pacientul este ambivalent.
- Informația se oferă clar și se verifică felul în care a fost înțeleasă.
- Siguranța clinică rămâne responsabilitatea clinicianului.

• Feedbackul și supervizarea sunt necesare pentru dezvoltarea abilității. [1, 3, 4]

Caz clinic fictiv: aplică raționamentul

Andreea, 42 de ani, vine pentru insomnie. Bea seara și spune că nu dorește să renunțe: este momentul ei de pauză după îngrijirea unui părinte bolnav. Recunoaște că uneori întârzie la serviciu și că dimineața este iritabilă cu copilul. A mai primit recomandarea de abstinență, dar a simțit că medicul nu a înțeles cât de obosită este. La această consultație nu există semne de intoxicație sau o urgență identificată. Spune: „Aș vrea să îmi fie mai ușor dimineața, dar nu vreau să mi se ia singurul lucru care mă liniștește.” Ea ar accepta o schimbare dacă ar păstra și o formă de odihnă. Caz fictiv, creat pentru învățare. [2]

Care răspuns deschide cel mai bine explorarea? [1, 3, 4]

A. Dacă nu vrei abstinență, nu am cum să te ajut.

B. Seara ai nevoie de o pauză, iar diminețile au devenit costisitoare. Ce ai vrea să fie diferit?

C. Promite acum că nu mai bei niciodată.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: B. [1, 3, 4]

Opțiunea A: Răspunsul închide relația și ignoră obiectivele posibile. Ambivalența poate fi explorată, iar riscurile pot fi evaluate chiar dacă abstinența nu este acceptată de la început. Poți continua prin evaluarea consumului, a somnului și a resurselor de pauză. Menținerea relației permite discutarea unor schimbări pe care pacienta le consideră posibile. [1, 3, 4]

Opțiunea B: Reflecția recunoaște ambele laturi. Întrebarea invită pacienta să formuleze propriul obiectiv. Ulterior se evaluează consumul și siguranța schimbării propuse. Întrebarea nu presupune încă alegerea unei ținte. Poate fi urmată de explorarea beneficiilor, costurilor și resurselor pentru o schimbare mică, concretă. [1, 3, 4]

Opțiunea C: O promisiune cerută prea devreme poate reflecta presiunea de a mulțumi clinicianul. Planificarea utilă se bazează pe un obiectiv înțeles și pe disponibilitate reală. O intervenție scurtă utilă include și obstacolele, sprijinul disponibil și reevaluarea. Aceste elemente sunt mai informative decât intensitatea verbală a unei promisiuni. [1, 3, 4]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Ce este evocarea? [1]

A. Extragerea unei mărturisiri prin presiune.

B. Ajutorul oferit pacientului pentru a-și exprima propriile motive de schimbare.

C. Repetarea sfatului până când este acceptat.

Răspuns corect: B. Evocarea pornește de la valorile și experiența persoanei. Clinicianul poate oferi expertiză, dar nu trebuie să producă toate argumentele și să ceară pacientului doar acordul. Motivele pot începe prin dorința de somn mai bun, relații mai stabile sau participare la tratament. [1]

Întrebarea 2. Care formulare este o reflecție? [1]

A. De ce ai făcut iar asta?

B. Nu crezi că exagerezi?

C. Ți-a adus liniște pe moment și apoi ai fost îngrijorat.

Răspuns corect: C. Reflecția propune o înțelegere a experienței. Pacientul o poate confirma sau corecta. Celelalte formulări pot fi trăite ca acuzație sau ca întrebare care ascunde deja răspunsul dorit. O reflecție este o ipoteză oferită cu respect, nu o interpretare care trebuie acceptată obligatoriu de pacient. [1]

Întrebarea 3. Când poate fi potrivită revenirea de la planificare la explorare? [1]

A. Când pacientul exprimă îndoieli și nu mai există un obiectiv comun clar.

B. Niciodată, pașii sunt ireversibili.

C. Numai după externare.

Răspuns corect: A. Sarcinile interviului se sprijină reciproc, dar nu sunt o scară rigidă. Revenirea la relație, la alegerea temei sau la motive poate fi necesară pentru un plan realist. Flexibilitatea permite recunoașterea ambivalenței și păstrează participarea pacientului la alegerea următorului pas posibil. [1]

Întrebarea 4. Ce indică cel mai bine dezvoltarea competenței? [1]

A. Memorarea unor întrebări standard.

B. Practică observată, feedback și supervizare.

C. Obținerea unei promisiuni la fiecare consultație.

Răspuns corect: B. Stilul și abilitățile trebuie exersate și evaluate. Cărțile subliniază rolul feedbackului. O conversație aparent agreabilă nu demonstrează singură folosirea competentă a metodei sau existența unui plan util. Rezultatul relevant este o conversație care susține înțelegerea și alegerea informată, nu obediența față de clinician. [1]

Termeni explicaţi

Ambivalență: coexistența motivelor pentru schimbare și pentru păstrarea situației. [1, 3, 4]

Reflecție: afirmație care redă sensul ori emoția auzită. [1, 3, 4]

Limbajul schimbării: afirmații ale pacientului care susțin o schimbare posibilă. [1, 3, 4]

Note despre documentare

Conținut confruntat cu secțiunile indicate din cărți. Dialogurile, cazul și exercițiile sunt creații didactice originale. Fără verificare pe internet sau recenzie externă independentă. [2]

Lecția oferă un exercițiu introductiv, nu certifică competența în interviu motivațional. [2]

Exemplele de dialog sunt originale și nu reproduc conversații din cărți. [2]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 70, „Motivational Interviewing” (pp. 424-427).

[2] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 19: Interviul motivațional și intervenția scurtă – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[3] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 69, „Enhancing Motivation to Change” (pp. 418-423).

[4] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 100, „Substance-Induced Mental Disorders” (pp. 593-598).

20. Intervențiile cognitive și comportamentale

Consumul se menține adesea printr-o succesiune ușor de recunoscut după eveniment, dar greu de schimbat în momentul critic. Apare o situație, urmează un gând și o emoție, apoi consumul aduce o recompensă sau o ușurare. Intervențiile cognitive și comportamentale fac această succesiune vizibilă. Apoi introduc alternative care pot fi exersate. Lecția explică analiza funcțională, prevenirea revenirii la consum, managementul contingențelor și schimbarea mediului. Obiectivul este să construiești o intervenție legată de un mecanism concret, cu un mod clar de urmărire. [1, 2]

Sinteză vizuală / Analiza funcțională și prevenirea recăderii



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1, 2, 4-6]

Ce vei putea face după lectură

• Să construiești o analiză funcțională a unui episod de consum. [3]

• Să alegi și să exersezi o alternativă pentru un moment cu risc. [3]

• Să diferențiezi terapia cognitiv-comportamentală, managementul contingențelor și întărirea comunitară. [3]

1. Trei feluri de a învăța

Prin condiționare clasică, un indiciu asociat repetat cu substanța poate ajunge să declanșeze craving. Prin condiționare operantă, consecința unui comportament îi modifică probabilitatea. Învățarea socială adaugă observația altora, așteptările și încrederea în propria capacitate. Aceste modele explică de ce simpla cunoaștere a riscurilor nu oprește întotdeauna consumul. Comportamentul este legat și de mediu, emoții și consecințe apropiate. [1, 2]

Întărirea pozitivă înseamnă că apare ceva dorit, de exemplu o senzație plăcută. Întărirea negativă înseamnă că scade ceva neplăcut, de exemplu anxietatea sau sevrajul. „Negativă” nu înseamnă pedeapsă. Ambele pot menține consumul. Dacă intervenția elimină substanța fără a construi o altă cale de a gestiona problema, pacientul rămâne expus aceleiași nevoi, cu mai puține resurse. [1, 2]

2. Analiza funcţională: ce s-a întâmplat concret?

Alege un episod recent. Descrie locul, oamenii, ora, starea fizică și evenimentele anterioare. Apoi identifică gândurile, emoțiile, impulsurile și comportamentul. Încheie cu efectele imediate și cele ulterioare. Evită explicațiile globale precum „lipsă de voință”. Ele nu arată unde poate interveni pacientul. O hartă utilă identifică un moment suficient de devreme pentru o alegere alternativă. [1, 2]

Exemplu original: după un conflict, persoana se gândește că nu suportă tensiunea, merge spre magazin și cumpără alcool. Ușurarea imediată întărește traseul. A doua zi apar rușine și alte conflicte. Intervenția poate viza ieșirea din discuție, contactarea unei persoane, schimbarea traseului ori un răspuns la gândul inițial. Nu trebuie modificate toate verigile simultan. [1, 2]

Moment	Întrebare clinică
Înainte	Ce a crescut probabilitatea consumului?
Interpretare	Ce ți-ai spus că se va întâmpla?
Comportament	Ce ai făcut exact?
Imediat după	Ce ai obținut sau ce a scăzut?
Mai târziu	Ce costuri au apărut?

Tabel didactic de sinteză. [1, 2]

3. Lucrul cu gândurile şi aşteptările

Gândurile pot anticipa recompensa, pot afirma că substanța este indispensabilă sau pot oferi permisiunea de a consuma. „Numai așa mă pot calma” și „după ziua aceasta merit” au funcții diferite. Clinicianul ajută pacientul să observe tiparul și să testeze o alternativă mai realistă. Nu îi cere să înlocuiască orice gând neplăcut cu optimism. Scopul este o interpretare care permite o acțiune utilă. [1, 4]

După un episod izolat de consum (scăpare / lapse), apariția efectului de încălcare a abstinenței (Abstinence Violation Effect – AVE: gândirea dihotomică „totul este pierdut”, vinovăție marcată) poate transforma scăparea într-o recădere masivă (relapse). Separă evenimentul de identitatea persoanei. Întreabă ce poate fi învățat și care este următoarea acțiune sigură. Un episod izolat și o revenire prelungită sunt situații diferite, dar ambele cer analiză. Planul nu trebuie să transforme o abatere într-o dovadă de eșec definitiv. [1, 4]

4. Cravingul și abilitățile de răspuns

Monitorizarea cravingului ajută la recunoașterea indiciilor și a perioadelor de risc. Pacientul poate nota situația, intensitatea percepută, gândul asociat și răspunsul ales. Intervențiile includ îndepărtarea din situație, amânarea deciziei, contactarea sprijinului și o activitate incompatibilă cu consumul. Exersează răspunsul în cabinet. O abilitate cunoscută teoretic poate fi greu de folosit sub stres fără repetiție. [4, 5]

Mindfulness înseamnă observarea experienței prezente fără a reacționa automat. Un exercițiu scurt poate ajuta pacientul să remarce senzația, gândul și impulsul ca experiențe care se schimbă. Mintea care se îndepărtează de obiectul atenției nu reprezintă eșec; revenirea face parte din exercițiu. Metoda poate completa tratamentul, dar nu înlocuiește gestionarea sevrajului, medicația indicată sau evaluarea unei crize. [4, 5]

5. Managementul contingențelor (Contingency Management)

Alege o țintă clară, observabilă și relevantă clinic. Stabilește cum va fi verificată, ce recompensă urmează și cât de repede. Regulile sunt explicate de la început și aplicate consecvent. Un program poate folosi rezultate toxicologice ori participarea la activități convenite, în funcție de obiectiv. Recompensa trebuie să aibă valoare pentru persoană și să fie suficient de apropiată de comportament. [2]

În unele programe descrise în ASAM, recompensele cresc pentru atingerea repetată a țintei. După întrerupere, există reguli de reluare. Esențial este mecanismul învățării, nu copierea unei sume dintr-un studiu. Nu confunda intervenția cu amenințarea, umilirea sau retragerea îngrijirii esențiale. Documentează criteriile și urmărește dacă pacientul înțelege programul și poate participa în mod realist. [2]

6. Întărirea comunitară: viața trebuie să ofere alternative

Abordarea prin întărire comunitară urmărește să facă viața fără consum mai satisfăcătoare și mai practicabilă. Nu este doar trimiterea la un grup. Poate include abilități de comunicare, activități recreative, ajutor pentru muncă și reconstruirea relațiilor. Nevoile concrete, precum locuința sau transportul, influențează participarea. O recomandare care ignoră aceste obstacole poate părea simplă clinicianului și imposibilă pacientului. [2]

Împreună, alege o activitate accesibilă și un sprijin concret. Urmărește ce se întâmplă, nu doar dacă persoana a promis. Recompensele organizate de program pot sprijini începutul, iar recompensele naturale ale relațiilor, muncii și activităților pot susține continuarea. Familia poate contribui, dacă implicarea este dorită și potrivită. Medicația indicată pentru tulburarea de consum sau comorbidități se integrează în același plan. [2]

7. Prevenirea revenirii la consum și limitele metodei

Riscul se poate construi prin pași mici: somn insuficient, izolare, ocolirea întâlnirilor și expunerea repetată la indicii. Identifică semnele personale timpurii. Pregătește un plan pentru conflict, emoții negative, craving și trecerea între niveluri de îngrijire. Include ce face pacientul după un episod, cui spune și cum revine în tratament. Menținerea legăturii este mai utilă decât a aștepta o situație fără dificultăți. [4, 6]

Terapiile aversive, prezentate separat în ASAM, încearcă asocierea consumului cu o experiență neplăcută. Ele nu sunt sinonime cu managementul contingențelor sau cu terapia cognitiv-comportamentală. Faptul că o carte le descrie nu justifică folosirea improvizată a unor stimuli aversivi. În această lecție sunt discutate ca model distinct, fără recomandare procedurală. Alegerea intervenției cere dovezi relevante, competență, consimțământ și atenție la tolerabilitate. [4, 6]

Schema de lucru: Intervențiile cognitive și comportamentale

- Situație
- Gând și emoție
- Comportament
- Efect imediat
- Efect ulterior [1, 2, 4-6]

Schemă originală pentru analiza unui episod. Oricare dintre verigi poate deveni o țintă, în funcție de evaluare. [1, 2, 4-6]

Repere clinice şi completări ale ediţiei

Analiza funcțională ABC leagă antecedentele, comportamentul și consecințele; explorăm și gândurile automate, cravingul și răspunsurile alternative. Situațiile cu risc crescut se identifică individual. Efectul de încălcare a abstinenței (AVE) descrie vinovăția și interpretarea de tipul „totul este pierdut”, care pot amplifica riscul după un episod izolat (lapse), fără a face recăderea inevitabilă. Autoeficacitatea, în sensul lui Bandura, privește încrederea în capacitatea de a face față unei situații concrete. [1, 2, 4-6]

Idei de reţinut

- Analiza funcțională caută mecanisme modificabile, nu vinovați.
- Întărirea negativă înseamnă reducerea unui disconfort.
- Abilitățile se exersează în situații concrete.
- Recompensele au ținte și reguli verificabile.
- Mediul și accesul la activități alternative fac parte din tratament.
- Un episod de consum cere revizuirea planului și reluarea îngrijirii. [1, 2, 4-6]

Caz clinic fictiv: aplică raționamentul

Sorin, 38 de ani, spune că bea „fără motiv”. La analiza unei seri apare un conflict cu un coleg, urmat de gândul că este incapabil să își apere punctul de vedere. În drum spre casă intră în magazin. Alcoolul reduce tensiunea pe moment, dar duce la o ceartă cu partenera. A doua zi îi este rușine și evită consultația. În alte seri reușește să vorbească la telefon cu un prieten și ajunge direct acasă. Nu a observat până acum această diferență. Are dificultăți să formuleze o alternativă când este deja foarte tensionat. Ar accepta să exerseze un răspuns mai scurt la conflict. Caz fictiv, creat pentru învățare. [3]

Ce intervenție este cel mai direct legată de mecanismul identificat? [1, 2, 4-6]

A. Un exercițiu de răspuns la conflict și un plan de contact înainte de intrarea în magazin.

B. Repetarea faptului că alcoolul este nociv, fără explorarea episodului.

C. Etichetarea pacientului ca lipsit de motivație.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: A. [1, 2, 4-6]

Opțiunea A: Planul intervine înaintea consumului și folosește un comportament care a funcționat deja. Exersarea îl face mai ușor de accesat sub stres. La consultația următoare se verifică momentul folosirii strategiei, obstacolele întâlnite și ce efect a avut asupra tensiunii și traseului spre consum. [1, 2, 4, 5, 6]

Opțiunea B: Informația despre risc poate fi utilă, dar nu oferă singură o alternativă pentru secvența concretă descrisă. Sorin cunoaște deja unele consecințe neplăcute. Problema clinică este cum poate răspunde conflictului înainte ca ușurarea imediată prin alcool să devină opțiunea dominantă. [1, 2, 4, 5, 6]

Opțiunea C: Eticheta nu explică mecanismul și poate crește evitarea. Datele arată că persoana are deja unele resurse pe care tratamentul le poate consolida. Clinicianul poate folosi diferența dintre seri pentru a identifica protecții concrete. Această comparație transformă istoricul într-un punct de plecare pentru intervenție. [1, 2, 4, 5, 6]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Ce este întărirea negativă? [1]

A. O insultă care oprește un comportament.

B. Reducerea unui disconfort, care crește probabilitatea comportamentului anterior.

C. Absența oricărei recompense.

Răspuns corect: B. Consumul pentru a reduce anxietatea ori sevrajul poate fi menținut prin întărire negativă. Termenul descrie eliminarea unui stimul neplăcut, nu o judecată morală și nici pedeapsa. Distincția ajută clinicianul să caute o alternativă pentru funcția concretă pe care consumul o îndeplinește. [1]

Întrebarea 2. Care țintă este mai potrivită pentru un program de recompense? [2]

A. Să fie mai responsabil.

B. Să aibă o personalitate bună.

C. Un comportament convenit, observabil și verificat printr-o procedură clară.

Răspuns corect: C. Țintele vagi nu permit legarea consecventă a recompensei de comportament. Programul trebuie înțeles de pacient, iar verificarea și consecințele trebuie stabilite dinainte. Consecvența și apropierea temporală fac posibilă învățarea legăturii dintre ținta stabilită și beneficiul oferit. [2]

Întrebarea 3. Ce urmărește întărirea comunitară? [2]

A. Creșterea accesului la recompense și activități fără consum în viața reală.

B. Numai discutarea copilăriei.

C. Excluderea medicației din tratament.

Răspuns corect: A. Abordarea lucrează cu relații, muncă, recreere și abilități, astfel încât alternativele să poată concura cu consumul. Poate include medicația indicată și intervenții de cuplu. Planul poate începe cu o activitate simplă, accesibilă, urmată de evaluarea experienței pacientului. [2]

Întrebarea 4. Cum se abordează un episod de consum după o perioadă de abstinență? [4]

A. Ca dovadă că nimic nu a funcționat.

B. Prin analiză, evaluarea riscului și reluarea planului.

C. Prin întreruperea automată a oricărui sprijin.

Răspuns corect: B. Un episod oferă informații despre situații cu risc, abilități și resurse insuficiente. Reacția clinică urmărește siguranța și prevenirea continuării, fără a anula progresul deja realizat. Pacientul trebuie să știe cum poate solicita ajutor și ce schimbare concretă va fi încercată în continuare. [4]

Termeni explicaţi

Analiză funcțională: descrierea relației dintre context, comportament și consecințe. [1, 2, 4-6]

Întărire: consecință care crește probabilitatea unui comportament. [1, 2, 4-6]

Autoeficacitate: încrederea în propria capacitate de a realiza o acțiune într-o situație concretă, în sensul conceptului formulat de Bandura. [1, 2, 4-6]

Note despre documentare

Conținut confruntat cu secțiunile indicate din cărți. Dialogurile, cazul și exercițiile sunt creații didactice originale. Fără verificare pe internet sau recenzie externă independentă. [3]

Nu sunt reproduse programe comerciale, manuale sau valori ale recompenselor din studii. [3]

Discuția despre terapiile aversive este conceptuală, fără instrucțiuni de aplicare. [3]

Referințe

[1] Hill, R., & Harris, J. (2021). Psychological approaches to addiction. In E. Day (Ed.), *Seminars in addiction psychiatry* (2nd ed., pp. 147-162). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781911623199

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 73, „Contingency Management and the Community Reinforcement Approach” (pp. 438-443).

[3] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 20: Intervențiile cognitive și comportamentale – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[4] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 80, „Relapse Prevention: Clinical Models and Intervention Strategies” (pp. 475-479).

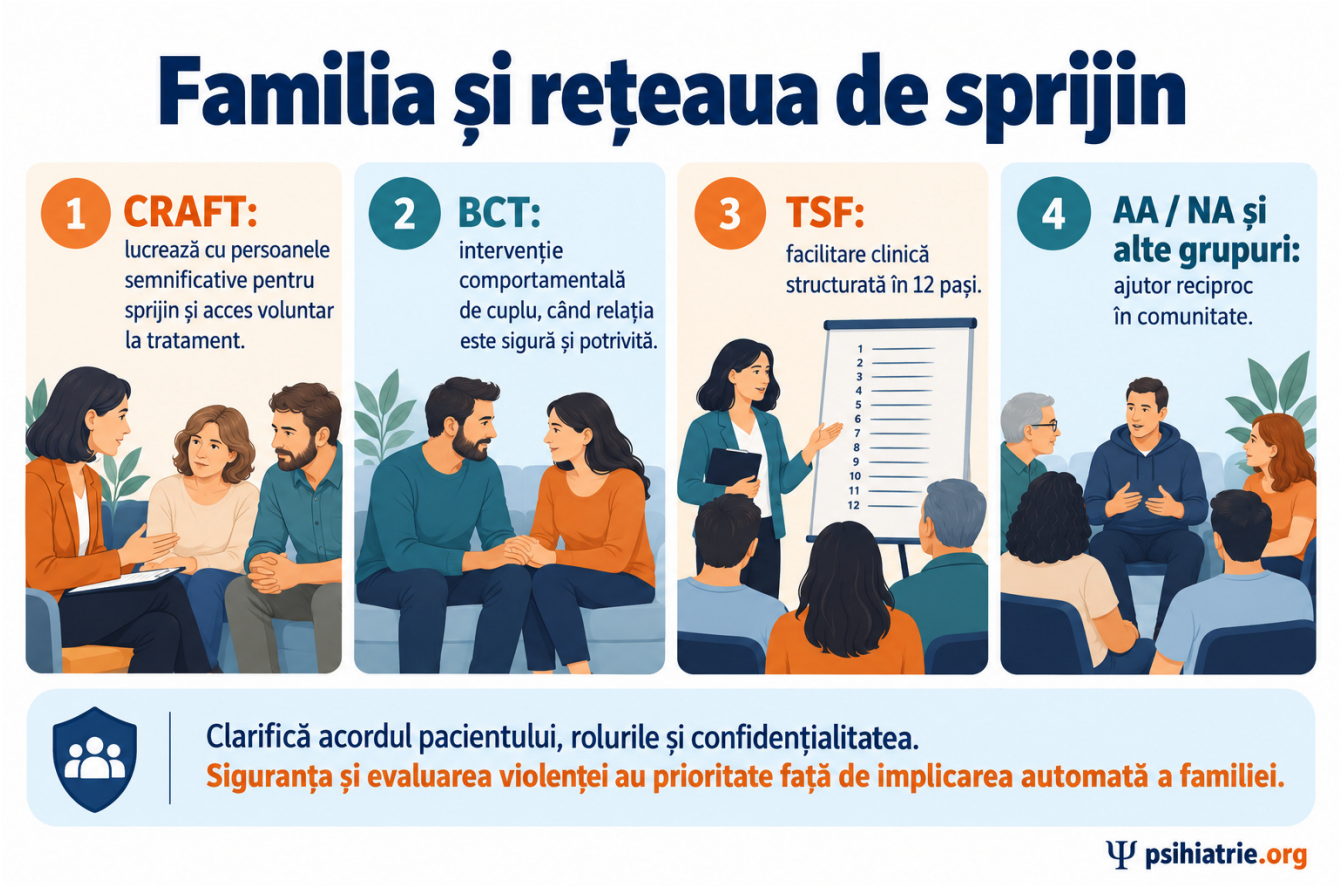
[5] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 81, „Mindfulness-Based Treatment of Addiction” (pp. 480-484).

[6] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 77, „Aversion Therapies” (pp. 461-465).

21. Familia și sprijinul pentru recuperare

Recuperarea are loc în relații și în viața de zi cu zi. Familia poate oferi sprijin, dar poate fi și epuizată, speriată sau implicată în conflicte. Prietenii, colegii și grupurile pot susține schimbarea ori pot menține consumul. Lecția arată cum se evaluează rețeaua și cum se aleg roluri concrete. Separă terapia de familie, terapia de grup și ajutorul reciproc. Implicarea altor persoane se face cu atenție la acord, confidențialitate și siguranță. Scopul este un sprijin practic, nu transformarea aparținătorilor în supraveghetori permanenți. [1, 2]

Sinteză vizuală / Familia și rețeaua de sprijin



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1, 2, 4-12]

Ce vei putea face după lectură

- Să construiești o hartă a persoanelor și resurselor relevante pentru pacient. [3]
- Să diferențiezi terapia profesională, ajutorul reciproc și facilitarea participării. [3]
- Să pregătești o întâlnire comună cu roluri, limite și obiective clare. [3]

1. Începe cu rețeaua reală

Întreabă cine contează pentru pacient și cu cine petrece timp. Nu presupune că o persoană cu adicție este neapărat izolată sau că familia biologică este singura sursă de ajutor. Rețeaua poate cuprinde parteneri, prieteni, vecini, colegi, persoane din comunitate și profesioniști. Contează calitatea relației, disponibilitatea și felul în care fiecare persoană influențează consumul sau participarea la tratament. [1, 2]

Pentru fiecare legătură, notează ce sprijin este posibil: transport, contact în momente dificile, activitate fără consum sau însoțire la consultație. Explorează și riscurile: consum comun, presiune, conflict și control. Sprijinul emoțional și ajutorul practic sunt resurse diferite. O hartă bună arată golurile și alternativele, nu doar numărul de persoane. Datele din *Seminars in Addiction Psychiatry* avertizează împotriva presupunerii că toți pacienții sunt lipsiți de relații importante. [1, 2]

2. Acord, confidenţialitate şi siguranţă

Clarifică ce dorește pacientul să împărtășească și cu cine. O întâlnire comună are nevoie de un scop explicit. Acordul pentru participarea familiei nu este automat acord pentru transmiterea tuturor detaliilor medicale. Explică și limitele cadrului de confidențialitate. Acestea trebuie aplicate conform situației clinice și regulilor profesionale locale, fără a promite secret absolut în orice împrejurare. [1, 4, 5]

Întreabă separat despre teamă, amenințări și violență atunci când contextul o cere. Nu presupune că o discuție de cuplu este sigură doar fiindcă ambii parteneri au venit. Siguranța și accesul la îngrijire au prioritate. Implicarea familiei este o opțiune clinică adaptată relației și nevoilor, nu o condiție universală pentru tratament. Când relațiile apropiate nu pot ajuta, se caută alte resurse. [1, 4, 5]

3. Aparţinătorii au nevoi proprii

Ascultă ce au trăit persoanele apropiate: îngrijorare, rușine, probleme financiare, pierderea încrederii sau suprasolicitare. Nu le reduce rolul la menținerea abstinenței pacientului. Au dreptul la propriile limite și la sprijin. Psihoeducația explică tulburarea, tratamentele, evoluția și reacția utilă în situații dificile. Informația despre medicație poate corecta ideea că un tratament prescris înseamnă automat continuarea adicției. [1, 4, 6]

Modelul CRAFT (Community Reinforcement and Family Training – Întărirea comunitară și instruirea familiei) lucrează cu persoanele semnificative (CSO – Concerned Significant Others) pentru a susține comportamente favorabile recuperării și pentru a facilita intrarea în tratament. Include comunicare, recompensarea comportamentelor utile, activități alternative și atenție la siguranță. Nu este o confruntare colectivă menită să „spargă negarea”. Sprijinul pentru familie poate începe și când pacientul nu acceptă încă tratamentul, fără a transforma familia în instrument de coerciție. [1, 4, 6]

4. Terapia de cuplu, de familie și de rețea

Terapiile comportamentale de cuplu lucrează atât cu obiectivele legate de consum, cât și cu relația. Sunt exersate comunicarea, negocierea și sprijinul pentru schimbare. Terapia de rețea poate reuni câteva persoane alese pentru a susține un plan cognitiv și comportamental. Nu toate conflictele trebuie rezolvate înainte de începerea tratamentului, dar rolurile trebuie să fie suficient de clare pentru a nu crește haosul. [2, 4]

O întâlnire de cuplu sau de familie poate avea trei obiective simple: fiecare descrie o dificultate, grupul alege un comportament de sprijin și stabilește o limită. În terapia de rețea, sarcina rămâne sprijinul abstinenței, iar problemele proprii ale membrilor nu devin agenda întâlnirii. De exemplu, partenerul poate oferi transport la consultație, fără să preia răspunderea pentru toate deciziile pacientului. Clinicianul verifică dacă planul este realist și dacă există acord. La reevaluare se discută ce s-a întâmplat, nu cine a fost „bun” sau „rău”. [2, 4]

5. Grupul terapeutic are o funcție precisă

Grupurile profesionale pot oferi educație, abilități, sprijin sau psihoterapie. Unele sunt centrate pe craving și situații cu risc. Altele lucrează cu relații, emoții și consecințele consumului. Grupul trebuie ales în funcție de capacitatea și nevoile persoanei. Anxietatea socială, dificultățile cognitive sau simptomele psihotice pot necesita adaptări, pregătire individuală ori un alt ritm de participare. [7, 8]

Conducătorul stabilește cadrul și gestionează dificultăți precum intoxicația, ostilitatea, absențele sau monopolizarea discuției. Participanții pot învăța prin exerciții și feedback, nu numai prin ascultare. O ședință despre refuzul unei invitații la consum poate include un joc de rol și o sarcină practică. Terapia de grup se poate combina cu întâlniri individuale, medicație și intervenții familiale. [7, 8]

6. Ajutor reciproc, 12 pași și alternative

Grupurile de ajutor reciproc sunt organizate în jurul experienței comune și al sprijinului dintre participanți. Nu sunt identice cu psihoterapia condusă de un clinician. Facilitarea în 12 pași (Twelve-Step Facilitation – TSF) reprezintă o intervenție psihoterapeutică manualizată, condusă de un clinician care ajută persoana să se implice în astfel de grupuri. O trimitere utilă explică formatul, explorează preferințele și revine ulterior asupra experienței concrete a pacientului. [9-11]

Există și opțiuni seculare, precum SMART Recovery, descrise în cărți. Alegerea trebuie să țină cont de valori, acces și sentimentul de siguranță. Spiritualitatea poate însemna sens, scop și legătură cu ceilalți, fără credință religioasă obligatorie. Medicația indicată nu trebuie oprită pentru a satisface opinia unui participant la un grup. Disponibilitatea locală a programelor nu a fost verificată în acest curs. [9-11]

7. Comunități terapeutice și continuitate

Comunitățile terapeutice folosesc viața comunitară ca parte a intervenției. Unele au fost adaptate pentru persoane cu tulburări psihiatrice coexistente. ASAM descrie modificări precum mai multă flexibilitate, activități mai scurte, mai puțină confruntare și planuri individualizate. Prezența unei psihoze sau a unor dificultăți cognitive nu justifică aplicarea neschimbată a unui program intens și sancționator. [4, 12]

La ieșirea dintr-un program, stabilește ce continuă: consultații, medicație, sprijin de grup, locuire și activități. Rețeaua nu se construiește numai în ziua externării. Rolurile se schimbă în timp și trebuie revizuite. Măsoară participarea, funcționarea, siguranța și calitatea relațiilor. O persoană poate avea nevoie de mai multe forme de sprijin; nici familia, nici un grup nu pot înlocui singure toate componentele îngrijirii. [4, 12]

Schema de lucru: Familia și sprijinul pentru recuperare

- Pacient și obiective
- Persoane alese
- Roluri și limite
- Acțiuni de sprijin
- Reevaluare [1, 2, 4-12]

Harta nu presupune că orice relație este protectoare. Calitatea și siguranța fiecărei legături se evaluează. [1, 2, 4-12]

Repere clinice și completări ale ediției

CRAFT înseamnă Community Reinforcement and Family Training și lucrează inclusiv cu persoanele semnificative (CSO). Terapia comportamentală de cuplu (BCT) și terapia de rețea (Network Therapy) au indicații și condiții proprii. Evaluăm separat violența, controlul coercitiv și siguranța înaintea întâlnirilor comune. Facilitarea în 12 pași (TSF) este o intervenție profesională structurată; AA, NA, Al-Anon și SMART Recovery sunt forme comunitare de ajutor reciproc, cu abordări diferite. [1, 2, 4-12]

Idei de reținut

- Întreabă despre rețeaua existentă înainte de a presupune izolare.
- Aparținătorii au nevoi și limite proprii.
- Participarea altora are obiective și un cadru de confidențialitate.
- CRAFT susține schimbarea fără confruntare coercitivă.
- Psihoterapia, facilitarea și ajutorul reciproc sunt intervenții diferite.
- Planul de după tratamentul intensiv trebuie construit din timp. [1, 2, 4-12]

Caz clinic fictiv: aplică raționamentul

Elena, 51 de ani, vine cu fratele ei, care se tratează pentru consum de alcool. Ea spune că îi verifică telefonul și îi plătește toate datoriile, deoarece se teme că altfel îl pierde. El se simte controlat și evită consultațiile când crede că vor discuta amândoi cu medicul. Totuși, ar accepta să fie însoțit la o întâlnire de sprijin. Elena doarme prost și nu mai vede prietenii. Nu au discutat ce informații pot fi împărtășite în consultația comună. Fiecare cere clinicianului să îl convingă pe celălalt. Amândoi spun că ar dori mai puține certuri și mai multă predictibilitate. Caz fictiv, creat pentru învățare. [3]

Cum începi întâlnirea? [1, 2, 4-12]

A. Îi ceri Elenei să preia controlul complet al tratamentului.

B. Clarifici acordul, obiectivul comun și nevoile fiecăruia, apoi negociezi un sprijin concret.

C. Excluzi definitiv familia din orice formă de ajutor.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: B. [1, 2, 4-12]

Opțiunea A: Supravegherea totală nu este un plan terapeutic suficient și poate amplifica epuizarea și conflictul. Responsabilitățile trebuie delimitate. Elena are propriile nevoi de îngrijire. O responsabilitate fără limite poate menține conflictul și face dificilă participarea voluntară a fratelui la tratament. [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12]

Opțiunea B: Un cadru explicit permite sprijin practic fără a ignora autonomia pacientului și povara aparținătorului. Pot fi recomandate și resurse separate pentru Elena. De exemplu, însoțirea la o întâlnire poate fi negociată, iar transmiterea informațiilor medicale rămâne delimitată. Fiecare știe ce poate oferi și ce nu. [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12]

Opțiunea C: Conflictul nu face automat imposibil orice sprijin. Este necesară evaluarea siguranței și alegerea unor forme de implicare potrivite, nu o regulă rigidă. Pot fi utile întâlniri separate, psihoeducație sau un obiectiv comun restrâns. Alegerea se face după evaluarea relației și a acordului pentru participare. [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Ce distinge facilitarea în 12 pași de un grup de ajutor reciproc? [9]

A. Este o intervenție profesională structurată care facilitează implicarea.

B. Este neapărat aceeași întâlnire.

C. Exclude orice medicație.

Răspuns corect: A. Facilitarea are un cadru terapeutic și obiective organizate. Grupul de ajutor reciproc se bazează pe sprijinul dintre participanți. Cele două se pot completa, dar nu sunt sinonime. Preferințele și experiența pacientului trebuie discutate după participare, pentru a vedea dacă sprijinul este potrivit. [9]

Întrebarea 2. Ce urmărește CRAFT? [4, 6]

A. Confruntarea publică a pacientului.

B. Sprijinirea aparținătorilor în folosirea unor strategii care favorizează schimbarea și intrarea în tratament.

C. Transferul tuturor deciziilor medicale familiei.

Răspuns corect: B. CRAFT include comunicare, întărirea comportamentelor utile și sprijin pentru persoana apropiată. Se diferențiază de intervențiile confruntaționale și nu transferă familiei rolul de clinician. Persoana apropiată poate primi ajutor pentru propria funcționare, chiar când pacientul nu este pregătit să intre în tratament. [4, 6]

Întrebarea 3. Ce trebuie clarificat înaintea unei întâlniri comune? [4, 5]

A. Numai cine plătește.

B. Numai cine vorbește primul.

C. Acordul, scopul, informațiile ce pot fi discutate și siguranța relației.

Răspuns corect: C. Implicarea rețelei are sens dacă sprijinul este potrivit și cadrul este înțeles. Nu se presupune că apropierea familială înseamnă acces nelimitat la toate informațiile sau o relație lipsită de risc. Un scop restrâns și realist poate permite colaborarea chiar dacă există alte conflicte încă nerezolvate. [4, 5]

Întrebarea 4. Cum poate fi adaptată o comunitate terapeutică pentru comorbidități psihiatrice? [12]

A. Prin flexibilitate, ritm ajustat și individualizare.

B. Prin creșterea automată a confruntării.

C. Prin excluderea tuturor consultațiilor psihiatrice.

Răspuns corect: A. Modelul modificat descris în ASAM include mai puțină intensitate și adaptări pentru simptome și funcționare. Continuitatea și integrarea cu tratamentul psihiatric rămân importante. Adaptarea urmărește participarea și învățarea, fără a confunda dificultățile cognitive sau simptomele cu refuzul deliberat. [12]

Termeni explicați

CRAFT: abordare care lucrează cu persoanele apropiate pentru sprijin și facilitarea tratamentului. [1, 2, 4-12]

Ajutor reciproc: sprijin între persoane cu experiențe asemănătoare. [1, 2, 4-12]

Rețea de sprijin: persoane și servicii care pot oferi ajutor concret. [1, 2, 4-12]

Note despre documentare

Conținut confruntat cu pasajele indicate din cărți. Cazul, exemplele și întrebările sunt originale. Nu a fost efectuată verificare pe internet sau recenzie externă independentă. [3]

Disponibilitatea locală a grupurilor nu a fost verificată. [3]

Aspectele de confidențialitate sunt principii de organizare, nu o prezentare a legislației române. [3]

Referințe

[1] Copello, A., & Day, E. (2021). Addiction problems in a family and social context. In E. Day (Ed.), *Seminars in addiction psychiatry* (2nd ed., pp. 252-265). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781911623199

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 75, „Network Therapy” (pp. 450-454).

[3] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 21: Familia și sprijinul pentru recuperare – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[4] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 78, „Family Involvement in Addiction, Treatment, and Recovery” (pp. 466-470).

[5] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 124, „Consent and Confidentiality Issues in Addiction Practice” (pp. 735-739).

[6] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 73, „Contingency Management and the Community Reinforcement Approach” (pp. 438-443).

[7] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 71, „Group Therapies” (pp. 428-431).

[8] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 103, „Co-occurring Psychosis and Substance Use Disorders” (pp. 612-618).

[9] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 79, „Twelve-Step Facilitation Approaches” (pp. 471-474).

[10] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 84, „Twelve-Step and Other Programs in Addiction Recovery” (pp. 499-503).

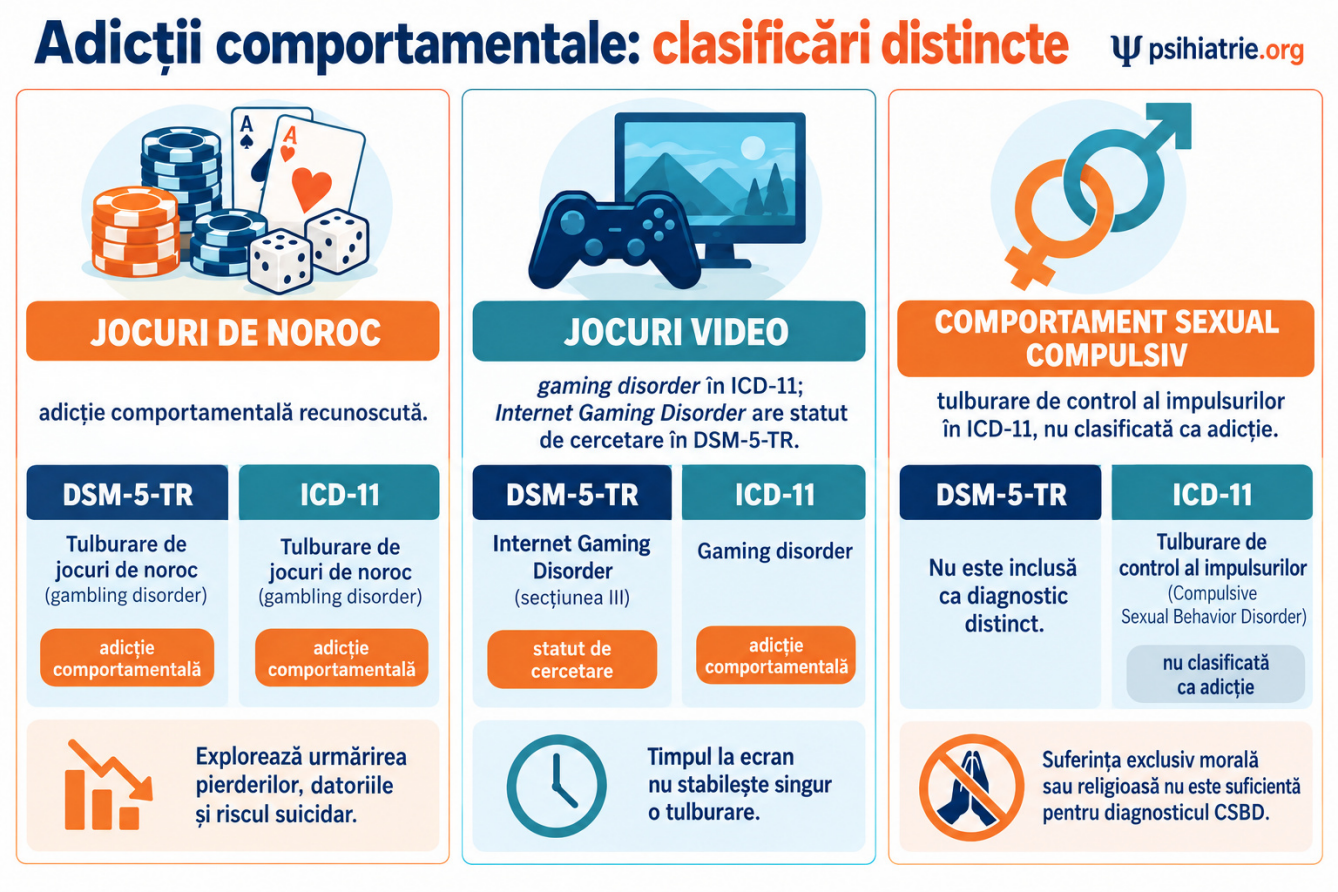
[11] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 86, „Spirituality in the Recovery Process” (pp. 511-514).

[12] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 76, „Therapeutic Communities and Modified Therapeutic Communities for Co-occurring Mental and Substance Use Disorders” (pp. 455-460).

22. Jocurile de noroc și comportamentele digitale

Nu orice activitate intensă este o adicție. Un programator, un jucător profesionist și o persoană care joacă până își pierde serviciul pot avea un număr asemănător de ore la ecran, dar situații clinice diferite. Evaluarea urmărește controlul, scopul, persistența și afectarea funcționării. Lecția separă jocurile de noroc de jocurile video și de alte comportamente digitale. Folosește și *Technological Addictions* pentru particularitățile mediului online. Sunt discutate datoriile, somnul, relațiile, sexualitatea și comorbiditățile, fără a transforma automat activitățile obișnuite în boli. [1-4]

Sinteză vizuală / Adicţii comportamentale: clasificări distincte



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1-4, 6-9]

Ce vei putea face după lectură

• Să compari statutul diagnostic al jocurilor de noroc, jocurilor video și altor comportamente. [5]

• Să evaluezi funcția activității și consecințele, nu doar durata. [5]

• Să negociezi un plan care protejează funcționarea și tratează comorbiditățile. [5]

1. Ce este recunoscut și ce rămâne în discuție?

În cărțile consultate, tulburarea de jocuri de noroc este inclusă în categoria tulburărilor legate de substanțe și adicții din DSM-5. Internet gaming disorder este prezentată în DSM-5 ca o afecțiune care necesită cercetare suplimentară. ICD-11 descrie gaming disorder. Aceste denumiri nu trebuie folosite interschimbabil. Niciuna nu justifică diagnosticarea tuturor activităților online sub o singură etichetă de „dependență de telefon”. [1-4]

Pentru rețele sociale, navigare, cumpărături și pornografie, literatura folosește concepte și instrumente cu grade diferite de validare. Simptomele reale pot necesita ajutor chiar dacă nu există o categorie diagnostică separată, consensuală. Precizează activitatea, pierderea controlului și consecințele. Tulburarea de comportament sexual compulsiv are în ICD-11 încadrare în tulburările de control al impulsurilor; nu este pur și simplu sinonimă cu folosirea pornografiei. [1-4]

2. Jocurile de noroc: urmărește întregul tipar

Evaluează preocuparea, creșterea mizelor, încercările nereușite de oprire, iritabilitatea la reducere și jocul pentru a scăpa de emoții neplăcute. Explorează fenomenul de urmărire a pierderilor (chasing losses – parierea continuă pentru recuperarea banilor pierduți), ascunderea comportamentului, afectarea relațiilor ori muncii și dependența de banii altora pentru ieșirea din dificultăți. Cărțile descriu pragul DSM-5 de cel puțin patru criterii într-un interval de 12 luni, cu afectare sau suferință semnificativă. [1, 6, 7]

Comportamentul nu trebuie explicat mai bine de un episod maniacal. Întreabă despre datorii, accesul rapid la bani, secretizare și consecințe pentru familie. Platformele online permit acces continuu și reduc pauzele dintre impuls și pariu. „Îmi recuperez pierderile și mă opresc” poate întreține ciclul. Evaluarea include dispoziția, consumul de substanțe și riscul suicidar, mai ales când apar disperare și pierderi importante. [1, 6, 7]

3. Jocurile video: control și funcționare

Pentru gaming, explorează controlul asupra începutului, duratei și opririi, prioritatea față de alte activități și continuarea în ciuda consecințelor. În prezentarea ICD-11 din carte, tiparul poate fi continuu, episodic sau recurent, dar este de regulă prezent de cel puțin 12 luni; ICD-11 admite o durată mai scurtă dacă toate cerințele sunt îndeplinite și simptomele sunt severe. Înainte de diagnostic se exclud tulburarea bipolară și utilizarea riscantă a jocurilor video („hazardous gaming”), adică jocul continuat în ciuda unor consecințe, fără pierderea controlului. Nu confunda criteriile de cercetare DSM-5 cu descrierea ICD-11. În ambele discuții clinice, funcționarea și contextul sunt mai informative decât un prag universal de ore. [3, 8]

Construiește un istoric al jocurilor: tipul, momentele de joc, grupul social, costurile și schimbările după evenimente de viață. Întreabă ce oferă jocul: competență, prieteni, relaxare sau evitare. Păstrează în evaluare și funcțiile pozitive. Îndepărtarea bruscă a singurei surse de contact social poate crea alte probleme. Schimbarea urmărește refacerea somnului, obligațiilor și relațiilor, nu demonizarea unei forme de divertisment. [3, 8]

4. Rețele sociale, cumpărături și designul platformelor

Întreabă despre notificări, verificări automate, derulare continuă și teama de a pierde ceva. Aceste caracteristici pot susține revenirea frecventă pe platformă. Totuși, activitatea poate avea și funcție profesională ori socială. Explorează calitatea experienței: ce simte persoana înainte, în timpul și după utilizare? Comparația socială, hărțuirea, singurătatea și insomnia pot necesita intervenții diferite. [1, 7, 9]

La cumpărături, examinează impulsul, obiectele nefolosite, cheltuielile peste posibilități, ascunderea și efectul asupra datoriilor. Un episod de cheltuieli mari poate apărea și în manie. La jocuri video, întreabă despre achiziții și elemente aleatorii contra cost, precum loot boxes. Granița dintre joc și mecanisme de pariere poate fi neclară. Numele aplicației nu stabilește singur ce comportament trebuie evaluat. [1, 7, 9]

5. Sexualitatea se evaluează fără judecată morală

Frecvența mare a activității sexuale, masturbarea sau folosirea pornografiei nu stabilesc singure o tulburare. Pentru comportamentul sexual compulsiv, urmărește dificultatea persistentă de control, neglijarea altor domenii și continuarea în ciuda consecințelor. ASAM subliniază că suferința explicată numai prin dezaprobare morală nu este suficientă pentru diagnostic. Diferențiază conflictul de valori de pierderea controlului cu afectare funcțională. [2, 4]

Întreabă despre consimțământ, siguranță, costuri, timp, relații și consum de substanțe. Caută depresie, manie, ADHD și alte probleme relevante. Uneori activitatea este folosită pentru reducerea singurătății sau a tensiunii. Formularea trebuie să rămână individuală. Comportamentul sexual compulsiv nu este sinonim cu o parafilie și nu dovedește automat risc pentru alții. Riscul real se evaluează prin comportamente și date concrete. [2, 4]

6. Tratament și obiective negociate

Pentru jocurile de noroc, cărțile susțin intervenții cognitive și comportamentale și abordări motivaționale. Lucrează cu iluziile de control, situațiile declanșatoare și activitățile alternative. Măsurile privind accesul la joc și bani pot fi integrate într-un plan convenit. Pentru gaming, intervențiile familiale și cognitive și comportamentale pot ajuta, dar *Technological Addictions* subliniază limitele studiilor. Nu prezenta o singură metodă drept soluție garantată. [3, 6, 7]

Medicația se discută prudent. ASAM descrie rezultate promițătoare pentru antagoniștii opioizi (naltrexonă, nalmefen) în jocurile de noroc (mecanism presupus: atenuarea eliberării de dopamină mediate de opioidele endogene în căile mezolimbice de recompensă), dar fără indicație specifică aprobată în contextul prezentat. Pentru gaming și alte comportamente digitale, studiile medicamentoase sunt mici și eterogene. Tratarea unei depresii sau a ADHD confirmat nu trebuie confundată cu prescrierea unui „medicament pentru telefon”. Monitorizează separat simptomele comorbide și comportamentul țintă. [3, 6, 7]

7. Cum urmărești o schimbare reală

Alege indicatori care reflectă problema: somn, prezență la școală sau muncă, pierderi financiare, relații și respectarea limitelor convenite. Numărul de ore poate fi unul dintre indicatori, dar nu singurul. Urmărește și trecerea de la o aplicație la alta. Scăderea timpului într-un joc nu reprezintă neapărat progres dacă persoana petrece aceeași noapte în alte jocuri. [3, 8]

Scalele pot organiza evaluarea și compara evoluția, dar nu înlocuiesc interviul clinic. În cercetare, definițiile și instrumentele diferă; de aici provin și diferențe mari între estimările de frecvență. Asocierile dintre folosirea tehnologiei și imagistica cerebrală nu demonstrează singure cauzalitate sau leziuni la un pacient. Documentează ce este observat, ce este ipoteză și ce urmează să fie reevaluat. [3, 8]

Schema de lucru: Jocurile de noroc și comportamentele digitale

- Activitate specifică
- Control
- Consecințe
- Alte explicații
- Plan individual [1-4, 6-9]

Schema cere evaluarea activității și a contextului. Nu există aici un prag universal de ore la ecran. [1-4, 6-9]

Repere clinice și completări ale ediției

Tulburarea de jocuri de noroc este o adicție comportamentală, nu o tulburare de consum de substanță. Urmărirea pierderilor (chasing losses) este un criteriu relevant, fără a fi obligatoriu în fiecare caz. Gaming disorder este recunoscut în ICD-11; utilizarea riscantă a jocurilor video nu este sinonimă cu tulburarea. Mecanismele probabilistice ale loot boxes diferă între produse. CSBD este încadrată în ICD-11 la tulburările controlului impulsurilor; suferința exclusiv morală sau religioasă nu este suficientă pentru diagnostic. [1-4, 6-9]

Idei de reținut

- Afectarea funcționării și controlul sunt esențiale.
- Jocurile de noroc și jocurile video au statute diagnostice diferite.
- Mediul online poate facilita accesul, fără a explica singur fiecare caz.
- Dezaprobarea morală singură nu stabilește comportament sexual compulsiv.
- Scalele și orele la ecran nu înlocuiesc evaluarea.
- Dovezile medicamentoase sunt limitate și trebuie delimitate de tratamentul comorbidităților. [1-4, 6-9]

Caz clinic fictiv: aplică raționamentul

Ioana, 27 de ani, lucrează în editare video și petrece multe ore la calculator. Familia cere un diagnostic de „dependență de internet”. Ea își respectă sarcinile, dar doarme puțin deoarece verifică seara pariurile sportive. A pierdut bani economisiți, a ascuns două împrumuturi și spune că trebuie să mai joace ca să recupereze pierderile. Jocurile video cu prietenii ocupă două seri pe săptămână și nu au fost sursa principală a dificultăților. Se simte rușinată și evită să discute datoriile. Nu a fost evaluată dispoziția sau siguranța. Ar accepta ajutor dacă discuția nu îi pune în pericol munca la calculator. Caz fictiv, creat pentru învățare. [5]

Care este formularea inițială cea mai utilă? [1-4, 6-9]

A. Toate orele la ecran reprezintă aceeași boală.

B. Problema este clar jocul video, deoarece familia a menționat internetul.

C. Evaluezi distinct pariurile, consecințele financiare, controlul, dispoziția și riscul.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: C. [1-4, 6-9]

Opțiunea A: Această etichetă amestecă munca, socializarea și comportamentul cu pierderi. Nu oferă o țintă clinică precisă. O asemenea formulare poate ascunde tocmai comportamentul cu pierdere de control și consecințe financiare. Intervenția trebuie legată de problema observată, nu de dispozitiv. [1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9]

Opțiunea B: Datele indică pariurile drept sursă principală de afectare. Jocurile video se explorează, dar nu se declară patologice doar prin asociere. Istoricul funcțional separă activitățile necesare sau plăcute de cele care întrețin dificultățile. Evaluarea nu trebuie ghidată exclusiv de eticheta inițială oferită de familie. [1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9]

Opțiunea C: Evaluarea specifică permite clarificarea criteriilor, a comorbidităților și a siguranței. Ulterior se construiește un plan pentru acces, bani, comportament și sprijin. Rușinea și împrumuturile ascunse trebuie discutate fără judecată. Ele pot împiedica cererea de ajutor și pot agrava relațiile și sentimentul de lipsă a ieșirii. [1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Ce stabilește singur diagnosticul unei adicții digitale? [3, 8]

A. Numărul mare de ore.

B. Nici timpul mare, nici dezaprobarea familiei, fără evaluarea controlului și funcționării.

C. Faptul că persoana folosește un telefon nou.

Răspuns corect: B. Timpul și îngrijorarea familiei sunt informații utile, dar contextul poate fi profesional, social sau recreativ. Sunt necesare evaluarea tiparului, a consecințelor și a altor explicații. Aceeași durată poate avea semnificații diferite pentru muncă, divertisment și un comportament cu control deficitar. [3, 8]

Întrebarea 2. Cum este prezentat internet gaming disorder în DSM-5 în sursele consultate? [1, 3]

A. Afecțiune care necesită cercetare suplimentară.

B. Sinonim al jocurilor de noroc.

C. Diagnostic pentru toate utilizările smartphone-ului.

Răspuns corect: A. Cartea separă criteriile de cercetare DSM-5 de gaming disorder descris în ICD-11. Nu se transferă automat criteriile la rețele sociale, cumpărături sau activitatea profesională online. Este important ca documentarea să numească explicit sistemul de clasificare și să nu inventeze echivalențe. [1, 3]

Întrebarea 3. Conform ICD-11, ce tip de suferință nu este suficient pentru diagnosticul de comportament sexual compulsiv? [2]

A. Afectarea persistentă a funcționării.

B. Încercări repetate, nereușite de control.

C. Suferința explicată exclusiv prin dezaprobarea morală a comportamentului.

Răspuns corect: C. ASAM subliniază această limită a criteriilor ICD-11. Evaluarea trebuie să diferențieze valorile și conflictul moral de un tipar persistent de control deficitar și consecințe clinice. Frecvența activității și valorile personale se explorează separat, fără a minimaliza suferința reală a persoanei. [2]

Întrebarea 4. Ce înseamnă urmărirea pierderilor în jocurile de noroc? [7]

A. Revenirea la joc pentru a recupera banii pierduți.

B. O metodă sigură de limitare a datoriilor.

C. O dovadă că riscul a dispărut.

Răspuns corect: A. Încercarea de a repara pierderile prin pariuri noi poate menține și agrava ciclul. Se explorează așteptările despre câștig, accesul la bani și consecințele, fără a moraliza. Ajutorul poate include abordarea datoriilor și a sprijinului social, pe lângă intervenția asupra comportamentului. [7]

Termeni explicați

Gaming: jocuri video, online sau offline, în funcție de context. [1-4, 6-9]

Gambling: jocuri de noroc sau pariuri. [1-4, 6-9]

Afectare funcțională: deteriorare importantă a activităților, relațiilor ori responsabilităților. [1-4, 6-9]

Loot box: element virtual cu conținut aleatoriu, uneori cumpărat cu bani. [1-4, 6-9]

Note despre documentare

Conținut confruntat cu pasajele indicate din cărți. Cazul, exemplele și întrebările sunt originale. Nu a fost efectuată verificare pe internet sau recenzie externă independentă. [5]

Sursa G folosește eronat subtitlul ICD-10 deasupra descrierii ICD-11; cursul păstrează identificarea ICD-11 din text. [5]

Nu sunt preluate afirmații cauzale despre leziuni cerebrale produse de ecrane. [5]

Statutul diagnostic este cel prezentat în cărți, fără verificare externă a modificărilor ulterioare. [5]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 51, „Understanding Nonsubstance Addictions” (pp. 312-318).

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 53, „Compulsive Sexual Behaviors” (pp. 324-329).

[3] Sherer, J. (2022). Video games: From harmless pastime to internet gaming disorder. In P. Levounis & J. Sherer (Eds.), *Technological addictions* (pp. 1-24). American Psychiatric Association Publishing.

[4] Naghdechi, L., Aadil, M., Kagadkar, F., & Levounis, P. (2022). Cybersex and online pornography: Hacking the human sex drive. In P. Levounis & J. Sherer (Eds.), *Technological addictions* (pp. 25-46). American Psychiatric Association Publishing.

[5] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 22: Jocurile de noroc și comportamentele digitale – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[6] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 52, „Gambling Disorder: Clinical Characteristics and Treatment” (pp. 319-323).

[7] Rymowicz, R. (2022). Internet gambling: An old behavior in a new age. In P. Levounis & J. Sherer (Eds.), *Technological addictions* (pp. 47-68). American Psychiatric Association Publishing.

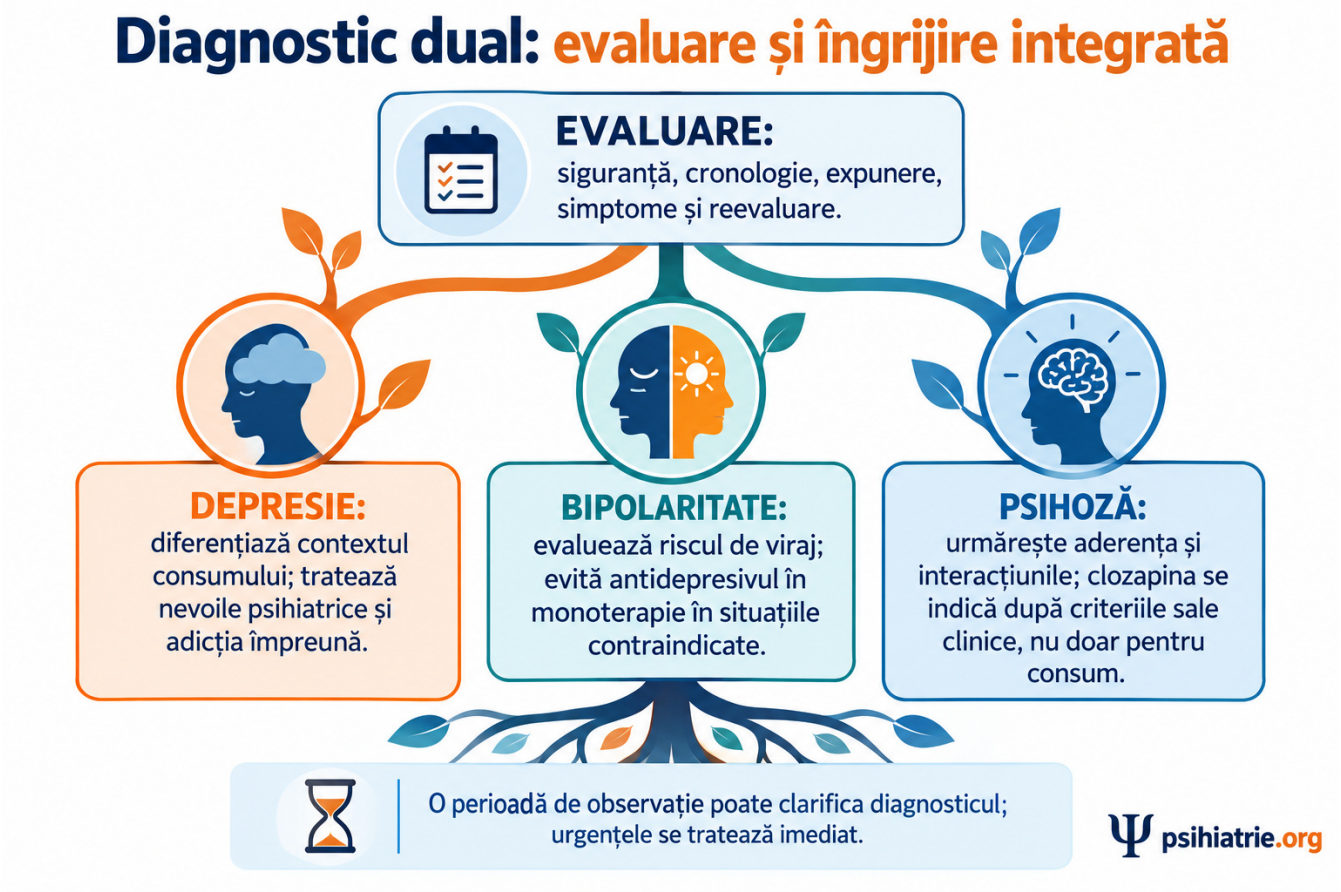
[8] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 54, „Disorders Associated With Technology and Social Media” (pp. 330-335).

[9] Babajide, L.-A. (2022). Social media: The self vs. the selfie. In P. Levounis & J. Sherer (Eds.), *Technological addictions* (pp. 105-122). American Psychiatric Association Publishing.

23. Depresia, tulburarea bipolară și psihoza

Consumul și simptomele psihiatrice se pot influența în ambele sensuri. Uneori intoxicația ori sevrajul explică tabloul. Alteori există o tulburare independentă, agravată de consum. La prima întâlnire, răspunsul poate rămâne provizoriu. Aceasta nu justifică amânarea îngrijirii. Lecția arată cum se construiește cronologia, cum se diferențiază simptomele așteptate de un sindrom și cum se tratează coordonat depresia, bipolaritatea și psihoza. Sunt discutate siguranța, aderența și interacțiunile, inclusiv schimbarea concentrației unor antipsihotice atunci când pacientul reduce sau oprește fumatul. [1, 2]

Sinteză vizuală / Diagnostic dual: evaluare şi îngrijire integrată



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1, 2, 4, 5]

Ce vei putea face după lectură

- Să construiești o cronologie comună a consumului și episoadelor psihiatrice. [3]
- Să diferențiezi o ipoteză indusă de substanță de o tulburare independentă. [3]
- Să planifici tratament integrat, cu monitorizarea riscului și a interacțiunilor. [3]

1. Trei explicații care trebuie separate

Prima posibilitate este efectul așteptat al intoxicației sau sevrajului. A doua este o tulburare indusă de substanță, cu manifestări suficient de importante pentru atenție clinică proprie. A treia este o tulburare independentă (primară / comorbiditate psihiatrică veritabilă – diagnostic dual), care preexistă sau persistă independent de consum. Pentru o tulburare indusă, substanța trebuie să poată produce tabloul, iar relația temporală trebuie să fie plauzibilă. Nu orice tristețe după consum este automat episod depresiv major. [1, 2]

Deliriumul trebuie căutat separat. Atenția fluctuantă, dezorientarea și modificarea conștienței pot orienta spre o urgență medicală. Simptomele psihotice nu sunt explicate printr-o tulburare indusă separată dacă apar exclusiv în delirium. Caută și alte cauze somatice ori medicamentoase. O formulare provizorie bine argumentată este preferabilă unei etichete definitive bazate numai pe simptomul cel mai evident. [1, 2]

2. Cronologia este instrumentul central

Notează debutul simptomelor, debutul consumului problematic, perioadele de oprire și tratamentele anterioare. Întreabă cum era persoana înaintea consumului și în intervalele fără intoxicație. Folosește documente și informații colaterale, cu un cadru adecvat. Simptomele anterioare consumului sau persistente în perioade lungi de abstinență susțin o tulburare independentă. Istoricul familial poate completa, dar nu decide singur diagnosticul. [1, 2, 4]

În ASAM, aproximativ o lună după remiterea efectelor acute este discutată ca reper orientativ pentru persistență. Nu este un cronometru universal. Substanțele, durata expunerii și tulburările diferă. Unele psihoze asociate amfetaminelor pot persista mult mai mult. Urmărirea poate modifica diagnosticul inițial. În timpul clarificării, tratează riscul și simptomele severe; nu cere pacientului să rămână fără ajutor până când se îndeplinește un interval arbitrar. [1, 2, 4]

3. Depresia: sindrom, context și tratament

Un episod depresiv major presupune un ansamblu persistent de simptome, nu numai o zi dificilă. Sinteza din ASAM descrie cel puțin două săptămâni, cu cel puțin cinci simptome, între care dispoziție depresivă sau pierderea interesului ori a plăcerii. Somnul, apetitul sau greutatea, energia, concentrarea, sentimentele de vinovăție excesivă ori inutilitate, modificările psihomotorii și gândurile despre moarte sau suicid completează evaluarea. Fiecare simptom se interpretează în raport cu substanțele și bolile somatice. [2]

Tratamentul consumului poate ameliora simptomele depresive, dar depresia independentă necesită propria intervenție. Cărțile susțin abordarea concomitentă și discută psihoterapia și antidepresivele. Alegerea ține cont de tabloul complet, răspunsul anterior și riscuri. Nu presupune că ameliorarea dispoziției va elimina automat consumul. Măsoară separat cele două evoluții și întreabă despre activare, hipomanie ori manie înainte și după inițierea tratamentului. [2]

4. Bipolaritatea: caută episoade, nu doar oscilații

Intoxicația cu stimulante poate semăna cu mania. Alternarea consumului și a epuizării poate fi confundată cu ciclare afectivă. Caută episoade clare, cu modificarea dispoziției și energiei, reducerea nevoii de somn, accelerare, grandiozitate și schimbări de funcționare. Explorează durata și apariția în afara consumului. Insomnia în care pacientul este obosit nu este același lucru cu nevoia redusă de somn din manie. [2]

Medicația pentru bipolaritate se alege după faza bolii și istoricul individual. ASAM discută stabilizatori ai dispoziției și antipsihotice, dar dovezile specifice pentru combinația bipolaritate–adicție sunt mai limitate. Antidepresivele necesită prudență deoarece pot favoriza manie, stări mixte sau ciclare rapidă. Menținerea unui ritm de somn, sprijinul pentru aderență și tratamentul consumului sunt componente ale aceluiași plan, nu etape care se exclud. [2]

5. Psihoza: tratează tabloul şi urmăreşte evoluţia

Canabisul, stimulantele și alte substanțe pot provoca sau agrava manifestări psihotice. Halucinațiile ori ideile delirante necesită evaluarea siguranței, a orientării și a cauzelor medicale. Diferențiază intoxicația, deliriumul și o tulburare psihotică persistentă. Simptomele care continuă în abstinență susțin reevaluarea pentru o tulburare primară, dar durata singură nu rezolvă toate cazurile. Sunt importante evoluția și nivelul de funcționare. [4]

Antipsihoticele se aleg pentru indicația psihotică și profilul pacientului. Problemele de aderență se explorează concret: efecte adverse, dificultăți cognitive, lipsa locuinței, acces sau convingeri despre tratament. Formele injectabile cu durată lungă pot fi luate în considerare când administrarea orală este dificilă. Intervențiile psihosociale se adaptează prin pași mai mici, repetiție și obiective accesibile. Tratamentul adicției continuă concomitent. [4]

6. Interacţiuni şi riscul suicidar

Fumatul poate induce CYP1A2 și reduce concentrația clozapinei. Oprirea fumatului poate crește concentrația și riscul de toxicitate. Întreabă la internare, externare și schimbări de context despre numărul de țigări și cafeină. Planifică reevaluarea clinică și monitorizarea relevantă; nu presupune că aceeași doză rămâne potrivită după o schimbare majoră. Consumul și tratamentul trebuie revizuite împreună, nu în registre separate. [1, 2, 4]

Evaluează direct ideile suicidare, intenția, planul, accesul la mijloace, tentativele și factorii de protecție. Depresia, bipolaritatea și consumul pot amplifica riscul. Intoxicația poate modifica judecata, iar remisia ei cere reevaluare, nu doar o concluzie retrospectivă. Stabilește un plan de siguranță și nivelul de îngrijire necesar. Simptomele severe se tratează chiar dacă originea lor rămâne încă incertă. [1, 2, 4]

7. Un singur plan, responsabilități vizibile

Tratamentul integrat înseamnă că tulburarea de consum și cea psihiatrică sunt evaluate și abordate împreună. Chambers și Masterson descriu problemele serviciilor separate: informații incomplete, recomandări contradictorii și responsabilitate fragmentată. Numirea unui coordonator și a unor obiective comune poate reduce confuzia. Pacientul trebuie să știe cine modifică medicația, cine urmărește consumul și pe cine contactează dacă starea se schimbă. [4, 5]

La fiecare control, compară simptomele, consumul, aderența, efectele adverse și funcționarea. Dacă psihoza se agravează, explorează și consumul înainte de a adăuga automat medicamente. Dacă se reduce consumul, reevaluează simptomele persistente și nevoile de tratament. Planul poate include locuire, sprijin social și sănătate somatică. Recuperarea înseamnă și o viață mai stabilă și mai satisfăcătoare, nu numai scoruri mai mici la o scală. [4, 5]

Schema de lucru: Depresia, tulburarea bipolară și psihoza

- Siguranță acum
- Cronologie
- Ipoteze
- Tratament comun
- Reevaluare [1, 2, 4, 5]

Incertitudinea diagnostică poate persista în timp ce tratamentul și monitorizarea continuă. [1, 2, 4, 5]

Repere clinice și completări ale ediției

Depresia se evaluează prin dispoziție/anhedonie, somn, apetit, energie, concentrare, vinovăție sau inutilitate, modificări psihomotorii și ideație suicidară, cu durată, afectare funcțională și diagnostic diferențial. În tulburarea bipolară evităm monoterapia antidepresivă neadecvată și evaluăm riscul de viraj. Alegerea stabilizatorilor și antipsihoticelor ține cont de riscurile reproductive, hepatice și renale. Clozapina are indicație în psihoza rezistentă la tratament; datele privind consumul nu justifică prescrierea exclusiv pentru craving. Antipsihoticele injectabile cu acțiune prelungită (LAI) pot susține continuitatea, prin decizie comună. [1, 2, 4, 5]

Idei de reținut

- Originea simptomelor se clarifică prin cronologie și urmărire.
- Tulburarea indusă de substanță nu înseamnă doar orice simptom de intoxicație.
- Riscul și simptomele severe se tratează de la început.
- Bipolaritatea cere istoric de episoade, inclusiv în afara consumului.
- Schimbarea fumatului poate modifica expunerea la clozapină.
- Tratamentul integrat are obiective și responsabilități comune. [1, 2, 4, 5]

Caz clinic fictiv: aplică raționamentul

Dan, 46 de ani, are episoade depresive și consum de alcool de mai mulți ani. Un serviciu i-a cerut abstinență înainte de evaluarea dispoziției. Altul i-a schimbat repetat antidepresivul fără să întrebe despre alcool. Dan relatează acum o perioadă veche de energie foarte mare, somn redus și cheltuieli neobișnuite, dar nu își amintește bine relația cu substanțele. În prezent este trist, doarme fragmentat și spune că familia ar fi mai bine fără el. Nu există o cronologie comună sau un responsabil pentru coordonare. Are documente medicale și ar accepta contactarea surorii. El cere o explicație coerentă, nu încă o recomandare izolată. Caz fictiv, creat pentru învățare. [3]

Care este următorul pas cel mai potrivit? [1, 2, 4, 5]

A. Creșterea automată a antidepresivului, fără alte întrebări.

B. Evaluarea imediată a siguranței și construirea unei cronologii integrate, cu reconsiderarea bipolarității.

C. Închiderea cazului până când pacientul demonstrează abstinență îndelungată.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: B. [1, 2, 4, 5]

Opțiunea A: Istoricul posibil de activare afectivă și ideile despre moarte schimbă evaluarea. O ajustare automată poate rata bipolaritatea și riscul actual. Relația temporală dintre simptome și substanțe este încă neclară. Tratamentul nu se optimizează prin simpla escaladare a unei clase medicamentoase fără revizuirea formulării. [1, 2, 4, 5]

Opțiunea B: Riscul se abordează acum. Istoricul, documentele și informațiile colaterale pot clarifica episoadele și relația cu consumul, fără a amâna îngrijirea. Un coordonator poate integra informațiile și poate preveni schimbări contradictorii de tratament. Reevaluarea longitudinală rămâne necesară chiar dacă apar indicii convingătoare la prima întâlnire. [1, 2, 4, 5]

Opțiunea C: Incertitudinea nu justifică abandonarea tratamentului. Atât consumul, cât și simptomele psihiatrice au nevoie de un plan comun de evaluare și intervenție. Acordul pentru informații colaterale și disponibilitatea documentelor sunt resurse utile. Îngrijirea poate începe cu prioritățile urgente și se ajustează pe măsură ce apar date. [1, 2, 4, 5]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Ce susține o tulburare psihiatrică independentă? [1]

A. Simptome anterioare consumului sau persistente în perioade relevante de abstinență.

B. Orice rezultat toxicologic pozitiv.

C. Orice schimbare de dispoziție într-o singură seară.

Răspuns corect: A. Cronologia și persistența sunt elemente centrale, dar trebuie interpretate cu tipul substanței și tabloul complet. Diagnosticul poate rămâne provizoriu și trebuie

reevaluat longitudinal. Informațiile colaterale și răspunsul la intervenții pot completa istoricul, dar nu înlocuiesc analiza contextului fiecărui episod. [1]

Întrebarea 2. Ce necesită prudență la antidepresive în bipolaritate? [2]

A. Posibilitatea de manie, stări mixte sau ciclare rapidă.

B. Faptul că nu există niciodată simptome depresive.

C. Necesitatea de a ignora consumul.

Răspuns corect: A. Istoricul bipolar trebuie explorat înainte de tratament și urmărit pe parcurs. Alegerea medicației depinde de faza bolii și de planul integrat, nu doar de simptomul depresiv prezent. Tratarea consumului, somnul și aderența trebuie integrate, pentru a evita explicațiile care reduc totul la o singură cauză. [2]

Întrebarea 3. Ce se poate întâmpla după oprirea fumatului la un pacient tratat cu clozapină? [4]

A. Concentrația scade obligatoriu.

B. Concentrația poate crește, cu risc de toxicitate.

C. Nu există nicio legătură cu tratamentul.

Răspuns corect: B. Inducția metabolică asociată fumului se poate reduce după oprire. Sunt necesare evaluare clinică și monitorizare adecvată, cu ajustare individuală, nu o presupunere că doza anterioară rămâne optimă. Pacientul și echipa trebuie să comunice schimbările de fumat, inclusiv cele apărute în cursul internării. [4]

Întrebarea 4. Ce definește tratamentul integrat? [5]

A. Două servicii fără comunicare.

B. Tratarea exclusivă a tulburării considerate prima.

C. Obiective coordonate pentru consum și simptomele psihiatrice.

Răspuns corect: C. Integrarea urmărește tabloul complet și responsabilități clare. Evită situația în care fiecare serviciu atribuie lipsa progresului problemei pe care o tratează altcineva. Pacientul trebuie să poată identifica un responsabil pentru coordonare și un plan coerent de urmărire. [5]

Termeni explicaţi

Diagnostic longitudinal: diagnostic construit și revizuit pe baza evoluției în timp. [1, 2, 4, 5]

Tulburare indusă: sindrom legat de efectele unei substanțe sau ale unui medicament. [1, 2, 4, 5]

Tratament integrat: îngrijire coordonată a problemelor coexistente. [1, 2, 4, 5]

Note despre documentare

Verificare a formulărilor diagnostice și terapeutice cu secțiunile citate. Cazul și întrebările sunt originale. Fără internet și fără recenzie externă independentă. [3]

Reperele temporale sunt orientative și nu constituie reguli universale de amânare a diagnosticului sau tratamentului. [3]

Nu sunt oferite scheme individuale de dozare pentru psihofarmacologie. [3]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 100, „Substance-Induced Mental Disorders” (pp. 593-598).

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 101, „Co-occurring Mood Disorders and Substance Use Disorders” (pp. 599-605).

[3] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 23: Depresia, tulburarea bipolară și psihoza – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

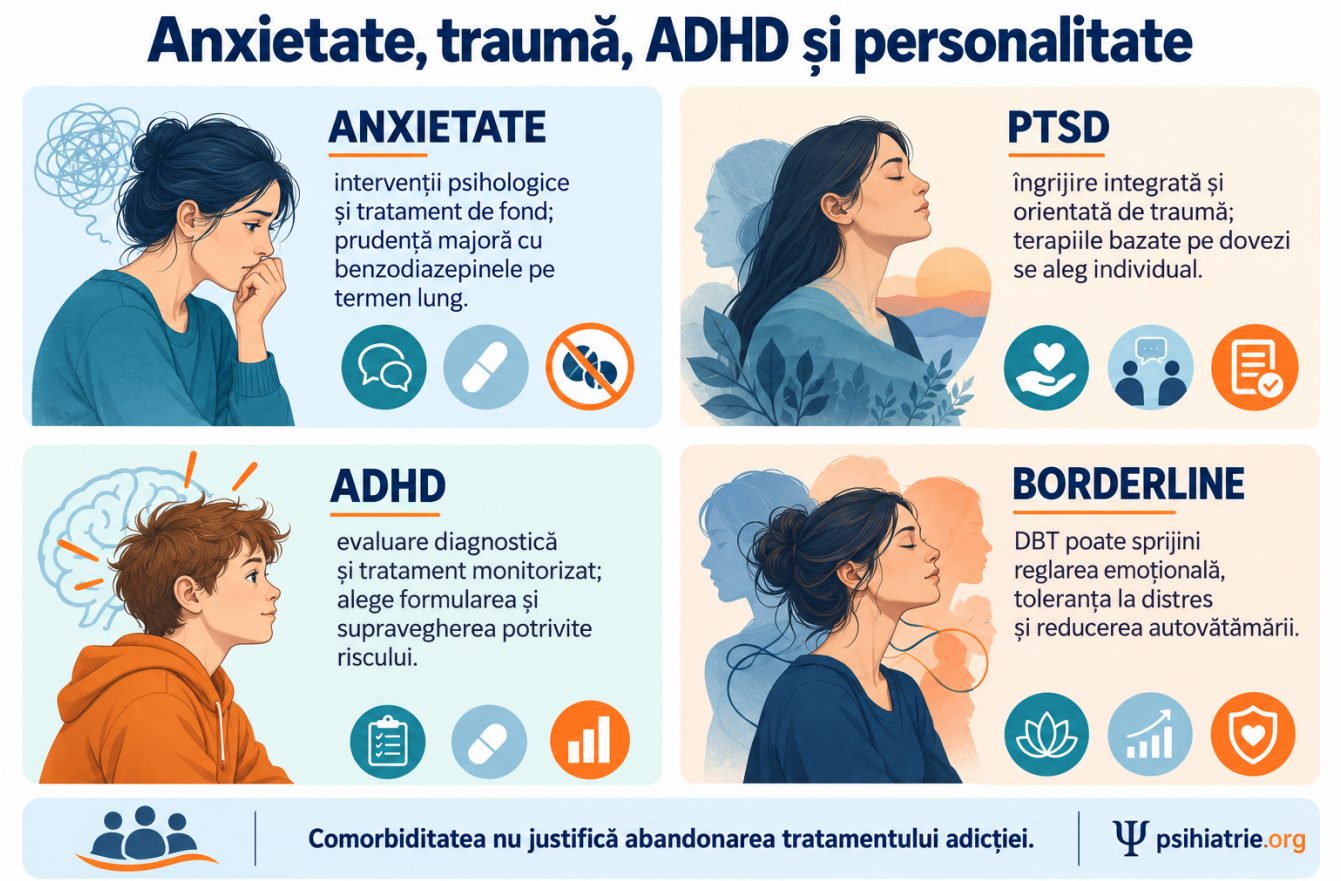
[4] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 103, „Co-occurring Psychosis and Substance Use Disorders” (pp. 612-618).

[5] Chambers, R. A., & Masterson, K. G. (2025). *Introduction to addiction psychiatry*. Cambridge University Press. Capitolul 5, „Diagnosis and Treatment: Disease Tracking, Reduction, and Remission” (pp. 170-247). https://doi.org/10.1017/9781009501439

24. Anxietatea, trauma, ADHD și alte comorbidități

Neatenția, insomnia, iritabilitatea și impulsivitatea pot avea mai multe explicații. Ele pot apărea în intoxicație, sevraj, traumă, ADHD, anxietate sau după un traumatism cranian. Un chestionar pozitiv nu decide singur diagnosticul. Lecția arată cum se păstrează mai multe ipoteze fără a fragmenta îngrijirea. Sunt discutate și tulburările de personalitate și de alimentație, deoarece pot rămâne ascunse dacă toate dificultățile sunt atribuite consumului. Planul pornește de la siguranță, continuă cu istoricul și urmărește obiective concrete pentru fiecare problemă relevantă. [1-3]

Sinteză vizuală / Anxietate, traumă, ADHD și personalitate



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1-3, 5-9]

Ce vei putea face după lectură

• Să interpretezi screeningul în contextul consumului și al dezvoltării. [4]

• Să alegi principii de tratament pentru anxietate, PTSD și ADHD coexistente. [4]

• Să recunoști nevoia de evaluare suplimentară pentru personalitate, alimentație și traumatisme craniene. [4]

1. O evaluare pe mai multe axe

Construiește o cronologie pentru fiecare grup de simptome. Când au apărut? Sunt continue sau episodice? Ce se întâmplă în perioade cu somn mai bun și consum redus? Caută diagnostice anterioare, răspunsul la tratament și informații din copilărie. Screeningul selectează întrebările care merită aprofundate. Nu trebuie folosit ca certificat de diagnostic sau ca motiv de a atribui toate dificultățile unei singure boli. [1-3]

Începe cu intoxicația, sevrajul, riscul suicidar, violența și urgențele somatice. Apoi formulează ipoteze și un plan de reevaluare. Dacă pacientul nu poate obține imediat abstinență, evaluarea nu devine inutilă. Istoricul longitudinal și urmărirea pot aduce claritate. Documentează incertitudinea și explică de ce unele decizii pot fi luate acum, iar altele necesită observație. [1-3]

2. Anxietatea şi tulburarea obsesiv-compulsivă

Alcoolul, stimulantele, canabisul și sevrajul pot produce sau amplifica anxietatea. Simptomele care precedă consumul ori persistă în afara efectelor lui susțin o tulburare independentă. Explorează îngrijorarea, panica, evitarea socială, obsesiile și compulsiile. Un ritual obsesiv-compulsiv nu se identifică doar prin repetare; contează funcția lui și relația cu obsesiile. Anamneza detaliată rămâne necesară chiar când un scor de screening este mare. [1]

Terapia cognitiv-comportamentală poate aborda anxietatea și consumul. Pentru tulburările anxioase, ASAM consideră SSRI prima linie, iar SNRI o alternativă de primă linie, folosită după eșecul unui SSRI sau după răspunsul insuficient la acesta. Benzodiazepinele se evită de regulă ca soluție de durată la o tulburare de consum activă; managementul medical al sevrajului este un context diferit. Verifică interacțiunile cu alcoolul și drogurile. Ameliorarea anxietății nu garantează ameliorarea consumului, deci urmărește ambele rezultate. [1]

3. Trauma şi PTSD

Expunerea traumatică nu este identică cu PTSD. Evaluarea caută intruziuni, evitare, modificări negative ale dispoziției și cognițiilor, plus activare și reactivitate crescute, cu durată și afectare relevante. Discuția inițială trebuie să fie sigură și respectuoasă. Nu este necesară relatarea detaliată a fiecărui eveniment pentru a identifica nevoia de ajutor. Verifică siguranța actuală și ce poate tolera pacientul în conversație. [5, 6]

Tratamentul integrat poate aborda PTSD și consumul concomitent. ASAM descrie terapii focalizate pe traumă, inclusiv expunere, și intervenții centrate pe abilități. Prezența unei tulburări de consum nu exclude automat terapia focalizată pe traumă. Sunt necesare evaluare, pregătire și un cadru competent. Benzodiazepinele nu sunt prezentate ca tratament de fond al PTSD. Preferințele pacientului, riscurile și accesul ghidează combinarea psihoterapiei cu medicația. [5, 6]

4. ADHD: caută continuitatea din dezvoltare

ADHD este un diagnostic clinic. ASAM descrie neatenție și/sau hiperactivitate-impulsivitate, debut al unor simptome înainte de 12 ani, prezență în mai multe contexte și afectare semnificativă. Unele persoane îndeplinesc criteriile complete abia în adolescența târzie sau la vârsta de adult tânăr; atunci se poate lua în considerare ADHD nespecificat. La adulți se caută istoricul școlar, organizarea, relațiile și funcționarea profesională. Dificultățile apărute numai după consum, privare de somn sau un episod afectiv nu demonstrează ADHD. [2]

ASRS și alte instrumente pot orienta evaluarea, dar trebuie urmate de interviu. Caută documente sau informații de la persoane care cunosc dezvoltarea, când sunt disponibile și există un cadru potrivit. Consumul activ complică diagnosticul, dar nu îl face imposibil. Repetă evaluarea pe parcurs. Unele persoane au ADHD real și folosesc substanțe; altele au simptome asemănătoare din alte cauze. Niciuna dintre situații nu trebuie presupusă automat. [2]

5. Tratamentul ADHD şi riscul utilizării necorespunzătoare

Alegerea între stimulante și nonstimulante cere balanța dintre afectarea ADHD netratat și riscul utilizării necorespunzătoare ori al redistribuirii medicamentului. Cartea descrie nonstimulantele ca opțiune frecventă la risc mare și posibilitatea stimulantelor în situații selectate, monitorizate. Un istoric de adicție nu este singur o interdicție absolută. Recomandarea acestui curs: răspunsul la un stimulant nu este folosit drept confirmare a diagnosticului. [2]

Dacă se prescrie un stimulant, formele cu durată lungă sunt preferate în abordarea descrisă. Stabilește administrarea, vizitele și monitorizarea prescripțiilor. Urmărește somnul, pulsul, tensiunea, consumul, agitația și simptomele psihotice. Solicitările repetate de înlocuire sau escaladare cer explorare, nu concluzii automate. Nu prezenta schemele experimentale cu doze mari drept practică generală. Adaugă sprijin pentru organizare și abilități, cu obiective funcționale măsurabile. [2]

6. Personalitate şi alianţă terapeutică

Intoxicația, sevrajul, bipolaritatea și traumatismele craniene pot semăna cu trăsături de personalitate. Evită diagnosticul definitiv în mijlocul unei crize, pornind de la o singură interacțiune. Caută tipare vechi, persistente și prezente în contexte diferite. Folosește informații multiple și reevaluări. Formularea trebuie să descrie dificultăți tratabile, nu să transforme un diagnostic într-o explicație pentru orice conflict cu serviciul. [7]

Pentru tulburarea borderline și consum, ASAM descrie intervenții integrate precum DBT-SUD. Sunt abordate reglarea emoțiilor, toleranța la distres, relațiile și comportamentele de risc. Limitele clare și consecvente susțin relația; ele nu înseamnă pedeapsă. Evaluează repetat autoagresiunea și riscul pentru alții. Supervizarea și coordonarea echipei ajută când apar solicitări contradictorii, epuizare sau reacții emoționale intense ale profesioniștilor. [7]

7. Alimentație și traumatisme craniene

Întreabă despre restricție, episoade de mâncat compulsiv, vărsături provocate, laxative, stimulante pentru slăbit și imagine corporală. Consumul poate masca o tulburare de alimentație. Deshidratarea, malnutriția, dezechilibrele electrolitice și aritmiile pot impune stabilizare medicală. Tratamentul este multidisciplinar. „Adicția alimentară” nu se confundă cu diagnosticele de alimentație și nu justifică prescrierea unei abstinențe de la hrană. [8, 9]

Explorează loviturile la cap, pierderea conștienței și schimbările ulterioare de memorie sau comportament. Un traumatism cranian poate necesita evaluare neurologică și neuropsihologică. Adaptează consultația: pași scurți, repetiții, mementouri și obiective concrete. ASAM descrie dovezi limitate pentru farmacoterapia adicției în această populație. Dificultatea de a respecta un plan poate reflecta un deficit cognitiv și nu trebuie numită automat lipsă de interes. [8, 9]

Schema de lucru: Anxietatea, trauma, ADHD și alte comorbidități

- Simptome actuale
- Istoric și context
- Ipoteze multiple
- Priorități comune
- Reevaluare [1-3, 5-9]

Mai multe cauze pot coexista. Schema susține evaluarea și nu stabilește automat un diagnostic. [1-3, 5-9]

Repere clinice și completări ale ediției

Seeking Safety este un model axat pe siguranța prezentă și abilități. Coexistența PTSD și a unei tulburări de consum nu exclude terapiile focalizate pe traumă, inclusiv intervențiile integrate; alegerea și momentul se individualizează. Prazosinul poate fi luat în considerare pentru coșmaruri în contexte potrivite, cu monitorizarea tensiunii. În ADHD, diagnosticul longitudinal precedă alegerea medicației; nonstimulantele și formulările cu eliberare prelungită au avantaje și riscuri individuale. DBT oferă abilități de reglare emoțională și toleranță la distres, inclusiv în personalitatea borderline. [2, 5, 7, 10]

Idei de reținut

- Screeningul orientează interviul și nu înlocuiește diagnosticul.
- Anxietatea și consumul se urmăresc separat în același plan.
- PTSD și adicția pot primi tratament integrat, inclusiv focalizat pe traumă.
- Diagnosticul ADHD cere istoric de dezvoltare și afectare în mai multe contexte.
- Prescripția stimulantelor se individualizează și se monitorizează.
- Nu rata tulburările de alimentație și urmările traumatismelor craniene. [1-3, 5-9]

Caz clinic fictiv: aplică raționamentul

Vlad, 31 de ani, cere tratament pentru ADHD după un chestionar online. Spune că uită întâlnirile, doarme puțin și devine impulsiv. Folosește canabis seara și stimulante în unele weekenduri. A avut dificultăți școlare, dar nu știe dacă erau legate de atenție sau de conflictele de acasă. Descrie coșmaruri după un accident și menționează că atunci și-a pierdut scurt conștiența. Nu a fost evaluat neurologic. Nu dorește să povestească accidentul în detaliu la prima întâlnire. Vrea să poată lucra mai organizat și să doarmă. Este dispus să aducă documente școlare și medicale și să revină pentru reevaluare. Caz fictiv, creat pentru învățare. [4]

Cum formulezi evaluarea inițială? [1-3, 5-9]

A. Chestionarul confirmă ADHD și exclude celelalte explicații.

B. Păstrezi ipotezele ADHD, efecte ale consumului, traumă, somn și posibil traumatism cranian, apoi construiești un plan etapizat.

C. Refuzul de a povesti trauma dovedește lipsa motivației.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: B. [1-3, 5-9]

Opțiunea A: Screeningul este insuficient pentru diagnostic. Debutul, continuitatea simptomelor, contextul consumului și afectarea funcțională trebuie clarificate. Un răspuns pozitiv trebuie legat de debut, persistență și mai multe contexte. Accidentul, somnul și substanțele oferă explicații suplimentare care nu pot fi ignorate. [1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9]

Opțiunea B: Ipotezele se pot investiga fără a amâna ajutorul pentru somn, siguranță și consum. Istoricul accidentului justifică evaluare suplimentară. Pacientul poate participa la alegerea priorităților. Un plan scris, simplu, ajută și la observarea capacității de organizare și a eventualelor dificultăți cognitive. [1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9]

Opțiunea C: Ritmul dezvăluirii trebuie respectat. Prima întâlnire poate stabili siguranța și nevoile fără o relatare exhaustivă a experienței traumatice. Insistența asupra detaliilor poate afecta alianța. Evaluarea poate începe cu efectele actuale, resursele și opțiunile de îngrijire, urmând ritmul clinic potrivit. [1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Ce înseamnă un ASRS pozitiv? [2]

A. Necesitatea unei evaluări clinice pentru ADHD și alte explicații.

B. Confirmarea automată a ADHD.

C. Indicație automată pentru stimulant.

Răspuns corect: A. Instrumentul este de screening. Istoricul de dezvoltare, afectarea în mai multe contexte, consumul, somnul și diagnosticele alternative trebuie evaluate înaintea unei concluzii. Un rezultat pozitiv poate apărea într-un tablou complex, în care mai multe probleme coexistă și necesită intervenții distincte. [2]

Întrebarea 2. Cum se raportează tratamentul PTSD la o tulburare de consum? [5]

A. Trauma nu poate fi abordată niciodată.

B. Există intervenții integrate; consumul nu exclude automat tratamentul focalizat pe traumă.

C. Benzodiazepinele reprezintă întotdeauna tratamentul principal.

Răspuns corect: B. Cartea descrie programe integrate cu expunere și cu abilități. Alegerea necesită evaluarea siguranței și competență, dar ideea că orice intervenție focalizată pe traumă agravează obligatoriu consumul nu este susținută. Nici abordarea traumei, nici tratamentul consumului nu trebuie folosite ca motiv de excludere automată din celălalt serviciu. [5]

Întrebarea 3. Ce este justificat la ADHD și adicție? [2]

A. Ignorarea riscului de redistribuire.

B. Interdicția absolută pe viață a oricărui stimulant.

C. Alegere individuală, cu monitorizare și atenție la riscurile bolii netratate.

Răspuns corect: C. ASAM propune o evaluare a riscului și adaptarea tratamentului. Formele cu durată lungă și monitorizarea pot avea rol, iar nonstimulantele sunt opțiuni importante în anumite situații. Obiectivele trebuie să includă funcționarea și siguranța, nu numai o schimbare a scorului simptomatic. [2]

Întrebarea 4. Ce poate explica dificultatea unui pacient de a urma sarcini complexe după un accident? [9]

A. Exclusiv lipsa de motivație.

B. Un deficit cognitiv care necesită evaluare și adaptări.

C. Faptul că orice psihoterapie este imposibilă.

Răspuns corect: B. Traumatismul cranian poate afecta memoria, atenția și funcțiile executive. Evaluarea specializată și adaptarea sarcinilor, prin repetiții și mementouri, pot îmbunătăți participarea. Sarcinile se aleg după capacitatea actuală și se verifică în situații reale, relevante pentru obiectivele pacientului. [9]

Termeni explicați

Screening: evaluare scurtă care identifică nevoia unei examinări mai detaliate. [1-3, 5-9]

DBT-SUD: adaptare a terapiei dialectic-comportamentale pentru probleme de consum. [1-3, 5-9]

Redistribuire: folosirea medicamentului de altă persoană decât cea pentru care a fost prescris. [1-3, 5-9]

Note despre documentare

Verificare a formularilor diagnostice și terapeutice cu secțiunile citate. Cazul și întrebările sunt originale. Fără internet și fără recenzie externă independentă. [4]

Nu se recomandă doze experimentale de stimulante pentru dubla patologie. [4]

Dovezile pentru unele combinații de comorbidități sunt limitate; eficacitatea pentru o tulburare nu este transferată automat celeilalte. [4]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 102, „Co-occurring Substance Use, Anxiety Disorders, and Obsessive-Compulsive Disorders” (pp. 606-611).

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 104, „Co-occurring Attention-Deficit /Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorders” (pp. 619-624).

[3] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 100, „Substance-Induced Mental Disorders” (pp. 593-598).

[4] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 24: Anxietatea, trauma, ADHD și alte comorbidități – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[5] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 106, „Co-occurring Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use Disorders” (pp. 631-636).

[6] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 43, „Military Sexual Trauma” (pp. 265-268).

[7] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 105, „Co-occurring Personality Disorders and Substance Use Disorders” (pp. 625-630).

[8] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 107, „Co-occurring Eating Disorders and Substance Use Disorders” (pp. 637-642).

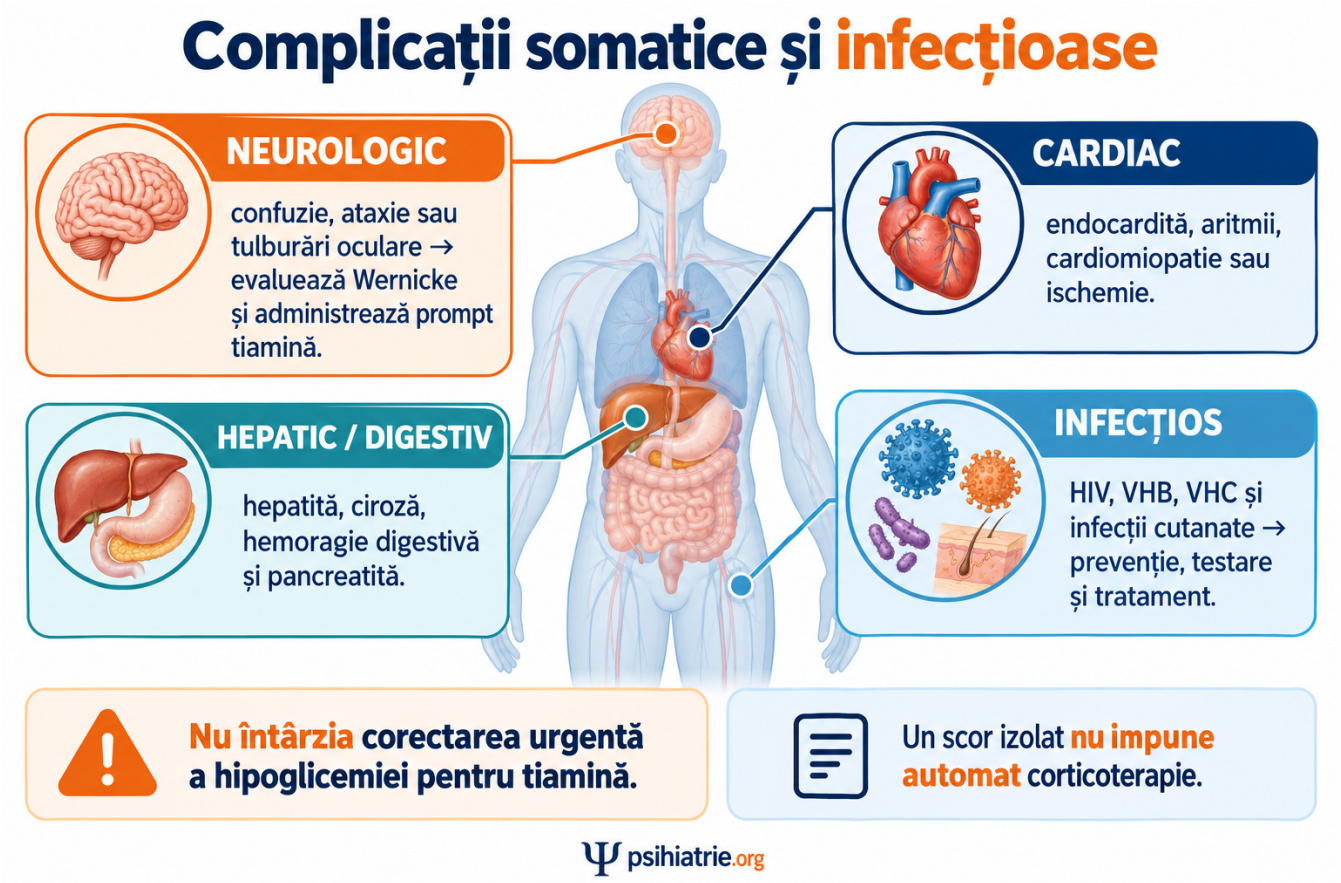
[9] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 44, „Traumatic Brain Injury and Substance Use Disorders” (pp. 269-275).

[10] U.S. Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD. (n.d.). Treatment of co-occurring PTSD and substance use disorder in VA. https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/cooccurring/tx_sud_va.asp

25. Complicațiile medicale

Adicția poate afecta aproape orice organ. Unele complicații apar direct prin efectul substanței. Altele țin de calea de administrare, contaminanți, nutriție sau accesul întârziat la îngrijire. Un simptom nou nu trebuie explicat automat prin consum. Psihiatrul are trei sarcini: să recunoască urgența, să identifice problemele care necesită evaluare și să urmărească dacă pacientul ajunge la tratamentul recomandat. Consultația pentru adicție devine astfel și o ocazie de prevenție, fără a înlocui evaluarea medicală de specialitate. [1, 2]

Sinteză vizuală / Complicații somatice și infecțioase



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1, 2, 4, 5]

Ce vei putea face după lectură

- Să recunoști semnele de alarmă somatice la o persoană care consumă substanțe. [3]
- Să alegi investigații orientate de simptome, expuneri și tratamente. [3]
- Să construiești un plan comun pentru adicție și bolile asociate. [3]

1. Prima întrebare: există o urgență?

Începe cu starea de conștiență, respirația, circulația, temperatura și glicemia atunci când tabloul este acut. Durerea toracică după stimulante, lipsa de aer, febra după injectare, un deficit neurologic nou sau o hemoragie digestivă cer evaluare medicală urgentă. Nu aștepta confirmarea toxicologică pentru a orienta pacientul către îngrijirea necesară. Istoricul de consum schimbă diagnosticul diferențial, dar nu îl închide. [1, 2]

Confuzia poate însemna intoxicație, sevraj, infecție, traumatism, hipoglicemie sau encefalopatie hepatică. Mai multe cauze pot exista simultan. După o cădere, somnolența nu poate fi atribuită alcoolului înainte de evaluarea traumatismului. Documentează debutul, evoluția, medicamentele și ultima utilizare a substanțelor. Reexaminarea este importantă când informația inițială este incompletă. [1, 2]

2. Ficatul și aparatul digestiv

Consumul de alcool poate produce steatoză, hepatită asociată alcoolului și ciroză. Acestea se pot suprapune. Absența durerii nu exclude boala avansată. Transaminazele arată leziunea celulară, dar severitatea necesită și evaluarea bilirubinei, coagulării, albuminei, trombocitelor și tabloului clinic. Icterul, ascita, hemoragia sau confuzia impun evaluarea decompensării. Tratamentul tulburării de consum rămâne parte a tratamentului hepatic. [1, 4]

Întreabă despre durerea abdominală, vărsături, scaun negru și scădere ponderală. Alcoolul poate contribui la pancreatită și gastrită; opioidele produc frecvent constipație. Durerea abdominală severă după stimulante poate avea o cauză ischemică. Vărsăturile ciclice la un consumator de canabis pot sugera hiperemeza asociată canabinoizilor, dar nu elimină alte cauze abdominale. Alegerea medicamentelor trebuie adaptată funcției hepatice și renale. [1, 4]

3. Inima și plămânii

Stimulantele pot produce hipertensiune severă, aritmii, ischemie miocardică și accident vascular cerebral. Un pacient tânăr poate avea o complicație cardiovasculară reală. Alcoolul consumat intens și repetat contribuie la hipertensiune și cardiomiopatie. Tutunul crește riscul vascular și pulmonar. Evaluarea include simptomele, examenul clinic și investigațiile potrivite situației; un diagnostic de anxietate nu justifică ignorarea durerii toracice. [1]

Opioidele pot deprima respirația. Intoxicația cu alterarea conștienței poate fi complicată de aspirație. Fumatul contribuie la boala pulmonară cronică și cancer. Dispneea la cineva care injectează poate avea cauze infecțioase, embolice sau toxice. Notează și calea de administrare: aceeași substanță poate avea complicații diferite când este fumată, inhalată sau injectată. [1]

4. Rinichi, metabolism și nutriție

Imobilizarea prelungită în intoxicație și hipertermia după stimulante pot produce rabdomioliză. Mușchiul lezat eliberează substanțe care pot afecta rinichii. Durerea musculară, slăbiciunea și urina închisă la culoare justifică evaluarea acestui mecanism. Deshidratarea și tulburările de sodiu, potasiu sau magneziu pot agrava simptomele neurologice și cardiace. Nu trata orice stare de rău după consum doar cu hidratare nespecifică. [1]

Evaluează mesele, pierderea în greutate, vărsăturile și accesul la hrană. Deficitul de tiamină poate produce tulburări neurologice severe, iar consumul de protoxid de azot poate determina deficit funcțional de vitamina B12 și afectare neurologică. Suspectarea acestor probleme cere tratament și evaluare potrivite, fără a presupune că un supliment uzual rezolvă toate cauzele. Planul nutrițional trebuie legat de situația socială reală. [1]

5. Infecţiile: dincolo de locul injectării

Inspectează tegumentele și întreabă despre plăgi, durere locală și febră. Injectarea poate fi urmată de abcese, infecții profunde, tromboflebită septică sau endocardită. Semnele cutanate clasice, precum nodulii Osler sau hemoragiile subunghiale, pot lipsi; indiciile cele mai sigure de endocardită sunt fenomenele embolice și vegetațiile la ecocardiografie. Febra asociată cu durere de spate sau manifestări neurologice ridică și problema unei infecții vertebrale ori epidurale. Evaluarea urgentă și colaborarea cu echipa medicală au prioritate. [2, 4]

Oferă testare pentru HIV și hepatite în funcție de expunere și context. Anticorpii anti-HCV arată contactul cu virusul; ARN-ul VHC arată infecția actuală. Un rezultat de anticorpi pozitiv nu este suficient pentru a spune că infecția este activă. Vaccinarea, prevenția sexuală și accesul la materiale sterile completează tratamentul. Consumul continuu nu justifică excluderea automată din îngrijirea infecției. [2, 4]

6. Creier, somn şi funcţie sexuală

Examinează mersul, orientarea, memoria și forța atunci când există simptome. Convulsiile pot apărea în sevraj, dar pot avea și alte cauze. Accidentele vasculare, traumatismele, infecțiile și carențele trebuie luate în calcul. Simptomele persistente după remiterea intoxicației cer reevaluare. O dificultate cognitivă poate afecta înțelegerea planului terapeutic și administrarea corectă a medicamentelor. [1, 5]

Alcoolul poate facilita adormirea, dar fragmentează somnul și poate agrava apneea obstructivă. Sforăitul, pauzele respiratorii și somnolența diurnă justifică investigații. Stimulantele perturbă somnul, iar oprirea lor poate fi urmată de hipersomnie. Întreabă respectuos despre libido, funcție sexuală și ciclul menstrual: opioidele pot afecta reglarea hormonală. Evită să consideri toate aceste plângeri simple expresii ale depresiei. [1, 5]

7. Cum închizi cercul îngrijirii

La final, construiește o listă scurtă de probleme, cu prioritate și responsabil. Separă urgențele de investigațiile programate și de prevenție. Verifică tratamentele din toate specialitățile. De exemplu, rifampicina poate reduce nivelul metadonei, iar schimbarea tratamentului antiinfecțios poate necesita coordonare și monitorizare. Pacientul trebuie să știe pe cine contactează și când revine. [1, 2]

Urmărirea include mai mult decât rezultatele analizelor. Întreabă dacă pacientul a putut ajunge la consult, dacă a început tratamentul și dacă au apărut reacții adverse. Dificultățile de transport, locuire sau plată pot bloca un plan medical corect. Reia prevenția: sănătate dentară, vaccinare, renunțare la fumat și screening potrivit riscului. Nu amâna toate acestea până la abstinență. [1, 2]

De la simptom la continuitate

• Semn de alarmă?

• Evaluare orientată

• Tratament comun

• Urmărire confirmată [1, 2, 4, 5]

Schemă de organizare a consultației. Urgențele întrerup traseul obișnuit și impun evaluare imediată. [1, 2, 4, 5]

Repere clinice și completări ale ediției

Wernicke este o urgență clinică: triada clasică poate fi incompletă. Administrăm prompt tiamină parenterală conform protocolului, fără a întârzia glucoza necesară în hipoglicemie. În hepatita asociată alcoolului, scorurile prognostice sprijină evaluarea; un Maddrey ≥32 nu impune automat corticoterapie, care necesită evaluarea indicației și contraindicațiilor. Căutăm ciroză decompensată, pancreatită, aritmii și cardiomiopatie. La expuneri relevante oferim testare HIV/VHB/VHC, vaccinare și tratament; consumul activ nu exclude în sine antiviralele cu acțiune directă pentru VHC. [1, 4, 6-8]

Idei de reținut

• Un simptom somatic nou necesită evaluare proprie.

• Febra după injectare poate semnala o infecție profundă.

• Un test anti-HCV pozitiv nu confirmă singur infecția activă.

• Somnul, nutriția și funcția sexuală fac parte din evaluare.

• Tratamentul adicției și cel medical se coordonează.

• O trimitere este utilă doar dacă există urmărire. [1, 2, 4, 5]

Caz clinic fictiv: aplică raționamentul

Mihai, 38 de ani, vine pentru reluarea tratamentului tulburării de consum de opioide. A lipsit de la consultații după ce și-a pierdut locuința. Spune că de trei zile are febră, oboseală și durere în partea de jos a spatelui. A injectat recent și are o mică plagă la antebraț. Crede că starea se explică prin sevraj și cere doar medicația obișnuită. Este orientat, dar se mișcă greu și spune că durerea de spate este diferită de cea avută în trecut. Nu ai încă rezultate de laborator. Prietenul care l-a însoțit este îngrijorat și se oferă să îl ducă acasă imediat după consultație. Caz fictiv, creat pentru învățare. [3]

Care este prioritatea? [1, 2, 4, 5]

A. Evaluare medicală urgentă pentru o posibilă infecție profundă, în paralel cu gestionarea nevoilor legate de opioide.

B. Programarea analizelor peste două săptămâni, dacă febra persistă.

C. Explicarea simptomelor prin sevraj deoarece pacientul a întrerupt tratamentul.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: A. [1, 2, 4, 5]

Opțiunea A: Febra și durerea de spate nouă la o persoană care injectează cer excluderea unor infecții grave. Tratamentul sevrajului și al adicției rămâne necesar, dar nu înlocuiește evaluarea somatică. Transmiterea clară a istoricului și a simptomelor ajută echipa care îl preia. [1, 2, 4, 5]

Opțiunea B: Amânarea poate permite agravarea unei infecții. Absența analizelor nu justifică așteptarea când tabloul clinic este îngrijorător. Consultația de urmărire va fi importantă după evaluarea urgentă și trebuie planificată explicit. [1, 2, 4, 5]

Opțiunea C: Sevrajul poate coexista cu o infecție. Atribuirea automată a tuturor simptomelor consumului este o eroare de raționament. Plaga mică nu exclude diseminarea infecției și nici o complicație la distanță. [1, 2, 4, 5]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Ce rezultat susține existența unei infecții HCV actuale? [4]

A. Doar anticorpii anti-HCV pozitivi.

B. ARN HCV detectabil.

C. Doar transaminazele crescute.

Răspuns corect: B. Anticorpii arată expunerea și pot rămâne pozitivi după eliminarea virusului. ARN-ul detectabil indică infecție actuală. Evaluarea hepatică și orientarea către tratament sunt pași separați de simpla constatare a anticorpilor. [4]

Întrebarea 2. Cum interpretezi somnolența după o cădere în timpul intoxicației? [1]

A. Ca efect sigur al alcoolului.

B. Ca motiv să amâni orice examinare.

C. Ca simptom care necesită și evaluarea unui traumatism cranian.

Răspuns corect: C. Traumatismul poate fi confundat cu intoxicația. Istoricul de cădere, examenul și evoluția determină evaluarea necesară. Consumul explică un risc, dar nu oferă singur diagnosticul simptomului prezent. [1]

Întrebarea 3. Care combinație sugerează evaluarea apneei de somn? [5]

A. Sforăit, pauze respiratorii observate și somnolență diurnă.

B. Doar dorința de a dormi mai mult în weekend.

C. Orice coșmar izolat.

Răspuns corect: A. Apneea poate agrava oboseala și dificultățile cognitive. Alcoolul poate crește obstrucția căilor aeriene în somn. Evaluarea cauzei este mai utilă decât adăugarea reflexă a unui sedativ. [5]

Întrebarea 4. De ce contează începerea rifampicinei la un pacient pe metadonă? [2]

A. Pentru că elimină nevoia de tratament al adicției.

B. Poate reduce nivelul metadonei și necesită coordonare.

C. Nu are relevanță dacă infecția se ameliorează.

Răspuns corect: B. Cartea descrie reducerea nivelului metadonei prin rifampicină. Echipele trebuie să urmărească simptomele și să adapteze tratamentul când este necesar. Pacientul nu trebuie să ajusteze singur medicația. [2]

Termeni explicaţi

Rabdomioliză: leziune musculară cu eliberarea conținutului celulelor, care poate afecta rinichii. [1, 2, 4, 5]

Endocardită: infecție a suprafeței interne a inimii, frecvent a valvelor. [1, 2, 4, 5]

Decompensare: agravare în care un organ bolnav nu mai poate menține funcțiile necesare. [1, 2, 4, 5]

Note despre documentare

Au fost comparate afirmațiile clinice de mai sus cu secțiunile indicate din capitolele 87, 89, 94 și 95. Verificare editorială pe textul cărții, fără consultarea ghidurilor externe. [3]

Nu sunt incluse scheme de antibiotice, antivirale sau tratament al insuficiențelor de organ. [3]

Pragurile de screening și protocoalele locale nu sunt deduse din recomandările americane din carte. [3]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 87, „Medical Care of Patients With Unhealthy Substance Use” (pp. 516-523).

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 94, „Human Immunodeficiency Virus, Tuberculosis, and Other Infectious Diseases Related to Substance Use” (pp. 559-564).

[3] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 25: Complicațiile medicale – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[4] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 89, „Liver Disorders Related to Substance Use” (pp. 530-535).

[5] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 95, „Sleep Disorders Related to Substance Use” (pp. 565-568).

[6] American Society of Addiction Medicine. (2020). The ASAM clinical practice guideline on alcohol withdrawal management. Journal of Addiction Medicine, 14(3S), 1–72. https://www.asam.org/docs/default-source/quality-science/the_asam_clinical_practice_guideline_on_alcohol-1.pdf

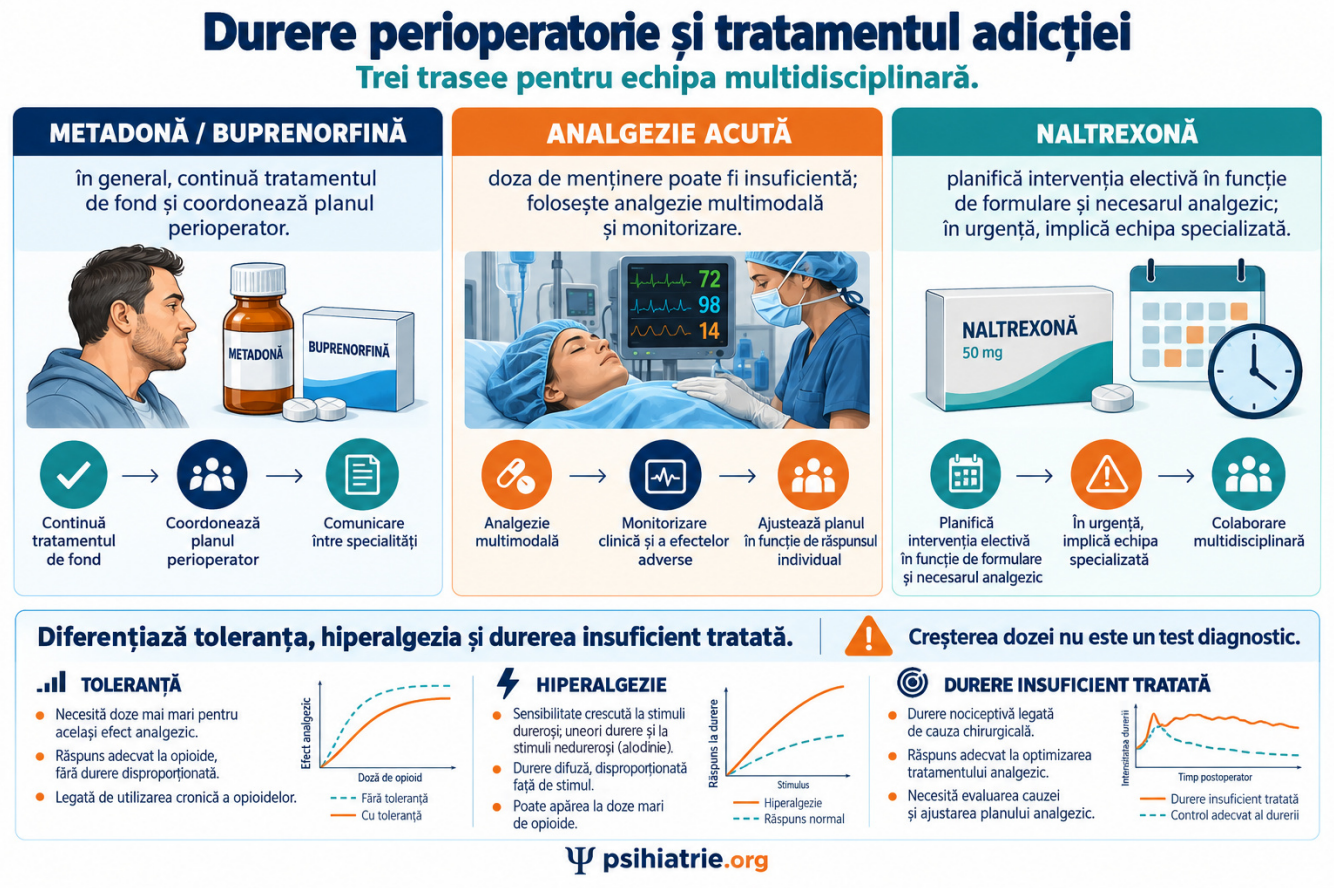
[7] Jophlin, L. L., Singal, A. K., Bataller, R., Wong, R. J., Sauer, B. G., Terrault, N. A., & Shah, V. H. (2024). ACG clinical guideline: Alcohol-associated liver disease. American Journal of Gastroenterology, 119(1), 30–54. https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000002572

[8] Bhattacharya, D., Aronsohn, A., Price, J., Lo Re, V., & AASLD-IDSA HCV Guidance Panel. (2023). Hepatitis C guidance 2023 update: American Association for the Study of Liver Diseases–Infectious Diseases Society of America recommendations for testing, managing, and treating hepatitis C virus infection. Clinical Infectious Diseases. Advance online publication. https://doi.org/10.1093/cid/ciad319

26. Durerea și îngrijirea perioperatorie

Durerea și adicția pot exista în același timp. Una nu o anulează pe cealaltă. Persoana cu tulburare de consum are dreptul la evaluarea și tratarea durerii. În același timp, analgezia trebuie organizată astfel încât să reducă riscul de sedare, supradozaj și revenire la consum. Pentru psihiatru, rolul central este coordonarea. Planul leagă tratamentul durerii de tratamentul adicției, înaintea unei intervenții, în spital și după externare. Un plan comun evită întreruperile și mesajele contradictorii între specialități. [1, 2]

Sinteză vizuală / Durere perioperatorie și tratamentul adicției



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1, 2, 4-7]

Ce vei putea face după lectură

- Să diferențiezi durerea, toleranța, dependența fizică și tulburarea de consum. [3]
- Să construiești un plan multimodal adaptat funcției pacientului. [3]
- Să coordonezi tratamentul adicției în perioada perioperatorie. [3]

1. Evaluează durerea fără presupuneri

Întreabă unde doare, de când, cum se modifică și ce activități sunt limitate. Distinge durerea acută, durerea cronică și o durere acută apărută peste una cronică. Relatarea pacientului este centrală. Lipsa unei explicații complete la prima examinare nu dovedește simularea. Caută și o cauză nouă atunci când caracterul durerii se schimbă. [1, 2]

Separă obiectivele: reducerea intensității, somn mai bun, mers, revenire la activități și prevenirea complicațiilor. Înregistrează ce intervenții au fost încercate, cât timp și cu ce rezultat. Un pacient poate raporta durere încă mare, dar funcție mai bună. Altul poate avea o scădere mică a durerii însoțită de sedare importantă. Aceste situații cer decizii diferite. [1, 2]

2. Patru concepte care se confundă ușor

Toleranța înseamnă că același efect necesită uneori o doză mai mare. Dependența fizică înseamnă posibilitatea sevrajului la reducere sau oprire. Aceste adaptări pot apărea în tratament corect. Ele nu demonstrează singure o tulburare de consum. În evaluarea opioidelor prescrise, caută pierderea controlului, utilizarea periculoasă și continuarea în ciuda consecințelor, în contextul durerii și al supravegherii medicale. [1]

Hiperalgezia indusă de opioide înseamnă o sensibilitate crescută la durere asociată expunerii. Ea complică interpretarea unei solicitări de creștere a dozei. Nu orice durere persistentă înseamnă o doză prea mică. Nu orice cerere de analgezie înseamnă adicție. Reevaluează diagnosticul, funcția, efectele adverse și modul real de administrare înaintea schimbării planului. [1]

3. Tratamentul multimodal

Multimodal înseamnă folosirea unor intervenții cu mecanisme diferite. Recuperarea fizică graduală, exercițiul adaptat și intervențiile psihologice pot îmbunătăți funcția. Terapia cognitiv-comportamentală lucrează cu teama de mișcare, interpretările catastrofice și răspunsurile la durere. A recomanda psihoterapie nu înseamnă că durerea este imaginară. Înseamnă că atenția, emoția și comportamentul influențează experiența durerii. [2]

Stabilește pași realizabili împreună cu pacientul. De exemplu, mersul poate crește treptat de la nivelul tolerat, cu un plan pentru pusee. Evită atât forțarea care amplifică frica, cât și pasivitatea fără obiective. Tratarea depresiei și a insomniei ajută întregul plan. Familia poate susține activitățile utile, fără a invalida suferința și fără a încuraja dependența de ajutor. [2]

4. Medicamentele nonopioide au și ele riscuri

Alegerea depinde de tipul durerii și de comorbidități. Paracetamolul poate fi util în durerea somatică, dar trebuie verificată cantitatea totală din toate produsele. Boala hepatică și fragilitatea modifică siguranța. Antiinflamatoarele nesteroidiene pot produce hemoragie digestivă și leziune renală. Ciroza, afectarea renală, anticoagulantele și alte interacțiuni pot face aceste opțiuni nepotrivite. [1, 4]

Pentru unele dureri neuropatice se folosesc antidepresive sau anticonvulsivante. Triciclicele pot da efecte anticolinergice, sedare și probleme cardiace. Gabapentinul și pregabalinul necesită atenție la funcția renală și pot fi utilizate necorespunzător. Asocierea medicamentelor

sedative cu opioide crește riscul. Monitorizează beneficiul funcțional și reacțiile adverse; eticheta nonopioid nu înseamnă lipsa pericolului. [1, 4]

5. Când planul include opioide

Durerea acută severă poate necesita opioide și la o persoană cu tulburare de consum. Pentru durerea cronică, compară beneficiul cu riscurile și folosește opțiunile nonopioide și intervențiile funcționale. Prescrierea are obiective, monitorizare și reevaluare. Sedarea, utilizarea peste plan, interacțiunile și deteriorarea funcției cer clarificare. Nu transforma controlul medicației într-o relație exclusiv punitivă. [1, 5, 6]

Oprirea bruscă sau reducerea impusă fără evaluare poate produce sevraj și destabilizare. Dacă balanța beneficiu-risc cere schimbare, explică motivele, organizează reducerea sau tranziția și menține accesul la îngrijire. Durerea, tulburarea de consum, insomnia și depresia trebuie tratate împreună. Evaluează direct ideile suicidare, planul și accesul la medicamente atunci când apar disperarea ori agravarea stării. [1, 5, 6]

6. Operația se pregătește împreună

Înaintea operației, echipa trebuie să cunoască substanțele utilizate, medicația de menținere, ultima doză și riscul de sevraj. Anestezicele și sedativele pot ascunde sau întârzia sevrajul alcoolic. Dependența fizică de benzodiazepine trebuie anticipată. Comunică și bolile hepatice, respiratorii, cardiace și infecțioase. Pacientul trebuie să audă un mesaj clar: durerea va fi tratată, iar adicția va rămâne în îngrijire. [7]

Capitolul ASAM despre îngrijirea perioperatorie susține continuarea tratamentului cu metadonă sau buprenorfină, cu analgezie suplimentară adaptată. Doza de menținere pentru adicție nu acoperă automat durerea operatorie. Toleranța încrucișată poate impune doze analgezice mai mari, la intervale mai scurte, dar nu elimină riscul respirator. Analgezia opioidă se prescrie programat, nu doar la nevoie, iar agoniștii-antagoniști se evită, deoarece declanșează sevraj acut. Planul poate include anestezie regională, nonopioide și opioide administrate cu monitorizare. Schimbările se coordonează cu anestezistul și prescriptorul tratamentului de menținere. [7]

7. Antagonistul și externarea schimbă planul

Naltrexona blochează efectul opioidelor. O intervenție programată care poate necesita analgezie opioidă cere planificarea întreruperii și reluării sale, în funcție de formulare și context: naltrexona orală se oprește cu cel puțin 72 de ore înainte de operație, iar după forma depot operația electivă se amână, dacă se poate, o lună de la ultima injecție (The ASAM Essentials of Addiction Medicine cap. 99). În urgență, echipa trebuie să știe că blocada există. Încercarea de a o depăși cu doze mari poate deveni periculoasă pe măsură ce efectul antagonistului scade. Aceasta este o situație pentru management și monitorizare specializate. [1, 7]

La externare, scrie cine prescrie, ce medicamente sunt temporare, cum se reduc și când are loc reevaluarea. Transmite ce opioide sau sedative au fost administrate, pentru interpretarea corectă a testelor ulterioare. Asigură continuitatea medicației pentru adicție și educația privind

supradozajul. Un pacient lăsat între două servicii poate reveni la consum pentru a gestiona durerea sau sevrajul. [1, 7]

Un plan comun pentru durere și adicție

• Tratamentul durerii

• Siguranța pacientului

• Tratamentul adicției

• Continuitate la externare [1, 2, 4-7]

Componente care trebuie coordonate; schema nu prescrie doze sau o succesiune obligatorie. [1, 2, 4-7]

Repere clinice şi completări ale ediţiei

În general, metadona și buprenorfina se continuă perioperator în coordonare cu echipele de anestezie și adicții; tratamentul de fond nu asigură singur analgezia chirurgicală. Asociem analgezie multimodală și monitorizare adecvată. Pentru naltrexonă, planificarea depinde de formulare, ultima doză, urgență și nevoia anticipată de opioide. Toleranța, hiperalgezia indusă de opioide și durerea insuficient tratată cer reevaluare; răspunsul la creșterea dozei nu este un test diagnostic sigur. „Pseudoadicția” este un concept controversat, nevalidat, și nu justifică escaladarea automată a opioidelor. [8]

Idei de reţinut

• Durerea necesită evaluare chiar când există adicție.

• Toleranța și dependența fizică nu sunt suficiente pentru diagnosticul de tulburare de consum.

• Funcția este un rezultat important al tratamentului.

• Tratamentul perioperator se stabilește împreună cu echipele implicate.

• Naltrexona necesită un plan specific dacă se anticipează analgezie opioidă.

• Schimbarea medicației nu înseamnă abandonarea pacientului. [1, 2, 4-7]

Caz clinic fictiv: aplică raţionamentul

Ana, 46 de ani, primește buprenorfină pentru tulburare de consum de opioide și este stabilă de doi ani. Urmează o intervenție ortopedică. La consultația preoperatorie spune că se teme de durere și de revenirea la consum. În trecut, după o operație, tratamentul ei a fost oprit fără explicații. Acum are și apnee de somn și ia seara un medicament sedativ prescris în alt serviciu. Chirurgul cere un plan comun, iar medicul curant confirmă tratamentul. Ana întreabă dacă trebuie să întrerupă singură buprenorfina cu câteva zile înainte. Nu există intoxicație sau altă urgență în momentul consultației. Ar dori să primească indicațiile și în scris. Caz fictiv, creat pentru învățare. [3]

Care este răspunsul cel mai potrivit? [1, 2, 4-7]

A. Să oprească singură medicația și să revină după operație.

B. Să stabilească împreună cu echipa continuarea tratamentului și analgezia suplimentară, cu monitorizarea riscului respirator.

C. Să evite orice analgezic din cauza istoricului de adicție.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: B. [1, 2, 4-7]

Opțiunea A: Oprirea necoordonată poate destabiliza tratamentul și produce sevraj. Decizia perioperatorie trebuie să includă prescriptorul, chirurgia și anestezia. Experiența anterioară a pacientei este relevantă pentru a anticipa temerile și pentru a preveni o nouă ruptură a îngrijirii. [1, 2, 4, 5, 6, 7]

Opțiunea B: Acesta este principiul susținut de sursă. Doza de menținere nu rezolvă automat durerea operatorie. Sedativul asociat opioidelor crește riscul de supradozaj [1], iar apneea de somn este relevantă la pacientul tratat cu opioide [5, 9]. Ambele cer evaluarea siguranței, reconcilierea medicației și un plan de supraveghere, inclusiv la externare. [1, 2, 4, 5, 6, 7]

Opțiunea C: Neglijarea durerii poate agrava suferința și poate destabiliza recuperarea. Analgezia se adaptează riscului; nu se refuză ca pedeapsă. Sunt disponibile intervenții regionale, nonopioide, psihologice și, când este necesar, opioide monitorizate. [1, 2, 4, 5, 6, 7]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Toleranța la un opioid prescris corect demonstrează singură adicția? [1]

A. Da, în toate situațiile.

B. Nu; diagnosticul cere evaluarea tiparului problematic de utilizare.

C. Da, dacă durerea durează peste o lună.

Răspuns corect: B. Adaptările fiziologice pot apărea sub supraveghere medicală. Criteriile de toleranță și sevraj nu se iau în calcul când opioidul este luat sub supraveghere medicală. Evaluarea urmărește pierderea controlului, consecințele și contextul clinic. [1]

Întrebarea 2. Ce obiectiv arată mai bine utilitatea unui plan pentru durere cronică? [2]

A. Doar creșterea dozei.

B. Doar dispariția oricărei senzații.

C. Îmbunătățirea activităților relevante, împreună cu siguranța și controlul simptomelor.

Răspuns corect: C. Planul biopsihosocial urmărește funcția, dispoziția și calitatea vieții. Intensitatea durerii contează, dar nu este singurul rezultat. Efectele adverse pot anula un beneficiu aparent dacă pacientul devine mai sedat sau mai puțin activ. [2]

Întrebarea 3. Ce trebuie anticipat la naltrexonă? [1]

A. Blocarea analgeziei opioide și nevoia unui plan specializat.

B. Protecția completă față de orice supradozaj ulterior.

C. Posibilitatea creșterii fără limită a opioidelor.

Răspuns corect: A. Antagonismul poate împiedica analgezia opioidă. Depășirea blocadei poate deveni periculoasă când efectul naltrexonei scade. Planul diferă pentru intervenții programate și urgențe și necesită monitorizare. [1]

Întrebarea 4. De ce nu sunt gabapentinoidele automat lipsite de risc? [4, 1]

A. Nu au efecte analgezice.

B. Pot fi utilizate necorespunzător și pot crește riscul în asociere cu opioide.

C. Sunt contraindicate tuturor persoanelor cu durere.

Răspuns corect: B. Ele pot fi utile în anumite dureri, dar necesită indicație, adaptare la funcția renală și monitorizare. Istoricul de consum și asocierea sedativelor schimbă balanța beneficiu-risc; clasificarea nonopioid nu garantează siguranța. [4, 1]

Termeni explicați

Analgezie multimodală: controlul durerii prin mai multe intervenții cu mecanisme diferite. [1, 2, 4-7]

Hiperalgezie: sensibilitate crescută la durere. [1, 2, 4-7]

Perioperator: perioada dinaintea, din timpul și de după operație. [1, 2, 4-7]

Note despre documentare

Afirmațiile privind durerea, tratamentul multimodal și continuitatea perioperatorie au fost comparate cu secțiunile citate. [3]

Planul nu înlocuiește protocolul anestezic individual. [3]

Nu sunt oferite conversii de doze între opioide, care necesită evaluare specializată. [3]

Recomandările legale americane despre prescriere nu sunt transferate în România. [3]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 114, „Co-occurring Pain and Substance Use Disorders” (pp. 675-680).

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 109, „Psychological Issues in the Management of Pain” (pp. 650-655).

[3] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 26: Durerea și îngrijirea perioperatorie – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[4] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 112, „Nonopioid Pharmacotherapy of Pain” (pp. 665-668).

[5] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 110, „Assessing and Mitigating Risk of Suicide in Patients With Pain and Substance Use Disorders” (pp. 656-661).

[6] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 125, „Clinical, Ethical, and Legal Considerations in Prescribing Medications With Potential for Nonmedical Use and Addiction” (pp. 740-753).

[7] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 99, „Perioperative Management of Patients With Substance Use” (pp. 586-591).

[8] Greene, M. S., & Chambers, R. A. (2015). Pseudoaddiction: Fact or fiction? An investigation of the medical literature. Current Addiction Reports, 2, 310–317. DOI: 10.1007/s40429-015-0074-7. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4628053/

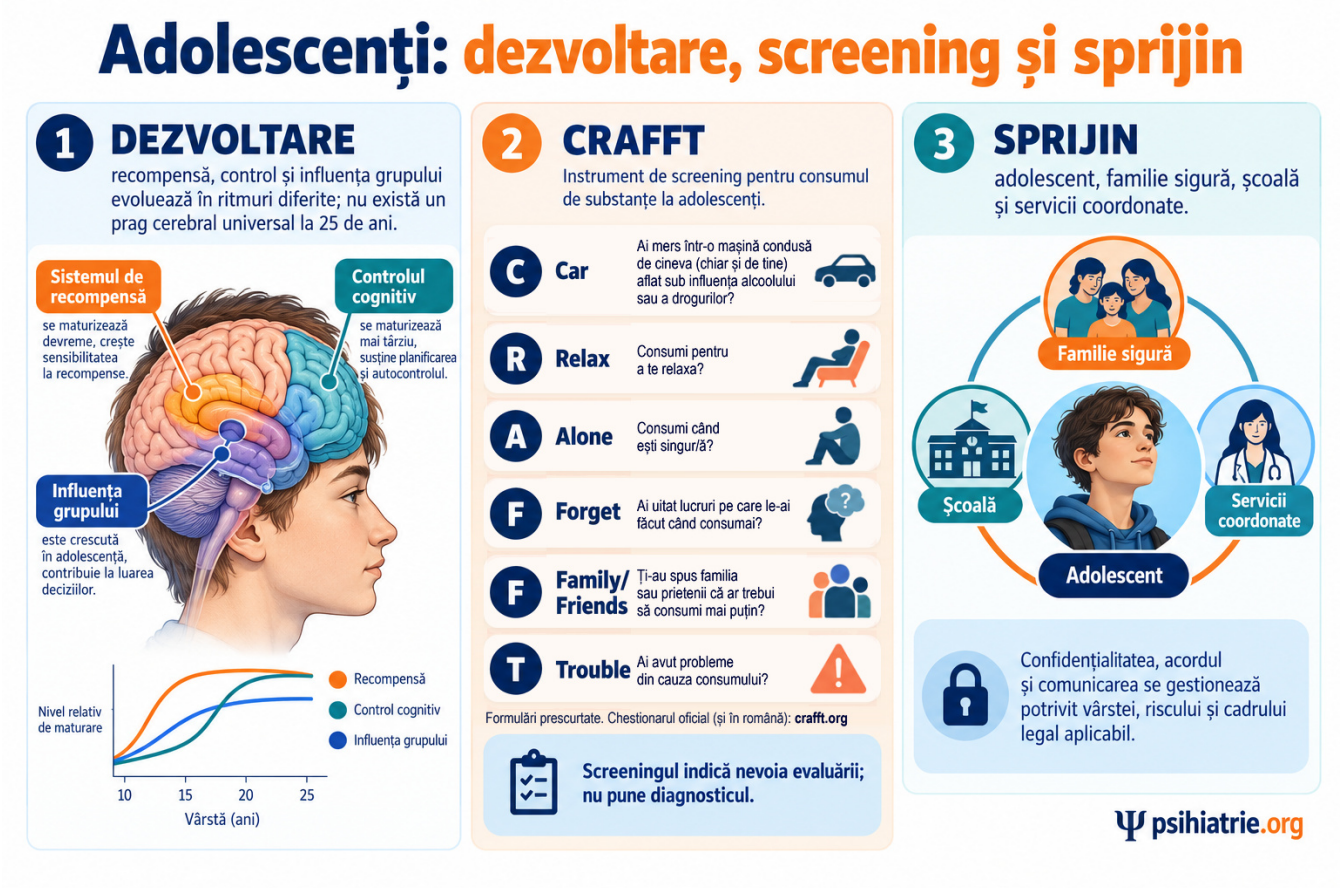
[9] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 62, „Pharmacological Treatment for Opioid Use Disorder" (pp. 380-387).

Partea a IV-a / Populații speciale și integrare

27. Adolescenții și tinerii

Adolescentul nu este un adult în miniatură. Consumul apare într-o perioadă de schimbări biologice, emoționale și sociale. Relațiile cu familia și prietenii, școala și construirea autonomiei influențează atât riscul, cât și recuperarea. Evaluarea trebuie să ofere spațiu propriu tânărului și să folosească sprijinul adulților atunci când este sigur și potrivit. Scopul nu este doar oprirea unei substanțe. Este și protejarea dezvoltării, a sănătății și a posibilității de a construi o viață funcțională. [1, 2]

Sinteză vizuală / Adolescenţi: dezvoltare, screening şi sprijin



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1, 2, 4-9]

Ce vei putea face după lectură

- Să adaptezi interviul și diagnosticul la dezvoltare. [3]
- Să explici confidențialitatea și implicarea familiei fără promisiuni false. [3]
- Să alegi intervenții și o tranziție între servicii potrivite nevoilor tânărului. [3]

1. Dezvoltarea schimbă întrebările

În adolescență cresc autonomia, contactul cu cei de aceeași vârstă și posibilitățile de experimentare. Contează plăcerea, apartenența la grup și gestionarea emoțiilor. Volumul *Adolescent Addiction* descrie interacțiunea dintre persoană, familie și mediul social. Nu există un singur factor care explică toate cazurile. Un risc familial nu reprezintă destin, iar o relație protectoare poate deveni o resursă terapeutică. [1, 2]

Întreabă ce funcție are consumul: relaxare, somn, evitarea anxietății, integrare în grup sau reducerea plictiselii. Explorează și activitățile care încă aduc satisfacție. Absențele școlare, conflictele, izolarea sau schimbarea performanței sunt informații relevante, dar nu demonstrează singure adicția. Ascultă povestea înainte să atribui comportamentul unei lipse de voință. [1, 2]

2. Screeningul deschide evaluarea

Întreabă despre alcool, nicotină, vaping, canabis, medicamente și alte substanțe. Adaugă comportamente precum jocurile de noroc atunci când apar pierderea controlului și consecințe. Folosește un instrument adecvat vârstei, de exemplu CRAFFT, fără a transforma scorul în diagnostic. Un rezultat pozitiv arată nevoia de clarificare. Un rezultat negativ nu închide evaluarea dacă istoricul sau observațiile sunt îngrijorătoare. [2]

Evaluarea completă descrie frecvența, cantitatea aproximativă, calea, contextul și consecințele. Include accidentele, conducerea, expunerile sexuale, supradozajul și ideile suicidare. Întreabă despre școală, familie, prieteni și locuire. Relatarea părinților poate completa tabloul, dar nu surprinde tot consumul. Testele biologice arată expuneri în limitele metodei; nu înlocuiesc interviul și diagnosticul clinic. [2]

3. Confidențialitate explicată înaintea întrebărilor

Oferă o parte a interviului fără părinți, în cadrul regulilor aplicabile. Explică de la început ce poate rămâne confidențial, ce trebuie împărtășit și în ce situații siguranța impune acțiune. Nu promite secret absolut. Înțelegerea limitelor îi permite tânărului să decidă ce spune fără surprize ulterioare. Normele americane din cărți sunt exemple de context, nu reguli juridice românești. [4]

Dacă adolescentul refuză implicarea familiei, explorează motivul. Poate fi teamă de pedeapsă, rușine, conflict sau un risc real de abuz. Sprijinul familial se construiește, nu se presupune. Când divulgarea este necesară, explică pe cât posibil ce vei comunica și de ce. Pentru consimțământ și protecția minorului, echipa trebuie să cunoască legislația locală și procedurile serviciului. [4]

4. Formularea diagnosticului și comorbiditățile

Criteriile tulburării de consum se aplică și la adolescenți, dar interpretarea cere atenție la vârstă. Toleranța și sevrajul pot fi mai puțin evidente. Nu aștepta apariția lor pentru a recunoaște pierderea controlului și deteriorarea funcției. În același timp, experimentarea nu este automat tulburare. Descrie severitatea și consecințele, nu doar substanța prezentă într-un test. [2, 5]

Evaluează ADHD, depresia, anxietatea, trauma și problemele de comportament. Unele precedă consumul; altele sunt agravate de el. Construiește cronologia simptomelor și reevaluează pe parcurs. Tratamentul integrat evită situația în care fiecare serviciu așteaptă rezolvarea celeilalte probleme. Riscul suicidar, psihoza, intoxicația severă și un mediu nesigur pot schimba imediat nivelul de îngrijire necesar. [2, 5]

5. Intervenţiile psihologice şi familia

Intervenția scurtă oferă feedback personalizat și explorează obiectivele tânărului. Interviul motivațional lucrează cu ambivalența, fără confruntare umilitoare. Terapia cognitiv-comportamentală exersează refuzul, gestionarea impulsului, rezolvarea problemelor și răspunsul la situații cu risc. Managementul contingențelor folosește recompense pentru comportamente definite. Nu este suficient să spui adolescentului să evite anturajul fără alternative realiste. [5, 6]

Intervențiile familiale pot lucra simultan cu comunicarea, regulile, școala și grupul social. Terapia familială multidimensională și terapia multisistemică urmăresc mai multe medii ale vieții. Abordarea de întărire comunitară pentru adolescenți (A-CRA) folosește activități prosociale, astfel încât abstinența să fie mai recompensatoare decât consumul. Alegerea depinde de nevoi și acces. Nicio metodă nu este prezentată ca universal superioară, iar familia nu trebuie redusă la rolul de supraveghetor. [5, 6]

6. Medicamentele: indicaţie şi limite ale dovezilor

Dovezile pentru medicamente diferă între substanțe și grupe de vârstă. Rezultatele obținute la adulți nu se transferă automat adolescenților. Pentru canabis, intervențiile psihosociale rămân baza tratamentului în sursele citate. Studiile mici ale unor medicamente nu justifică prezentarea lor ca tratamente consacrate. Când este luată în calcul o utilizare în afara indicației autorizate, explicația și monitorizarea trebuie să fie clare. [7]

Tulburarea de consum de opioide este o situație importantă: farmacoterapia nu trebuie ignorată doar pentru că pacientul este tânăr. ASAM consideră medicamentele pentru tulburarea de consum de opioide sigure și eficace la adolescenți și le descrie ca standard de primă linie; buprenorfina are cele mai solide date, iar naltrexona cu eliberare prelungită are dovezi mai limitate la tineri, dar pare bine tolerată și eficace la cei aderenți. Sevrajul tratat izolat, fără tratament continuu, nu este preferat. Alegerea, inițierea și monitorizarea cer competență specifică, consimțământ și respectarea autorizării locale. Prevenirea supradozajului și accesul la naloxonă trebuie discutate în funcție de expunere, inclusiv când opioidele pot fi neintenționate. [4, 7]

7. Prevenţia, justiţia şi trecerea către serviciile pentru adulţi

Prevenția eficientă nu se reduce la o prezentare care sperie. Volumul *Adolescent Addiction* descrie programe școlare interactive, intervenții familiale și feedback motivațional, cu rezultate variabile. Contează implementarea și populația. O campanie bine intenționată poate să nu funcționeze. Urmărește rezultate reale, precum reducerea consecințelor și participarea la școală, fără a transforma cifrele din alte țări în estimări locale. [6, 8, 9]

Tinerii care intră în contact cu justiția au nevoie de evaluare și tratament, nu de presupunerea că sancțiunea vindecă adicția. Continuitatea după ieșirea dintr-o instituție este esențială. Programele bazate pe intimidare pot face rău. Tranziția spre servicii pentru adulți se pregătește înainte: clinician responsabil, programare, medicație, acord privind familia și plan pentru revenirea la consum. Vârsta administrativă nu garantează autonomia practică. [6, 8, 9]

Adolescentul în mediul său

• Tânăr și dezvoltare

• Familie sigură

• Școală și prieteni

• Servicii coordonate [1, 2, 4-9]

Domenii care interacționează. Niciun factor izolat nu explică toate cazurile. [1, 2, 4-9]

Repere clinice şi completări ale ediţiei

CRAFFT este un instrument de screening: Car, Relax, Alone, Forget, Family/Friends, Trouble. Folosim versiunea și traducerea validate disponibile, fără a trata această explicare a acronimului ca formular validat. Dezvoltarea rețelelor de recompensă și control este variabilă; nu există o zi universală în care creierul devine complet matur la 25 de ani. Clarificăm asentimentul adolescentului, consimțământul legal și limitele confidențialității, inclusiv protecția față de abuz și obligațiile legale. Terapia familială multidimensională (MDFT), terapia familială funcțională (FFT) și terapia multisistemică (MST) sunt modele familiale/sistemice relevante. [1, 2, 4-9]

Idei de reţinut

• Dezvoltarea și mediul sunt parte a evaluării.

• Screeningul nu este diagnosticul.

• Confidențialitatea are limite care se explică dinainte.

• Familia poate fi o resursă, dar siguranța se evaluează.

• Tratamentul comorbidităților se coordonează cu cel al consumului.

• Tranziția către servicii pentru adulți se pregătește activ. [1, 2, 4-9]

Caz clinic fictiv: aplică raţionamentul

Radu, 16 ani, este adus de mamă după mai multe absențe de la școală. Ea cere un test care să demonstreze că folosește droguri. Radu spune că nu va vorbi cât timp mama este în cabinet. După explicarea cadrului consultației, acceptă o discuție separată. Relatează vaping zilnic și canabis în unele seri, când nu poate adormi. Se teme de un conflict sever acasă dacă sunt dezvăluite toate detaliile. Notele au scăzut, dar continuă să meargă la antrenamente și are un profesor în care are încredere. Nu este intoxicat. Nu cunoști încă severitatea conflictului familial, riscul suicidar ori istoricul complet al consumului. Caz fictiv, creat pentru învățare. [3]

Cum începi? [1, 2, 4-9]

A. Promiți că nu vei spune nimic nimănui, indiferent de situație.

B. Faci testul solicitat și stabilești diagnosticul doar din rezultat.

C. Clarifici limitele confidențialității, evaluezi siguranța și continui interviul individual, pregătind implicarea potrivită a familiei.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: C. [1, 2, 4-9]

Opțiunea A: Promisiunea absolută poate fi imposibil de respectat când există risc grav sau obligații legale. O explicație sinceră protejează încrederea mai bine decât o asigurare care va trebui retrasă ulterior. [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9]

Opțiunea B: Un test nu arată singur pierderea controlului sau consecințele. Poate rata unele substanțe și nu rezolvă problema confidențialității. Scopul evaluării este un plan de îngrijire, nu demonstrarea unei vinovății. [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9]

Opțiunea C: Această abordare oferă spațiu tânărului și identifică riscurile. Activitățile păstrate și adultul de încredere sunt posibile resurse. Implicarea mamei se construiește după clarificarea siguranței, a consimțământului și a regulilor aplicabile. [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Un scor de screening pozitiv la adolescent înseamnă: [2]

A. Nevoia unei evaluări mai complete.

B. Diagnosticul definitiv al unei tulburări severe.

C. Necesitatea automată a internării.

Răspuns corect: A. Screeningul identifică posibilitatea unei probleme. Diagnosticul și nivelul de îngrijire necesită interviu, evaluarea consecințelor, a siguranței și a mediului. Instrumentul este un început, nu o concluzie. [2]

Întrebarea 2. Ce limitează folosirea datelor farmacologice de la adulți? [7]

A. Faptul că adolescenții nu pot avea adicții.

B. Diferențele de dezvoltare și lipsa unor studii suficiente în această grupă.

C. Faptul că orice medicament este interzis minorilor.

Răspuns corect: B. Dovezile sunt inegale între substanțe și medicamente. Unele tratamente au sprijin specific pentru tineri, mai ales în tulburarea de consum de opioide. Aplicarea cere verificarea indicației și monitorizare, fără extrapolare automată sau excludere automată. [7]

Întrebarea 3. Cum poate ajuta familia? [5, 4]

A. Doar prin pedeapsă și testare.

B. Prin preluarea tuturor deciziilor, fără adolescent.

C. Prin comunicare, structură și sprijin, adaptate siguranței și dezvoltării.

Răspuns corect: C. Intervențiile familiale includ relațiile și mediile relevante, nu doar controlul consumului. Participarea familiei se negociază și se adaptează. Un mediu abuziv necesită o analiză diferită de un mediu care poate susține recuperarea. [5, 4]

Întrebarea 4. Ce este important la trecerea către serviciile pentru adulți? [9]

A. Trimiterea unei adrese fără contact ulterior.

B. Un transfer planificat, cu responsabil și continuitate terapeutică.

C. Oprirea tratamentului la atingerea vârstei administrative.

Răspuns corect: B. Tinerii în tranziție pot pierde accesul și sprijinul exact când nevoile rămân mari. Pregătirea transferului reduce golurile dintre servicii. Capacitatea de a naviga sistemul nu apare automat odată cu împlinirea unei vârste. [9]

Termeni explicați

Factor protector: resursă sau condiție care poate reduce riscul ori susține recuperarea. [1, 2, 4-9]

Ambivalență: prezența simultană a unor motive pentru schimbare și pentru păstrarea comportamentului. [1, 2, 4-9]

Intervenție multisistemică: intervenție care lucrează cu persoana și mai multe medii, precum familia, școala și comunitatea. [1, 2, 4-9]

Note despre documentare

Au fost comparate secțiunile ASAM citate cu paginile despre dezvoltare, familie, prevenție și canabis din Adolescent Addiction. [3]

Nu sunt reproduse instrumente psihometrice sau praguri ca substitut al evaluării. [3]

Autorizarea medicamentelor și regulile de consimțământ pentru minori nu au fost verificate juridic pentru România. [3]

Rezultatele programelor din alte țări sunt prezentate ca dovezi contextuale. [3]

Referințe

[1] Preyde, M., Furtado, J., Head, S., & Long, D. (2020). Foundations of addictive problems in adolescents: Developmental and social factors. In C. A. Essau & P. H. Delfabbro (Eds.), *Adolescent addiction: Epidemiology, assessment, and treatment* (2nd ed., pp. 3-18). Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818626-8.00001-3

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 117, „Assessing Adolescent Substance Use” (pp. 696-698).

[3] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 27: Adolescenții și tinerii – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[4] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 118, „Placement Criteria and Strategies for Adolescent Treatment Matching” (pp. 699-706).

[5] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 120, „Treatment of Addiction-Related Disorders in Adolescents” (pp. 711-715).

[6] Leung, J., Hall, W., & Degenhardt, L. (2020). Adolescent cannabis use disorders. In C. A. Essau & P. H. Delfabbro (Eds.), *Adolescent addiction: Epidemiology, assessment, and treatment* (2nd ed., pp. 111-136). Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818626-8.00004-9

[7] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 121, „Pharmacotherapy for Adolescents With Substance Use Disorders” (pp. 716-721).

[8] Hutchinson, D., Teague, S., Champion, K., Essau, C. A., & Newton, N. C. (2020). Alcohol in adolescence. In C. A. Essau & P. H. Delfabbro (Eds.), *Adolescent addiction: Epidemiology, assessment, and treatment* (2nd ed., pp. 45-110). Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818626-8.00003-7

[9] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 119, „Treating Substance Use Disorders in Carceral-Involved Youth” (pp. 707-710).

28. Sarcina, vârsta înaintată și nevoile specifice

Tratamentul pornește de la aceleași obiective: siguranță, reducerea consecințelor și o viață mai funcțională. Aplicarea lor se schimbă însă în sarcină, la vârste înaintate și atunci când pacientul întâlnește bariere sociale sau discriminare. Adaptarea nu înseamnă să deduci nevoile din apartenența la un grup. Înseamnă să întrebi, să examinezi și să alegi împreună. Acest modul urmărește situațiile în care un plan standard poate rata riscuri importante ori poate face accesul la tratament mai dificil. [1, 2]

Sinteză vizuală / Sarcină, perioada perinatală și vârsta înaintată



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1, 2, 4-8]

Ce vei putea face după lectură

- Să adaptezi evaluarea la sarcină și la perioada post-partum. [3]
- Să identifici riscurile polimedicației și fragilității la vârstnici. [3]
- Să construiești un plan respectuos, bazat pe nevoile persoanei și barierele reale. [3]

1. Accesul începe cu felul în care întrebi

Folosește un limbaj neutru și întrebări aplicate tuturor pacienților, potrivite contextului. Rușinea, teama de pierderea copilului sau experiențele de discriminare pot întârzia cererea de ajutor. Întreabă despre transport, locuire, bani, îngrijirea copiilor și violență. Acestea sunt informații clinice: un tratament inaccesibil nu devine eficient doar pentru că este corect prescris. [1, 2]

Recomandarea acestui curs: în îngrijirea sensibilă la traumă oferim explicații, predictibilitate și posibilitatea alegerii. Cere permisiunea înaintea unor întrebări sensibile și evită confruntarea umilitoare. Diferențiază această organizare generală a serviciului de psihoterapia specifică pentru traumă. Un pacient poate avea nevoie de ambele. Implicarea partenerului sau familiei se face numai după evaluarea siguranței și a acordului relevant. [1, 2]

2. Sarcina: două vieți, un plan coordonat

Încurajează îngrijirea prenatală chiar dacă utilizarea substanțelor continuă. Screeningul urmărește accesul la tratament și se face la prima consultație prenatală și în fiecare trimestru. Include alcool, tutun, opioide, sedative și alte substanțe, dar și depresia, violența și testarea pentru hepatitele B și C, HIV și alte infecții transmise sexual. Un test toxicologic pozitiv nu stabilește singur severitatea adicției, cantitatea consumată sau capacitatea parentală. Testarea toxicologică a gravidei sau a nou-născutului cere consimțământ informat și voluntar. Explică înainte scopul și consecințele posibile, inclusiv obligațiile de raportare aplicabile. [2]

Alcoolul nu are un nivel de consum stabilit ca sigur în sarcină. Renunțarea este obiectivul, iar persoana cu dependență fizică are nevoie de evaluarea riscului de sevraj. În sarcină, sevrajul de alcool sau sedative se tratează în spital, cu supraveghere medicală și în colaborare cu obstetrica. Forma severă are mortalitate importantă, iar modificările sarcinii pot întârzia recunoașterea ei. Riscul expunerii la un medicament se compară cu riscul bolii și al sevrajului netratat, nu cu o sarcină ipotetică fără nicio expunere. Pentru fumat, substituția nicotinică nu pare să aibă efecte negative asupra gravidei sau a copilului și poate necesita doze mai mari, deoarece metabolizarea nicotinei crește în sarcină (The ASAM Essentials of Addiction Medicine cap. 98). [2]

3. Opioidele în sarcină şi îngrijirea copilului

Metadona sau buprenorfina reprezintă tratamentul standard al tulburării de consum de opioide în sarcină. Stabilizarea reduce alternanța dintre intoxicație și sevraj și sprijină participarea la îngrijire. Se recomandă continuarea tratamentului până după naștere, nu reducerea lui în timpul sarcinii: sevrajul opioid poate produce suferință fetală și naștere prematură. La gravida care primește agonist opioid sau folosește opioide, naloxona se rezervă supradozajului care amenință viața; acolo nu se amână. În rest se evită, deoarece sevrajul precipitat poate produce avort spontan, naștere prematură sau moarte fetală. Alegerea și modificările se fac cu specialiștii implicați, după discutarea beneficiilor, riscurilor și preferințelor. [1, 2]

Modificările fiziologice ale sarcinii pot schimba necesarul de metadonă, care poate crește în trimestrul al treilea; împărțirea dozei zilnice în două sau mai multe prize asigură concentrații

mai constante. Nou-născuții expuși la buprenorfină au mai rar sevraj neonatal, au nevoie de mai puțină morfină și de tratament mai scurt decât după metadonă. Apariția sevrajului cere reevaluare, nu interpretare morală. Nou-născutul expus, inclusiv la metadonă sau buprenorfină prescrise, este evaluat de la naștere și observat în spital cel puțin 72–96 de ore pentru intoxicație sau sevraj; severitatea acestuia nu justifică simpla subdozare a tratamentului matern. Planul include nașterea, analgezia, pediatria și alimentația copilului. La naștere și post-partum, doza și orarul metadonei sau buprenorfinei nu se modifică, durerea nu se tratează mai puțin din cauza adicției, iar agoniștii-antagoniști (pentazocina, butorfanolul) se evită, deoarece pot declanșa sevraj acut. Pentru sevrajul neonatal, abordarea recomandată este Eat, Sleep, Console, cu nou-născutul în aceeași cameră cu părintele; de cele mai multe ori nu este nevoie de medicație. În tratament stabil cu metadonă sau buprenorfină, alăptarea este încurajată dacă nu există contraindicații; ea reduce nevoia de tratament farmacologic al sevrajului neonatal și durata internării. Este descurajată la consumul activ de substanțe ilicite, iar în infecția HIV decizia privind alăptarea se ia împreună cu specialistul în boli infecțioase, după recomandările în vigoare. Decizia nu se ia doar după eticheta de adicție. [1, 2]

4. Post-partum nu înseamnă sfârşitul tratamentului

După naștere apar schimbări de somn, responsabilități, durere, stres și uneori depresie. Capitolul ASAM despre sarcină evidențiază riscul de pierdere a contactului cu tratamentul în această perioadă: cele mai multe decese asociate sarcinii și legate de substanțe apar în primul an după naștere. Stabilește urmărirea înainte de externare. Întreabă cine poate ajuta în siguranță, cum sunt păstrate medicamentele și ce se întâmplă dacă persoana revine la consum. [2, 4, 5]

Continuitatea medicației pentru adicție și tratamentul tulburărilor psihice sunt importante și după naștere. Supradozajul cu afectarea respirației este o urgență și se tratează imediat, inclusiv cu naloxonă. Naloxona poate precipita sevraj la persoana dependentă de opioide, motiv pentru care urmează îngrijire medicală. Riscul de sevraj nu justifică lăsarea supradozajului netratat. [2, 4, 5]

5. Vârstnicul: consumul poate fi ascuns în simptome obişnuite

Căderile, confuzia, insomnia și deteriorarea funcționării pot avea legătură cu alcoolul sau medicamentele. Nu le atribui automat îmbătrânirii. Scăderea apei corporale și modificările metabolice cresc sensibilitatea la unele substanțe. O cantitate tolerată în trecut poate produce acum efecte mai mari. Întreabă și despre produse fără rețetă, alcoolul folosit pentru somn și medicamentele luate de la altcineva. [6]

Criteriile legate de serviciu sau școală pot fi mai puțin informative după pensionare. Explorează îngrijirea personală, relațiile, activitățile și siguranța acasă. Pierderile, singurătatea și durerea pot susține consumul. Evaluează cogniția, depresia și riscul suicidar. Tratamentul adaptat vârstei poate avea rezultate bune; presupunerea că este prea târziu pentru schimbare poate deveni o barieră creată de clinician. Vârstnicii cu tulburare de consum de alcool au risc mai mare de sevraj sever, cu convulsii și delirium; sursa recomandă estimarea riscului cu scala PAWSS (Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale). [6]

6. Polimedicaţia şi alegerea tratamentului

Reconciliază toate medicamentele și cine le prescrie. Verifică funcția renală, hepatică, căderile și sedarea. Alcoolul poate interacționa cu tratamentele, iar mai multe sedative pot avea efecte cumulative. La vârstnici, benzodiazepinele se evită. O persoană cu dependență fizică nu trebuie îndrumată să le oprească brusc; reducerea supravegheată include educație, ritm adaptat și monitorizarea sevrajului. [6, 7]

Alegerea medicamentului pentru adicție se bazează pe comorbidități și obiective. De exemplu, acamprosatul este contraindicat în insuficiența renală (iar funcția renală scade cu vârsta), iar disulfiramul poate fi problematic când există boală cardiovasculară sau deficit cognitiv. Pentru tulburarea de consum de opioide, buprenorfina poate fi mai sigură decât metadona la vârstnici și este recomandată ca primă linie. Explică regimul simplu, verifică înțelegerea și folosește sprijin practic cu acordul pacientului. Vârsta nu anulează autonomia și nu justifică implicarea automată a familiei în toate deciziile. [6, 7]

7. Persoanele LGBTQ şi vulnerabilitatea socială

Întreabă cum dorește persoana să fie numită și ce relații sau comportamente sunt relevante pentru sănătate. Orientarea sexuală, identitatea de gen și comportamentul sexual sunt concepte diferite. Nu deduce expunerile din identitate. Riscul HIV și al altor infecții se evaluează din comportamente, contexte și protecție. Discriminarea și experiențele anterioare pot influența încrederea în servicii. [1, 8]

Identitatea nu stabilește singură medicamentul potrivit. Contează anatomia relevantă, tratamentele hormonale, funcția organelor și interacțiunile. Unele antiretrovirale modifică metabolizarea altor medicamente și substanțe. Intervențiile psihologice pot fi adaptate experiențelor persoanei fără a o stereotipiza. În orice grup, întreabă ce împiedică participarea și ce schimbare concretă ar face tratamentul posibil: un orar flexibil, sprijin social sau un mediu mai sigur. [1, 8]

Adaptarea planului

- Obiective comune
- Riscuri specifice
- Bariere concrete
- Decizie împreună [1, 2, 4-8]

Principii comune, aplicare individuală. Apartenența la un grup nu înlocuiește evaluarea. [1, 2, 4-8]

Repere clinice şi completări ale ediţiei

În sarcină nu este cunoscut un prag sigur de consum de alcool. Pentru tulburarea de consum de opioide preferăm îngrijirea coordonată și tratamentul cu metadonă sau buprenorfină. Eat, Sleep, Console organizează îngrijirea nou-născutului în servicii pregătite; tratamentul medicamentos se individualizează. Alăptarea se discută în funcție de stabilitate, expuneri, tratament și recomandările actuale pentru infecții, fără interdicții generale simplificate. La vârstnici evaluăm funcția renală, compoziția corporală, căderile, cogniția și polimedicația. [9]

Idei de reținut

• Încurajează îngrijirea prenatală chiar când consumul continuă.

• Testarea toxicologică nu măsoară capacitatea parentală.

• Nu opri automat tratamentul eficient al tulburării de consum de opioide la apariția sarcinii.

• Post-partum necesită un plan de continuitate.

• La vârstnici, caută interacțiuni, căderi și deteriorare cognitivă.

• Adaptează îngrijirea persoanei, fără presupuneri despre grup. [1, 2, 4-8]

Caz clinic fictiv: aplică raționamentul

Raluca, 31 de ani, este însărcinată și primește metadonă de mai multe luni. Evită consultația prenatală deoarece se teme că va fi criticată. A auzit că trebuie să reducă singură doza pentru ca nou-născutul să nu aibă sevraj. În ultimele săptămâni are mai mult stres și spune că uneori apar simptome înaintea dozei următoare. Partenerul îi controlează banii și nu este clar dacă o poate însoți în siguranță. Nu relatează consum recent de alcool sau sedative, dar evaluarea nu este completă. Îți cere un răspuns simplu: poate opri tratamentul în câteva zile ca să protejeze copilul? Își dorește să continue sarcina și îngrijirea. Caz fictiv, creat pentru învățare. [3]

Ce direcție este potrivită? [1, 2, 4-8]

A. Reducerea rapidă, fără alte evaluări.

B. Menținerea accesului la tratament și coordonarea cu obstetrica, cu evaluarea simptomelor și a siguranței sociale.

C. Refuzul îngrijirii până când dovedește abstinența.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: B. [1, 2, 4-8]

Opțiunea A: Reducerea rapidă poate destabiliza pacienta și produce sevraj ori revenire la consum; sevrajul opioid în sarcină poate produce suferință fetală și naștere prematură. Severitatea sevrajului neonatal nu poate fi controlată printr-o regulă simplă de subdozare maternă. Sunt necesare evaluarea și coordonarea. [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8]

Opțiunea B: Planul urmărește stabilitatea maternă, îngrijirea prenatală și pregătirea îngrijirii copilului. Simptomele pot indica nevoia unei reevaluări a tratamentului. Controlul financiar și incertitudinea privind siguranța în prezența partenerului justifică întrebări despre siguranță, într-un cadru privat. [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8]

Opțiunea C: Condiționarea accesului poate îndepărta pacienta exact când are nevoie de îngrijire. Consumul și barierele sociale cer intervenție, nu excludere. Contactul terapeutic poate preveni complicații pentru părinte și copil. [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Un test toxicologic pozitiv în sarcină arată automat: [2]

A. Incapacitate parentală.

B. Severitatea exactă a adicției.

C. Expunere detectată în limitele metodei, care trebuie interpretată clinic.

Răspuns corect: C. Rezultatul nu stabilește singur diagnosticul, cantitatea, frecvența sau capacitatea de îngrijire a copilului. Discuția clinică, consimțământul și evaluarea contextuală rămân necesare. [2]

Întrebarea 2. Ce perioadă necesită continuitate atentă după tratamentul în sarcină? [2]

A. Doar ziua nașterii.

B. Și perioada post-partum.

C. Niciuna, dacă nou-născutul nu are sevraj.

Răspuns corect: B. Post-partum poate aduce depresie, lipsă de somn și pierderea sprijinului ori a accesului la tratament. Starea copilului nu este un indicator suficient al riscului matern. Planificarea urmăririi se face înainte de externare. [2]

Întrebarea 3. Cum abordezi benzodiazepinele luate de mult timp la vârstnic? [6]

A. Le oprești brusc pentru a elimina riscul.

B. Evaluezi indicația și riscurile, apoi organizezi reducerea supravegheată când este indicată.

C. Presupui că doza mică exclude sevrajul.

Răspuns corect: B. Dependența fizică și sevrajul pot apărea inclusiv la doze mici. Căderile și afectarea cognitivă sunt motive de reevaluare, dar nu justifică o întrerupere bruscă fără plan. [6]

Întrebarea 4. Ce determină evaluarea riscului sexual? [8]

A. Comportamentele, expunerile și măsurile de protecție discutate individual.

B. Doar identitatea declarată.

C. Doar aspectul persoanei.

Răspuns corect: A. Orientarea, identitatea și comportamentul nu sunt identice. O evaluare bazată pe presupuneri poate rata riscuri sau stigmatiza. Întrebările concrete ajută la alegerea prevenției și a testării potrivite. [8]

Termeni explicaţi

Post-partum: perioada de după naștere, cu nevoi medicale și psihosociale proprii. [1, 2, 4-8]

Polimedicație: utilizarea mai multor medicamente, cu posibilitatea interacțiunilor și a erorilor de administrare. [1, 2, 4-8]

Îngrijire sensibilă la traumă: organizare a îngrijirii care ține cont de traumă și urmărește siguranță, claritate și respect. [1, 2, 4-8]

Note despre documentare

Comparație cu capitolele ASAM 40–42, 98 și pasajele despre consimțământ și naloxonă. Au fost evitate formulările de siguranță absolută pentru sarcină. [3]

Nu se afirmă siguranța universală a unui medicament în sarcină sau alăptare. [3]

Opțiunile farmacologice și regulile perinatale necesită aplicare interdisciplinară. [3]

Cap. 41 conține o confuzie între naloxonă și tratamentele de menținere; aceasta nu a fost preluată. [3]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 40, „Substance Use and Co-occurring Conditions in Women” (pp. 249-253).

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 98, „Substance Use During Pregnancy” (pp. 580-585).

[3] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 28: Sarcina, vârsta înaintată și nevoile specifice – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[4] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 28, „The Harm Reduction Approach to Caring for People Who Use Substances” (pp. 163-168).

[5] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 58, „Management of Opioid Intoxication and Withdrawal” (pp. 355-360).

[6] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 41, „Treatment of Substance Use Disorders in Older Adults” (pp. 254-258).

[7] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 124, „Consent and Confidentiality Issues in Addiction Practice” (pp. 735-739).

[8] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 42, „Treatment Considerations for LGBTQ Patients” (pp. 259-264).

[9] American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Opioid use and opioid use disorder in pregnancy. Committee Opinion No. 711. Obstetrics & Gynecology, 130, e81–e94. https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2017/08/opioid-use-and-opioid-use-disorder-in-pregnancy

29. Reducerea riscurilor și continuitatea îngrijirii

Reducerea riscurilor înseamnă prevenirea deceselor, infecțiilor și altor consecințe, chiar atunci când consumul continuă. Ea poate fi oferită împreună cu tratamentul orientat spre abstinență. O persoană nu trebuie să îndeplinească un obiectiv ideal înainte de a primi ajutor pentru un pericol real. Continuitatea înseamnă păstrarea unei legături utile cu serviciul în timp. În acest modul, transformăm aceste principii într-un plan pentru viața dintre consultații, externări și eventualele episoade de revenire la consum. [1]

Sinteză vizuală / Reducerea riscurilor și continuitatea îngrijirii



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1, 3-10]

Ce vei putea face după lectură

- Să construiești un plan individual de prevenire a supradozajului și infecțiilor. [2]
- Să răspunzi terapeutic la revenirea la consum. [2]
- Să organizezi transferul și urmărirea fără goluri evitabile de îngrijire. [2]

1. Obiectivul pacientului și siguranța pot avansa împreună

Întreabă ce dorește persoana să schimbe acum. Poate dori abstinență, reducere sau doar evitarea unui nou supradozaj. Discută beneficiile și limitele obiectivului, fără a condiționa orice ajutor de acceptarea întregului plan. Intervenția poate începe cu îngrijirea unei plăgi, un tratament antiinfecțios sau accesul la naloxonă. Acest contact poate facilita ulterior tratamentul adicției. [1]

Reducerea riscurilor nu înseamnă că utilizarea devine sigură. Înseamnă alegerea unor pași care scad pericolele. Aceleași servicii sunt utile și unei persoane abstinente, deoarece riscul revenirii la consum nu dispare prin promisiune. Planul se adaptează substanțelor, căilor de administrare, bolilor și resurselor disponibile. Respectul și explicația clară favorizează informații mai bune la consultație. [1]

2. Prevenirea supradozajului opioid

Discută supradozajele anterioare, perioadele fără consum, utilizarea în singurătate și asocierea sedativelor. Toleranța poate scădea după o perioadă de abstinență, inclusiv după internare sau detenție. Revenirea la o cantitate utilizată anterior poate deveni periculoasă. Nici toleranța mare nu oferă protecție completă. Produsele cu compoziție incertă pot expune la opioide și persoane care nu intenționau să le folosească. [1, 3]

Educația include recunoașterea lipsei de răspuns și a respirației anormale, solicitarea imediată a ajutorului și utilizarea naloxonei când este indicată. În serviciile medicale, suportul căilor aeriene și al respirației se organizează în paralel cu antidotul. Naloxona nu înlocuiește supravegherea ulterioară și nici tratamentul adicției. Explică aceste lucruri și apropiaților, cu acordul pacientului și în funcție de siguranță. [1, 3]

3. Infecții, expuneri sexuale și sănătate fizică

Accesul la echipament steril reduce expunerea la infecții prin injectare. Programele dedicate pot oferi și vaccinare, testare, îngrijirea plăgilor și legătura cu tratamentul. Întreabă despre împărțirea echipamentului, dar și despre simptome: febră, răni, durere și dificultăți respiratorii. Un material informativ nu înlocuiește evaluarea unei infecții deja instalate. [1, 4]

Discută prevenția HIV și a altor infecții în funcție de expunere. Profilaxia înaintea expunerii și cea după expunere au roluri diferite și necesită evaluare medicală. O expunere recentă justifică orientare promptă, nu așteptarea următoarei consultații obișnuite. Tratamentul HIV sau al hepatitei se coordonează cu tratamentul adicției, inclusiv verificarea interacțiunilor și a obstacolelor practice. [1, 4]

4. Ce pot și ce nu pot face testarea produselor și supravegherea

Testarea produselor poate oferi informație despre unele componente. Benzile pentru fentanil nu măsoară concentrația și nu caracterizează toate substanțele posibile. Un rezultat nu transformă produsul într-unul sigur. Explicarea limitelor este la fel de importantă ca disponibilitatea testului. Nu prezenta o metodă simplă ca garanție împotriva supradozajului sau ca înlocuitor al celorlalte intervenții. [1]

Capitolul ASAM despre reducerea riscurilor descrie servicii de consum supravegheat și forme de supraveghere la distanță. Scopul lor este recunoașterea rapidă a unei probleme și legătura cu îngrijirea. Acestea sunt modele de servicii, cu acces și reglementări diferite între țări. Nu presupunem existența lor locală. Discuția clinică trebuie să precizeze ce resursă este efectiv disponibilă persoanei, nu doar ce model este descris în literatură. [1]

5. Revenirea la consum este un moment de reevaluare

Începe cu siguranța: intoxicație, sevraj, supradozaj, suicid, infecție și pierderea medicației. Apoi reconstruiește episodul. Ce s-a întâmplat înainte? Au crescut insomnia, stresul sau pofta? Au existat conflicte, expuneri ori o programare ratată? Analiza urmărește puncte unde planul poate fi schimbat. Rușinea poate face pacientul să ascundă episodul și să piardă contactul cu serviciul. [5, 6]

Nu echivala un episod cu anularea întregului progres. Nici nu minimaliza pericolul. Ajustează intensitatea îngrijirii, tratamentul, strategiile psihologice și sprijinul. Repetă un plan concret pentru următoarea situație dificilă: cui telefonează, unde merge și ce face cu medicația. O consultație ratată trebuie înțeleasă în context; nu dovedește automat lipsa interesului pentru schimbare. [5, 6]

6. Externarea şi transferul sunt intervenţii clinice

Un plan de externare precizează data următoarei consultații, clinicianul responsabil și continuitatea medicamentelor. Verifică dacă persoana poate ajunge, dacă are mijloc de contact și dacă a înțeles indicațiile. Transmite informațiile necesare cu respectarea confidențialității. O listă de numere oferită la plecare nu este echivalentă cu un transfer organizat și confirmat. [5, 7]

Consilierea pentru aderență începe cu motivele dificultății. Reacțiile adverse, explicațiile neclare, timpul de așteptare și tulburările psihice pot împiedica administrarea. Soluțiile includ simplificarea practică, materiale clare, reamintiri și sprijin acceptat de pacient. Dacă tratamentul a fost întrerupt, reevaluează înainte de reluare; nu presupune că schema veche este automat potrivită după orice pauză. [5, 7]

7. Recuperarea include locuirea şi viaţa de zi cu zi

O locuință nesigură, lipsa hranei sau violența pot împiedica respectarea planului. Modelul Housing First, descris în capitolul ASAM despre reducerea riscurilor, oferă locuire fără condiționarea inițială de abstinență. Acesta ilustrează o idee practică: stabilitatea socială poate sprijini sănătatea, iar ajutorul social nu trebuie considerat doar o recompensă pentru succes terapeutic. Aplicarea depinde de resursele și cadrul local. [1, 8]

Perspectiva internațională din Textbook of Addiction Treatment descrie recuperarea ca proces de durată, cu funcționare și calitate a vieții. Întreabă despre relații, activități, muncă și sens personal. Grupurile de sprijin și persoanele cu experiență de recuperare pot completa îngrijirea. Nu impune un singur traseu tuturor și nu transforma abstinența în unicul rezultat care merită observat. [1, 8]

8. Urmărirea digitală trebuie să ajute

Consultațiile la distanță, reamintirile și aplicațiile pot reduce unele bariere. Înainte de recomandare, verifică dacă persoana are dispozitiv, conexiune, intimitate și capacitatea de utilizare. Întreabă ce date sunt colectate și cine le poate vedea. Instrumentele digitale completează îngrijirea, nu o înlocuiesc, iar un instrument atrăgător nu este automat eficient sau sigur. Recomandarea acestui curs: verifică și dacă instrumentul este sigur pentru cineva care locuiește cu o persoană abuzivă. [9, 10]

Urmărește rezultate relevante: episoade de supradozaj, infecții, contact cu serviciul, consum, simptome și funcționare. Ajustează planul când rezultatele sau obiectivele se schimbă. Tehnologia completează relația și accesul; nu trebuie să creeze o nouă condiție pentru tratament. Păstrează o alternativă când pacientul nu poate sau nu dorește să folosească mediul digital. [9, 10]

Un episod nu închide îngrijirea

• Contact păstrat

• Siguranță evaluată

• Plan ajustat

• Urmărire reluată [1, 3-10]

Buclă de reevaluare după revenirea la consum. Urgențele se tratează imediat. [1, 3-10]

Repere clinice şi completări ale ediţiei

Reducerea riscurilor include naloxonă la domiciliu, acces la echipament steril, testare și prevenția infecțiilor, profilaxie HIV înainte și după expunere (PrEP/PEP) când este indicată, vaccinare împotriva virusului hepatitic B (VHB) și acces la tratament pentru virusul hepatitic C (VHC). Testarea substanțelor are limite și nu garantează siguranța. După detenție, spitalizare sau perioade de abstinență, pierderea toleranței crește riscul de supradozaj. Serviciile cu prag scăzut de acces și transferul asistat (warm handoff) urmăresc continuitatea concretă, fără excluderea automată a pacientului pentru reluarea consumului. [1, 3-10]

Idei de reţinut

• Ajutorul pentru siguranță nu depinde de abstinență.

• Toleranța redusă poate crește riscul după revenirea la opioide.

• Naloxona și educația se oferă împreună.

• Testarea unui produs nu garantează siguranța.

• Revenirea la consum cere reevaluare și acces la îngrijire.

• Transferul se organizează, iar recuperarea se măsoară și prin funcționare. [1, 3-10]

Caz clinic fictiv: aplică raționamentul

Sorin, 42 de ani, telefonează după o lună fără consultații. Spune că a revenit la opioide după o perioadă de abstinență și se teme că va fi exclus. A pierdut locul unde dormea și nu mai are medicație. Un prieten a avut recent un supradozaj. Sorin folosește uneori și un sedativ, dar nu știe exact denumirea. În momentul convorbirii vorbește coerent și nu relatează simptome acute, însă istoricul este incomplet. Ar accepta să vină la consultație dacă nu este certat. Nu are bani pentru transport în fiecare zi și spune că telefonul lui funcționează doar uneori. Vrea să știe ce poate face chiar astăzi. Caz fictiv, creat pentru învățare. [2]

Care este direcția inițială? [1, 3-10]

A. Reprimirea în îngrijire, evaluarea riscurilor actuale și un plan practic pentru tratament și prevenirea supradozajului.

B. Excluderea până când obține din nou abstinența.

C. Trimiterea unei aplicații și amânarea oricărei discuții clinice.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: A. [1, 3-10]

Opțiunea A: Toleranța redusă, sedativul, lipsa medicației și instabilitatea locuirii cresc îngrijorarea. Este necesară evaluare clinică promptă și un plan realizabil. Menținerea contactului permite intervenția și ajustarea tratamentului. [1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10]

Opțiunea B: Excluderea nu elimină riscul și poate întrerupe singura legătură cu îngrijirea. Un episod de consum justifică evaluarea nevoilor și a intensității tratamentului, nu retragerea automată a ajutorului. [1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10]

Opțiunea C: Accesul digital este instabil și nu rezolvă evaluarea riscurilor. O aplicație poate completa un plan, dar nu trebuie folosită ca substitut pentru tratament sau ca barieră suplimentară. [1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Reducerea riscurilor este compatibilă cu un obiectiv de abstinență? [1]

A. Da, poate preveni consecințele și în cazul unei reveniri la consum.

B. Nu, cele două se exclud.

C. Doar după un supradozaj.

Răspuns corect: A. Sursele descriu integrarea dintre reducerea riscurilor și tratamentul adicției. Persoana poate urmări abstinența și poate avea simultan acces la naloxonă, prevenția infecțiilor și un plan pentru situații dificile. [1]

Întrebarea 2. După o perioadă fără opioide, ce schimbare contează? [3]

A. Protecția permanentă față de supradozaj.

B. Posibila reducere a toleranței.

C. Dispariția tuturor riscurilor legate de sedative.

Răspuns corect: B. Scăderea toleranței poate face periculoasă revenirea la expuneri tolerate anterior. Acest risc justifică educație, acces la intervenții de salvare și continuitatea tratamentului. [3]

Întrebarea 3. Ce nu oferă o bandă pentru fentanil? [1]

A. Informație despre detectarea fentanilului în limitele testului.

B. Un motiv pentru discutarea compoziției incerte.

C. Măsurarea concentrației și garanția siguranței produsului.

Răspuns corect: C. Testul nu descrie concentrația și nici toate componentele. Interpretarea trebuie să păstreze aceste limite. Reducerea riscurilor folosește mai multe intervenții, nu o singură verificare considerată infailibilă. [1]

Întrebarea 4. Care rezultat completează evaluarea consumului? [8]

A. Doar numărul de reguli impuse.

B. Locuirea, funcționarea și calitatea vieții.

C. Doar satisfacția clinicianului.

Răspuns corect: B. Perspectiva recuperării include sănătatea și funcția în timp. Reducerea consumului este importantă, dar nu descrie singură viața persoanei. Indicatorii se aleg împreună și se urmăresc realist. [8]

Termeni explicați

Reducerea riscurilor: intervenții care scad consecințele consumului fără a cere abstinența ca precondiție. [1, 3-10]

Profilaxie: intervenție pentru prevenirea unei boli sau a unei complicații. [1, 3-10]

Continuitate: legătură organizată între etapele, serviciile și momentele îngrijirii. [1, 3-10]

Note despre documentare

Afirmațiile despre reducerea riscurilor, supradozaj și continuitate au fost verificate în capitolele ASAM și completate cu perspectiva recuperării din sursa Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives. [2]

Disponibilitatea locală a naloxonei comunitare, testării produselor și serviciilor descrise nu a fost verificată. [2]

Modelele internaționale sunt explicate fără a fi prezentate ca servicii existente în România. [2]

Nu sunt oferite instrucțiuni tehnice de injectare sau un protocol complet de resuscitare. [2]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 28, „The Harm Reduction Approach to Caring for People Who Use Substances” (pp. 163-168).

[2] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 29: Reducerea riscurilor și continuitatea îngrijirii – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[3] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 58, „Management of Opioid Intoxication and Withdrawal” (pp. 355-360).

[4] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 94, „Human Immunodeficiency Virus, Tuberculosis, and Other Infectious Diseases Related to Substance Use” (pp. 559-564).

[5] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 80, „Relapse Prevention: Clinical Models and Intervention Strategies” (pp. 475-479).

[6] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 49, „Reducing Inequities of Care Through Changes in Practice” (pp. 297-302).

[7] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 83, „Medical Management Techniques and Collaborative Care: Integrating Behavioral With Pharmacological Interventions” (pp. 491-497).

[8] Laudet, A., & Best, D. (2015). Addiction recovery in services and policy: An international overview. In N. el-Guebaly, G. Carrà, & M. Galanter (Eds.), *Textbook of addiction treatment: International perspectives* (pp. 1065-1083). Springer. https://doi.org/10.1007/978-88-470-5322-9_55

[9] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 82, „Digital Health Interventions for Substance Use Disorders: The State of the Science” (pp. 485-490).

[10] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 50, „Quality Improvement for Addiction Treatment” (pp. 303-310).

30. Etica și situațiile cu presiune externă

În adicții, aceeași consultație poate avea consecințe pentru sănătate, familie, serviciu și relația cu justiția. Clinicianul trebuie să știe cui îi datorează îngrijire, ce informații poate transmite și cum păstrează o decizie cât mai liberă. Etica oferă principii pentru raționament. Legea stabilește obligații care diferă între țări și se pot schimba. Acest modul folosește cărțile pentru principiile clinice și exemple. Nu transformă reglementările americane din surse în legislație românească. Distincția este esențială pentru practică. [1, 2]

Sinteză vizuală / Etică, capacitate decizională și presiune externă



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1, 2, 4-7]

Ce vei putea face după lectură

- Să analizezi capacitatea, informarea și voluntaritatea unei decizii. [3]
- Să separi scopul terapeutic de scopul de control sau expertiză. [3]
- Să documentezi o dilemă etică și limitele informației juridice disponibile. [3]

1. Principiile devin întrebări concrete

Autonomia cere respectarea alegerilor persoanei capabile să decidă. Beneficiența cere urmărirea unui beneficiu real. Nonmaleficiența cere evitarea unui prejudiciu nejustificat. Justiția cere acces și tratament echitabil. Fidelitatea include onestitatea, respectarea promisiunilor și confidențialitatea. Într-un caz dificil, principiile pot trage în direcții diferite. Enumerarea lor nu rezolvă singură problema; trebuie comparate consecințele opțiunilor. [1, 2]

Întreabă-te ce rezultat urmărești și pentru cine. Prescrierea solicitată poate părea o expresie a autonomiei, dar clinicianul nu este obligat să ofere o intervenție pe care o consideră nesigură. Totodată, refuzul unui medicament nu justifică abandonarea celorlalte nevoi. Explică motivele, discută alternativele și păstrează un plan de îngrijire proporțional cu riscul. [1, 2]

2. Capacitatea se evaluează pentru decizia prezentă

Diagnosticul de adicție nu demonstrează automat lipsa capacității. Evaluează dacă persoana înțelege problema, opțiunile și consecințele și le poate raporta la propriile valori. Folosește cuvinte simple și cere o reformulare. O decizie diferită de preferința medicului nu este, prin ea însăși, dovada incapacității. Important este procesul de înțelegere și alegere. [2, 4]

Intoxicația, deliriumul sau afectarea cognitivă pot modifica temporar capacitatea. Când este posibil, amână deciziile neurgente până la ameliorare. Urgențele necesită acțiune în cadrul aplicabil și documentarea motivelor. La vârstnici, adaptează comunicarea și caută sprijin fără a presupune incapacitatea. La minori, capacitatea clinică și autoritatea juridică de a consimți trebuie analizate distinct. [2, 4]

3. Consimţământul este o conversaţie

Prezintă diagnosticul de lucru, opțiunile, beneficiile, riscurile și ce se poate întâmpla dacă tratamentul este refuzat. Oferă timp pentru întrebări. Verifică ce contează pentru persoană: somnul, munca, evitarea sevrajului, sarcina sau păstrarea relațiilor. Formularul documentează procesul, dar nu îl înlocuiește. O semnătură obținută fără înțelegere nu rezolvă problema etică. [1, 4]

Presiunea familiei, a angajatorului sau a justiției poate limita voluntaritatea. Clarifică ce este obligatoriu, ce opțiuni există și ce informații vor fi transmise. Caută spațiul real de alegere rămas pacientului. Motivația externă poate coexista cu obiective personale. Clinicianul poate ajuta persoana să identifice beneficii proprii fără a pretinde că presiunea nu există. [1, 4]

4. Confidenţialitatea şi solicitările din exterior

Înainte de a transmite date, clarifică identitatea solicitantului, scopul cererii și baza care permite comunicarea. Faptul că cineva plătește consultația sau este îngrijorat nu oferă automat acces la întreg dosarul. Discută cu pacientul ce a autorizat și pentru ce scop. Confidențialitatea este importantă tocmai fiindcă dezvăluirea poate afecta serviciul, locuirea și relațiile. [1, 4]

Există situații în care siguranța sau legea pot impune o comunicare. Ele trebuie analizate concret, cu consult juridic sau etic când este necesar. Nu folosi regulile din altă țară drept răspuns automat. Documentează ce s-a solicitat, ce ai verificat, ce ai comunicat și de ce. În

terapia de grup sau familială, explică limitele înainte ca informația sensibilă să fie împărtășită. [1, 4]

5. Testarea are un scop, o metodă și consecințe

Testarea pentru a ghida tratamentul diferă de testarea pentru o decizie profesională sau judiciară. Clarifică scopul înainte de recoltare. Un imunotest poate avea reacții încrucișate și rezultate fals pozitive. Unele medicamente sau substanțe pot fi slab detectate, producând rezultate fals negative. Cunoaște ce include panelul și discută un rezultat neașteptat cu laboratorul și cu pacientul. [5]

Când rezultatul poate produce consecințe serioase, confirmarea printr-o metodă specifică este esențială înainte de concluzii. O expunere detectată nu măsoară singură afectarea funcțională și nu stabilește diagnosticul de adicție. Nici un rezultat negativ nu certifică siguranța în orice situație. Evită formulările care transformă testul într-o judecată despre caracterul persoanei. [5]

6. Prescriere responsabilă și limite terapeutice

Stabilește o indicație clară, obiective funcționale și un plan de monitorizare. Pentru medicamentele cu potențial de utilizare necorespunzătoare, discută păstrarea, administrarea și interacțiunile. Acordul terapeutic explică responsabilități reciproce. El nu trebuie să fie doar o listă de amenințări. Precizează și ce va face serviciul dacă apar efecte adverse, dificultăți de acces sau revenire la consum. [2]

Dacă riscul depășește beneficiul, modifică tratamentul și oferă alternative. Reducerea sau oprirea poate necesita management de sevraj și monitorizarea dispoziției. Nu divulga automat altora faptul că pacientul a utilizat medicația necorespunzător. Siguranța personalului contează când există violență, dar orice încheiere a relației terapeutice trebuie organizată conform cadrului aplicabil și fără a ignora nevoile urgente. [2]

7. Profesioniștii și persoanele trimise de justiție

Un profesionist din sănătate poate avea nevoie simultan de tratament confidențial și de evaluarea siguranței la lucru. Separă pe cât posibil rolul terapeutului de cel al evaluatorului aptitudinii. Programele pentru medici descrise în carte combină tratament, monitorizare și planificarea revenirii la muncă. Rezultatele lor nu permit promisiunea că orice program de control este automat echitabil sau eficient. [6, 7]

În tratamentul cu presiune judiciară, diagnosticul și alegerea medicației trebuie să rămână fundamentate clinic. Cartea critică barierele nejustificate în accesul la medicația pentru tulburarea de consum de opioide. Nu considera sancțiunea un substitut pentru tratament. Clarifică limitele confidențialității și cine primește rapoarte. O revenire la consum poate necesita schimbarea îngrijirii, iar consecințele juridice nu trebuie inventate de clinician. [6, 7]

8. O metodă scurtă pentru dileme

Descrie problema în termeni neutri. Identifică persoanele afectate și informațiile lipsă. Compară opțiunile prin beneficiu, prejudiciu, autonomie și echitate. Verifică obligațiile aplicabile și cere ajutor când rolurile sunt în conflict. Alege o acțiune proporțională și explică-i pacientului raționamentul în măsura posibilului. Reevaluează efectele: o decizie etică nu se încheie când nota este semnată. [1]

Raționamentul etic

• Problema concretă

• Opțiuni și consecințe

• Cadru aplicabil

• Acțiune și reevaluare [1, 2, 4-7]

Schemă de analiză, nu algoritm juridic. Urgența și jurisdicția pot schimba pașii necesari. [1, 2, 4-7]

Repere clinice şi completări ale ediţiei

Capacitatea decizională se evaluează pentru decizia și momentul concret: exprimarea unei alegeri, înțelegerea informației, aprecierea consecințelor personale și raționament. Intoxicația nu stabilește automat incapacitatea, iar un diagnostic psihiatric nu o înlocuiește. Autonomia, beneficiența, nonmaleficiența și justiția ghidează analiza. Separăm rolul de medic curant de evaluarea pentru angajator sau instanță. La solicitarea externării evaluăm riscul, capacitatea, alternativele și cadrul legal; documentăm și oferim continuitate, fără abandon punitiv. [1, 2, 4-8]

Idei de reţinut

• Adicția nu dovedește automat incapacitatea de decizie.

• Consimțământul cere înțelegere și voluntaritate, nu doar semnătură.

• Scopul testării schimbă cerințele de interpretare.

• O cerere externă nu autorizează automat divulgarea.

• Refuzul unui medicament nu înseamnă refuzul îngrijirii.

• Legile din cărți nu se transferă automat în România. [1, 2, 4-7]

Caz clinic fictiv: aplică raţionamentul

Un angajator contactează cabinetul pentru un pacient aflat în tratament pentru consum problematic de alcool. Spune că plătește consultațiile și cere toate rezultatele toxicologice, diagnosticul și detaliile discuțiilor. Pacientul a semnat la început un formular general, dar nu este clar ce informații și destinatari acoperă. Nu există în mesaj o urgență concretă sau o amenințare identificată. Pacientul lucrează într-un rol cu responsabilități de siguranță și se teme că orice răspuns al medicului îi va încheia cariera. Tu ești medicul curant, nu evaluatorul independent al aptitudinii. Nu ai verificat încă obligațiile legale aplicabile acelei ocupații. Îți notezi întrebările care necesită clarificare înaintea răspunsului. [3]

Ce faci înainte de a transmite informații? [1, 2, 4-7]

A. Trimiți dosarul, deoarece angajatorul plătește.

B. Clarifici rolul, autorizarea, scopul și obligațiile aplicabile, discutând cu pacientul și limitând comunicarea la cadrul justificat.

C. Promiți că nu vei comunica nimic în nicio situație.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: B. [1, 2, 4-7]

Opțiunea A: Plata nu este echivalentă cu autorizarea accesului la toate informațiile. Divulgarea poate avea consecințe importante și trebuie fundamentată. Rolul curantului nu este identic cu cel al evaluatorului profesional. [1, 2, 4, 5, 6, 7]

Opțiunea B: Abordarea clarifică baza deciziei înainte de divulgare. Dacă apare o obligație specifică, ea trebuie verificată și documentată. Confidențialitatea și siguranța se analizează împreună, fără presupuneri despre ceea ce permite formularul general. [1, 2, 4, 5, 6, 7]

Opțiunea C: Secretul absolut nu poate fi promis când pot exista obligații legale ori riscuri relevante. Onestitatea cere explicarea limitelor reale. Verificarea lor este necesară înaintea unei concluzii definitive. [1, 2, 4, 5, 6, 7]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Care afirmație despre capacitate este corectă? [4]

A. Orice adicție o anulează.

B. O alegere diferită de cea a medicului o anulează.

C. Se evaluează în raport cu decizia și înțelegerea persoanei.

Răspuns corect: C. Capacitatea privește înțelegerea diagnosticului, opțiunilor și consecințelor în raport cu valorile personale. Intoxicația sau afectarea cognitivă pot modifica evaluarea, dar diagnosticul de adicție nu este singurul criteriu. [4]

Întrebarea 2. Ce înseamnă un imunotest pozitiv neașteptat, cu consecințe profesionale? [5]

A. Verdict final fără discuție.

B. Necesitatea verificării metodei și a confirmării specifice.

C. Dovada severității adicției.

Răspuns corect: B. Imunotestele pot avea reacții încrucișate. Sursa cere confirmarea rezultatelor prezumtive în contexte cu consecințe serioase. Interpretarea trebuie separată de judecățile privind diagnosticul sau aptitudinea. [5]

Întrebarea 3. Dacă un medicament nu mai poate fi prescris în siguranță: [2]

A. Se discută schimbarea și continuitatea îngrijirii.

B. Pacientul trebuie automat exclus.

C. Se divulgă imediat situația familiei fără analiză.

Răspuns corect: A. Decizia de a opri o medicație diferă de abandonul pacientului. Pot fi necesare reducere supravegheată, alt tratament și consultații de sprijin. Confidențialitatea se analizează separat. [2]

Întrebarea 4. Cum utilizăm exemplele legislative americane din surse? [1, 4]

A. Ca legislație valabilă automat în România.

B. Ca substitut al procedurilor locale.

C. Ca exemple care cer verificarea separată a cadrului aplicabil.

Răspuns corect: C. Cartea descrie norme dependente de jurisdicție. Principiile etice pot ghida raționamentul, dar nu stabilesc obligațiile juridice locale. Lecția nu furnizează o verificare legislativă românească. [1, 4]

Termeni explicați

Autonomie: posibilitatea persoanei de a lua decizii informate privind propria îngrijire. [1, 2, 4-7]

Capacitate decizională: abilitatea de a înțelege informația relevantă și de a o folosi pentru o alegere. [1, 2, 4-7]

Conflict de rol: situație în care responsabilități diferite ale clinicianului pot intra în tensiune. [1, 2, 4-7]

Note despre documentare

Principiile, consimțământul, confidențialitatea, testarea și prescrierea au fost comparate cu capitolele indicate. [3]

Nu reprezintă un ghid de drept românesc. [3]

Aptitudinea profesională și obligațiile de raportare necesită evaluare separată în context. [3]

Exemplele de programe judiciare și pentru medici nu sunt prezentate ca modele locale existente. [3]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 123, „Ethical Issues in Addiction Practice” (pp. 729-734).

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 125, „Clinical, Ethical, and Legal Considerations in Prescribing Medications With Potential for Nonmedical Use and Addiction” (pp. 740-753).

[3] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 30: Etica și situațiile cu presiune externă – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[4] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 124, „Consent and Confidentiality Issues in Addiction Practice” (pp. 735-739).

[5] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 127, „Practical Considerations in Drug Testing” (pp. 761-768).

[6] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 34, „Addiction Among Physicians and Physician Health Programs” (pp. 213-219).

[7] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 128, „Reducing Substance Use in Court-Leveraged Treatment” (pp. 769-778).

[8] Appelbaum, P. S. (2007). Assessment of patients' competence to consent to treatment. The New England Journal of Medicine, 357(18), 1834–1840. https://doi.org/10.1056/NEJMcp074045

31. Prevenția și organizarea serviciilor

Rezultatul tratamentului depinde și de sistemul în care este oferit. Un pacient poate primi o recomandare bună și totuși să nu ajungă la serviciul potrivit. Prevenția, finanțarea, programările și legătura dintre echipe influențează sănătatea populației. Psihiatrul poate contribui prin observații din practică și schimbări mici, urmărite atent. Acest modul explică relația dintre intervenția individuală și mediul social, apoi arată cum se transformă o problemă repetată de acces într-un proiect concret de îmbunătățire. [1, 2]

Sinteză vizuală / Prevenție și servicii integrate



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1, 2, 4-11]

Ce vei putea face după lectură

- Să diferențiezi prevenția individuală de cea asupra mediului. [3]
- Să identifici bariere și conflicte de interese care influențează accesul. [3]
- Să proiectezi o schimbare măsurabilă a unui serviciu. [3]

1. Prevenția are mai multe niveluri

La nivel individual, poți identifica un consum riscant, oferi feedback și facilita intervenția timpurie. La nivel familial sau școlar, poți sprijini abilități, relații și reguli coerente. La nivel comunitar, poți influența condițiile în care produsele sunt promovate și disponibile. Aceste niveluri se completează. O discuție bună în cabinet nu neutralizează singură un mediu care favorizează expunerea. [1, 2]

Prevenția pentru toți diferă de intervenția destinată unui grup cu risc și de îngrijirea unei persoane care are deja simptome. Definește populația și rezultatul urmărit înainte de alegerea metodei. Informația simplă poate crește cunoștințele fără a schimba consumul. Nu confunda participarea la o prezentare cu demonstrarea unui beneficiu asupra sănătății. [1, 2]

2. Mediul poate crește sau reduce riscul

Prevenția de mediu urmărește disponibilitatea, prețul, normele sociale și regulile aplicate. De exemplu, accesul fizic și orarul de vânzare pot influența expunerea la alcool. Cartea descrie domenii fizice, sociale, economice și legale. Nu orice intervenție are același efect peste tot. Rezultatul depinde de context, implementare și combinarea componentelor. [1, 4]

Psihiatrul poate contribui cu date despre consecințe și cu observații despre bariere, fără a transforma fiecare consultație într-o dispută politică. În comunitate, colaborează cu profesioniști, școli și persoane cu experiență directă. Află cine poate fi exclus de schimbare. O regulă poate reduce un risc și poate crea altă dificultate; evaluarea trebuie să le observe pe ambele. [1, 4]

3. Produsele și marketingul contează

Industria tutunului influențează expunerea prin proiectarea produselor, promovare și intervenții asupra politicilor. Pentru alcool, capitolul dedicat descrie producția, distribuția, publicitatea și organizațiile care participă la modelarea mesajelor publice. Pentru canabis, sunt discutate schimbările produselor, concentrației, disponibilității și promovării. Aceste mecanisme sunt factori de mediu; nu explică singure fiecare caz individual. [5-7]

Când un material educațional este finanțat de o industrie interesată, întreabă cine stabilește mesajul și ce rezultate sunt omise. Un conflict de interese nu dovedește automat că fiecare afirmație este falsă, dar justifică examinarea atentă. Separă educația medicală de promovarea unui produs. Nu folosi datele americane din carte ca descriere automată a pieței românești. [5-7]

4. De la instituții separate la un sistem

Perspectiva internațională descrie dezvoltarea serviciilor din instituții rezidențiale către combinații de îngrijire medicală, psihiatrică și socială. Extinderea nu a produs automat coordonare. Un sistem este mai mult decât o listă de cabinete. El include legături funcționale între îngrijirea primară, specialiști, spitale, servicii sociale și sprijin comunitar. Istoria explică de ce unele rupturi persistă. [8]

Planificarea începe cu nevoile populației și cu o hartă a resurselor. Cine identifică problema? Cine poate iniția tratamentul? Cine urmărește pacientul? Ce se întâmplă la agravare?

Intensitatea îngrijirii se adaptează severității și siguranței. În abordarea în trepte, pacientul pornește de la nivelul cel mai puțin intens, apoi sprijinul crește dacă rezultatele nu sunt optime și scade dacă sunt bune. Continuumul de îngrijire alocă însă nivelul după acuitate, severitate și complexitate, deci riscul inițial poate impune de la început un nivel mai intens. [8]

5. Echitatea se vede în accesul real

Un serviciu poate avea aceleași reguli pentru toți și totuși rezultate inegale. Programările numai în timpul serviciului, transportul dificil și cerințele administrative pot exclude anumite persoane. Întreabă cine nu ajunge, cine renunță și de ce. Include experiența pacienților în analiza problemei. Eticheta de lipsă a motivației poate ascunde o organizare care nu răspunde nevoilor. [9]

Cărțile descriu servicii cu bariere reduse, acces rapid și flexibilitate. Monitorizarea trebuie să sprijine tratamentul. Un test pozitiv nu trebuie să declanșeze automat excluderea din medicație. Standardizarea poate reduce aplicarea selectivă și discriminatorie a testării. Schimbările necesită resurse, competență și reguli clare, dar primul pas este identificarea obstacolului concret pe care serviciul îl poate modifica. [9]

6. Continuitatea în dezastre şi întreruperi

Căldura extremă, inundațiile, incendiile sau întreruperea transportului pot afecta accesul la tratament. Un serviciu trebuie să pregătească răspunsul înaintea evenimentului. Identifică persoanele dependente de acces regulat la medicație și modul de contact. Planul include responsabilități, comunicare și soluții de continuitate compatibile cu cadrul local. Un document neexersat poate fi insuficient într-o criză. [10]

Telemedicina sau echipele mobile pot ajuta, dar depind de infrastructură și acces. Nu presupune că pacientul are internet, un telefon încărcat sau un spațiu sigur. Discută efectele stresului și ale pierderii locuinței asupra consumului. Capitolul despre climă oferă un cadru de pregătire, nu predicția individuală că un anumit eveniment va produce automat o adicție. [10]

7. Măsurarea: ce s-a schimbat pentru pacient?

Alege indicatori care au sens clinic. Numărul de consultații descrie activitatea, dar nu spune singur dacă îngrijirea ajută. Poți urmări accesul, continuitatea medicației, simptomele, supradozajul, funcționarea și calitatea vieții. Măsurile potrivite la început pot diferi de cele utile mai târziu. Nu reduce recuperarea la un singur test sau la un singur scor. [4, 11]

Separă rezultatul urmărit de procesul care ar trebui să îl îmbunătățească. Dacă vrei continuitate după externare, măsoară prezentarea la consult și dacă programarea a fost făcută înainte de plecare. Urmărește și efectele nedorite: timp de așteptare, suprasolicitarea echipei sau excluderea unor pacienți. Datele colectate trebuie să fie utile și proporționale cu scopul. [4, 11]

8. Un proiect mic, repetat și corectat

Formulează problema precis: prea puțini pacienți ajung la prima consultație după externare. Descrie situația inițială, definește perioada de urmărire și stabilește cum se numără cazurile. Adună o echipă care include spitalul, ambulatoriul și perspectiva pacienților. Testează o schimbare mică, de exemplu o programare confirmată înainte de externare, cu un contact acceptat de pacient. [4, 8]

Urmează ciclul planificare, aplicare, studiu, ajustare. Compară rezultatele cu așteptarea și caută explicații pentru eșecuri. O îmbunătățire observată într-un lot mic nu dovedește singură cauzalitatea. Poate totuși arăta ce merită testat mai riguros. Păstrează schimbarea utilă, modifică ceea ce nu funcționează și repetă măsurarea. Calitatea crește prin învățare organizată, nu doar prin reguli noi. [4, 8]

Ciclul îmbunătățirii

- Planifică
- Aplică
- Studiază
- Ajustează [1, 2, 4-11]

Ciclu repetat pe date și observații. Nu reprezintă rezultate măsurate ale unui serviciu real. [1, 2, 4-11]

Repere clinice şi completări ale ediţiei

Prevenția universală se adresează populației; cea selectivă, grupurilor cu risc crescut; cea indicată, persoanelor cu semne timpurii care nu îndeplinesc încă diagnosticul urmărit. În diagnosticul dual, modelul secvențial poate fragmenta îngrijirea, iar cel paralel necesită coordonare reală. Modelul integrat urmărește un plan comun și responsabilități clare. Principiul „nicio ușă greșită” („No Wrong Door”) și transferul asistat înseamnă acces și comunicare efective, fără promisiunea că toate serviciile sunt identice sau disponibile local. [1, 2, 4-12]

Idei de reţinut

- Prevenția individuală și cea de mediu se completează.
- Marketingul și disponibilitatea influențează contextul consumului.
- Mai multe servicii nu înseamnă automat coordonare.
- Accesul real trebuie analizat pentru grupuri diferite.
- Continuitatea se pregătește și pentru întreruperi sau dezastre.
- Măsoară rezultate, procese și efecte nedorite. [1, 2, 4-11]

Caz clinic fictiv: aplică raționamentul

O secție observă că mulți pacienți tratați pentru sevraj nu ajung la ambulatoriu. Personalul consideră că motivul principal este lipsa motivației. Câteva discuții arată însă că unii nu au primit o dată clară, iar alții nu știau unde trebuie să meargă. Serviciul ambulatoriu are locuri disponibile, dar programarea se face doar telefonic, în anumite ore. Echipa dorește să testeze o schimbare, fără a avea încă date suficiente pentru o concluzie despre cauze. O asistentă propune programarea înainte de externare și verificarea cu pacientul a transportului și a posibilității de contact. Pacienții sunt invitați să explice unde s-a întrerupt traseul lor. [3]

Care este primul pas util? [1, 2, 4-11]

A. Definirea indicatorului inițial și testarea schimbării la un grup mic, cu urmărirea rezultatelor.

B. Declararea imediată a succesului și extinderea fără măsurare.

C. Excluderea pacienților care au ratat o consultație.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: A. [1, 2, 4-11]

Opțiunea A: Schimbarea propusă răspunde unei bariere observate și poate fi testată. Sunt necesare o definiție clară a prezentării la consult, un interval și urmărirea efectelor nedorite. Datele și experiența pacientului se completează. [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11]

Opțiunea B: O idee plauzibilă nu este încă un rezultat demonstrat. Fără măsurare, echipa nu știe dacă accesul s-a îmbunătățit, dacă apar alte blocaje sau dacă rezultatul ține de o schimbare simultană. [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11]

Opțiunea C: Excluderea ar putea agrava problema de acces. Absența trebuie înțeleasă înainte de interpretarea motivației. Un serviciu bun învață din locurile în care traseul pacientului se întrerupe. [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Care este o intervenție asupra mediului? [1]

A. Doar explicarea efectului alcoolului unui pacient.

B. Modificarea condițiilor de disponibilitate și promovare la nivel comunitar.

C. Doar prescrierea unui medicament.

Răspuns corect: B. Prevenția de mediu acționează asupra condițiilor fizice, sociale, economice și legale. Ea completează intervenția individuală și poate influența populații întregi, cu efecte dependente de context. [1]

Întrebarea 2. Ce descrie mai bine un sistem de tratament? [8]

A. O listă de unități fără relații între ele.

B. Numărul total de paturi.

C. Servicii și persoane coordonate pentru nevoile populației.

Răspuns corect: C. Perspectiva sistemică include legături între servicii, acces, finanțare și continuitate. Resursele separate sunt necesare, dar coordonarea determină dacă pacientul poate trece între etape. [8]

Întrebarea 3. Care este limita numărului de consultații ca indicator? [11]

A. Nu arată singur beneficiul asupra sănătății și funcționării.

B. Nu poate fi niciodată măsurat.

C. Dovedește automat recuperarea.

Răspuns corect: A. Activitatea serviciului și rezultatul pentru pacient sunt concepte diferite. Numărul consultațiilor poate fi util ca proces, dar trebuie completat cu accesul, siguranța, simptomele și funcționarea. [11]

Întrebarea 4. Cum pregătești continuitatea într-o întrerupere majoră? [10]

A. Aștepți evenimentul înainte de orice discuție.

B. Stabilești și exersezi responsabilități și alternative de acces.

C. Presupui că o aplicație rezolvă orice problemă.

Răspuns corect: B. Capitolul despre climă cere planuri exersate și soluții de continuitate. Tehnologia poate ajuta, dar accesul, energia, transportul și vulnerabilitățile individuale trebuie anticipate. [10]

Termeni explicaţi

Prevenție de mediu: schimbarea condițiilor sociale, fizice, economice sau de reglementare care influențează riscul. [1, 2, 4-11]

Indicator de proces: măsură a felului în care este oferită îngrijirea. [1, 2, 4-11]

Echitate: organizarea accesului în funcție de nevoi și bariere, fără dezavantaje nejustificate. [1, 2, 4-11]

Note despre documentare

Principiile despre prevenție, sisteme, echitate și calitate au fost confruntate cu pasajele citate. Perspectiva istorică și internațională provine efectiv din Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives. [3]

Exemplele de proiect sunt didactice; nu raportează date reale ale unui serviciu. [3]

Nu sunt afirmate politici ori reglementări românești actuale. [3]

Cartea internațională este din 2015 și este utilizată pentru concepte și context, nu pentru actualitatea disponibilității serviciilor. [3]

Referinţe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 26, „Environmental Approaches to Prevention: Communities and Contexts” (pp. 153-156).

[2] Hutchinson, D., Teague, S., Champion, K., Essau, C. A., & Newton, N. C. (2020). Alcohol in adolescence. In C. A. Essau & P. H. Delfabbro (Eds.), *Adolescent addiction: Epidemiology, assessment, and treatment* (2nd ed., pp. 45-110). Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818626-8.00003-7

[3] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 31: Prevenția și organizarea serviciilor – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[4] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 5, „Addiction Medicine Physicians and Collaborative Care Clinicians as Change Agents for Prevention and Public Health" (pp. 26-29).

[5] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 7, „The Cigarette Industry's Role in Promoting Tobacco Use Disorder" (pp. 35-40).

[6] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 8, „The Impact of the Alcohol Industry on Alcohol Use Disorder" (pp. 41-46).

[7] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 9, „The Impact of the Cannabis Industry on Cannabis Use Disorder" (pp. 47-53).

[8] Babor, T. F. (2015). Treatment systems for population management of substance use disorders: Requirements and priorities from a public health perspective. In N. el-Guebaly, G. Carrà, & M. Galanter (Eds.), *Textbook of addiction treatment: International perspectives* (pp. 1213-1229). Springer. https://doi.org/10.1007/978-88-470-5322-9_58

[9] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 49, „Reducing Inequities of Care Through Changes in Practice" (pp. 297-302).

[10] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 6, „Climate Change and Addiction Medicine" (pp. 30-34).

[11] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 50, „Quality Improvement for Addiction Treatment" (pp. 303-310).

[12] Kelleher, M., & Mitcheson, L. (2021). Comorbid substance use and mental illness. In E. Day (Ed.), *Seminars in addiction psychiatry* (2nd ed., pp. 163-174). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781911623199

32. Citirea dovezilor și integrarea finală

O afirmație medicală utilă trebuie să poată fi urmărită până la sursa care o susține. Un rezultat promițător nu este automat un tratament potrivit pentru orice pacient. Acest modul oferă o metodă de citire critică: ce s-a studiat, cu cine s-a comparat, ce s-a măsurat și cât de sigură este concluzia. Apoi integrăm întregul curs într-un plan clinic argumentat. Exercițiul final evaluează raționamentul, capacitatea de a recunoaște limitele și felul în care transformi informația în îngrijire. [1, 2]

Sinteză vizuală / Citirea critică a dovezilor



Infografic generat cu GPT Image integrat; schemă didactică, cu repere detaliate în text și bibliografia capitolului. [1, 2, 4-7]

Ce vei putea face după lectură

- Să interpretezi critic un studiu fără a confunda asocierea cu efectul cauzal. [3]
- Să diferențiezi dovada preliminară de utilizarea clinică bine susținută. [3]
- Să prezinți un plan integrat cu siguranță, tratament, urmărire și surse. [3]

1. Începe cu întrebarea, nu cu titlul

Identifică populația, intervenția, comparatorul și rezultatul. Un studiu la adulți cu o singură tulburare nu răspunde automat pentru adolescenți, sarcină sau consum multiplu. Un rezultat privind pofta nu este identic cu unul privind abstinența, supradozajul ori calitatea vieții. Formulează exact ce poate demonstra studiul înainte să decizi dacă răspunde problemei pacientului tău. [1, 2]

Studiile observaționale descriu asocieri în populații reale, dar factorii care influențează alegerea tratamentului pot influența și rezultatul. De exemplu, educația și accesul la îngrijire se leagă de multe alte condiții sociale. Cartea lui Chambers și Masterson avertizează asupra explicațiilor cauzale simplificate ale acestor relații. O asociere este un punct de plecare pentru analiză, nu o explicație suficientă. [1, 2]

2. Randomizarea și comparatorul

Randomizarea distribuie participanții între grupuri printr-un mecanism aleator, pentru a reduce distorsiunile de selecție. Orbirea încearcă să reducă influența cunoașterii tratamentului asupra evaluării. În psihoterapie, orbirea completă a participanților și a terapeuților poate fi imposibilă. Asta nu anulează studiul, dar schimbă sursele posibile de eroare și modul în care trebuie interpretat. [1]

Întreabă cu ce a fost comparată intervenția. Un avantaj față de lipsa îngrijirii nu înseamnă automat un avantaj față de un tratament activ bun. Identifică terapiile oferite simultan. Dacă ambele grupuri primesc psihoterapie, rezultatul poate privi adăugarea medicamentului la acel context. Nu atribui automat întreaga îmbunătățire unei singure componente. [1]

3. Mărimea efectului și relevanța clinică

Semnificația statistică nu spune singură cât de mare este beneficiul. Un efect mic poate deveni semnificativ într-un studiu mare. Un studiu mic poate rata un efect real. Citește mărimea diferenței, precizia estimării și consecințele clinice. Întreabă dacă schimbarea este observabilă și importantă pentru pacient și dacă merită costul, povara și riscurile intervenției. [1]

Exemplu strict didactic: într-un grup ipotetic, 10 din 100 de persoane ating un rezultat, iar în altul 15 din 100. Diferența absolută este de 5 puncte procentuale; creșterea relativă este de 50%. Cele două descriu aceleași numere, dar pot produce impresii foarte diferite. Cifrele nu provin dintr-un studiu. Un indice standardizat precum Cohen d nu se traduce direct într-un procent de ameliorare. [1]

Exemplu ipotetic	Rezultat
Grup comparator	10 din 100
Grup intervenție	15 din 100
Diferență absolută	5 puncte procentuale
Creștere relativă	50% față de 10 din 100

Tabel didactic de sinteză. [1]

4. Cine a rămas în analiză?

Urmărește câți participanți au fost incluși, câți au început tratamentul și câți au fost evaluați la final. Abandonul poate schimba concluzia, mai ales dacă diferă între grupuri. Analiza numai a celor care termină poate selecta persoane mai motivate sau care tolerează mai bine intervenția. Întreabă ce s-a întâmplat cu cei pierduți din urmărire. [1]

Analiza în intenție de tratament urmărește participanții conform alocării inițiale; analiza per-protocol se concentrează pe cei care au urmat protocolul. Nici eticheta unei analize nu rezolvă automat datele lipsă. Planul statistic trebuie să precizeze rezultatul principal și gestionarea acestor date. Rezultatele secundare sau exploratorii pot genera ipoteze, dar nu trebuie promovate ca și cum ar fi fost întrebarea principală inițială. [1]

5. Siguranța și aplicabilitatea

Citește cine a fost exclus. Pacienții cu boli medicale, consum multiplu sau simptome psihice severe pot fi slab reprezentați. Durata scurtă poate rata reacții adverse rare ori consecințe tardive. Lipsa unui eveniment într-un lot mic nu dovedește că riscul este zero. Beneficiul și prejudiciul trebuie evaluate în aceeași populație, pe o perioadă relevantă. [1]

Eficacitatea descrie performanța în condiții controlate. Efectivitatea descrie rezultatele în practica obișnuită. Un tratament care funcționează într-o echipă specializată poate fi greu de aplicat într-un serviciu fără resurse similare. Întreabă despre formare, cost, vizite necesare, aderență și acceptabilitate. Aplicarea unei dovezi cere potrivire cu pacientul și cu serviciul, nu doar memorarea concluziei. [1]

6. Intervenţii complementare şi tratamente în cercetare

Capitolul despre intervenții complementare descrie produse botanice, psihedelice, acupunctură și hipnoză. Dovezile sunt eterogene. Rezultatul la un animal nu demonstrează eficacitate clinică la om. Un studiu mic sau o asociere observațională nu stabilește siguranța pe termen lung. Natural nu înseamnă lipsit de efecte farmacologice. Este necesară caracterizarea produsului, dozei, populației și riscurilor. [4]

Separă intervenția adăugată unui tratament de intervenția care pretinde că îl înlocuiește. De exemplu, ameliorarea unui simptom de sevraj nu demonstrează automat prevenirea revenirii la consum. Capitolul menționează rezultate promițătoare, dar și nevoia unor studii riguroase la om. Aceste informații nu justifică oprirea unui tratament consacrat pentru o promisiune comercială sau reproducerea nesupravegheată a unei proceduri de cercetare. [4]

7. Neuromodularea: aceeaşi etichetă, tehnici diferite

Stimularea magnetică transcraniană folosește inducția electromagnetică pentru a influența activitatea cerebrală. Stimularea electrică transcraniană cu curent continuu folosește curenți de amplitudine mică. Stimularea cerebrală profundă implică electrozi implantați chirurgical. Ele diferă prin mecanism, invazivitate, țintă și nivelul dovezilor. Nu pot fi discutate ca o singură terapie cu efect uniform asupra tuturor adicțiilor. [5]

Sursele explorează circuitele implicate în poftă, control și răspuns la indicii. Un efect asupra poftei poate fi important, dar nu descrie întreg ciclul adicției. Contează substanța, protocolul, comparatorul și durata urmăririi. Statutul unei tehnici pentru o indicație nu se extinde automat la altele. În acest curs, prezentăm principiile și limitele descrise în carte, fără a afirma autorizări locale actuale. [5]

8. Integrarea finală: un plan care poate fi urmărit

Prezintă cazul în patru părți. Mai întâi, diagnosticul de lucru și cronologia, cu ceea ce încă nu știi. Apoi siguranța imediată: intoxicație, sevraj, suicid și complicații medicale. Urmează obiectivele comune și tratamentul justificat, inclusiv comorbidități și intervenții psihosociale. Încheie cu urmărirea, prevenirea consecințelor și planul pentru o revenire la consum. [1, 6, 7]

Pentru fiecare alegere importantă, indică sursa și limita. Separă afirmația din carte de interpretarea ta pentru caz. Când două pasaje diferă, nu ascunde diferența; formulează prudent sau semnalează problema care cere clarificare. Exercițiul este reușit dacă un alt clinician poate înțelege ce propui, de ce, ce vei urmări și ce te-ar face să schimbi planul. [1, 6, 7]

Domeniu	Ce trebuie justificat
Diagnostic	Cronologie, severitate și alternative
Siguranță	Riscuri și nivelul de îngrijire
Tratament	Obiective, beneficii, riscuri și preferințe
Urmărire	Indicatori, responsabil și criterii de ajustare

Tabel didactic de sinteză. [1, 6, 7]

De la afirmație la decizie

- Întrebarea exactă
- Dovada și limitele
- Potrivirea cu pacientul
- Plan și reevaluare [1, 2, 4-7]

Traseu de raționament. Forța unei afirmații nu depinde de aspectul atractiv al prezentării. [1, 2, 4-7]

Repere clinice şi completări ale ediţiei

PICO precizează populația, intervenția, comparatorul și rezultatul. Analiza în intenție de tratament (ITT) sprijină păstrarea avantajelor randomizării, dar nu rezolvă automat datele lipsă; evaluăm estimandul, atriția și analizele de sensibilitate. Analiza per-protocol poate introduce selecție, fără a supraestima inevitabil orice rezultat. NNT și NNH necesită risc absolut, comparator și interval temporal. Semnificația statistică nu înlocuiește mărimea efectului, incertitudinea și rezultatele importante pentru pacient: mortalitate, supradozaj, funcționare și calitatea vieții. [1, 2, 4-7]

Idei de reținut

• Asocierea nu demonstrează singură cauzalitatea.

• Comparatorul și tratamentele concomitente schimbă interpretarea.

• Semnificația statistică nu este mărimea beneficiului.

• Abandonul și datele lipsă pot distorsiona rezultatul.

• Dovezile preliminare nu sunt echivalente cu utilizarea consacrată.

• Un plan bun explică și când trebuie schimbat. [1, 2, 4-7]

Caz clinic fictiv: aplică raționamentul

Primești un material promoțional despre o procedură nouă care promite reducerea rapidă a poftei pentru orice substanță. Sunt prezentate rezultatele persoanelor care au terminat toate ședințele, fără detalii despre cei care au abandonat. Nu este clar dacă există comparator. În cabinet ai un pacient de 40 de ani cu tulburare de consum de opioide, durere cronică și locuire instabilă. A avut recent un supradozaj și vrea să înlocuiască tratamentul cu procedura promovată. Spune că ar prefera mai puține consultații. Înainte de o recomandare, trebuie să clarifici atât dovezile procedurii, cât și riscurile și preferințele pacientului. Dorește o explicație clară, fără promisiuni nerealiste. [3]

Care abordare integrează cel mai bine cursul? [1, 2, 4-7]

A. Recomanzi înlocuirea imediată, deoarece scăderea poftei dovedește protecția față de supradozaj.

B. Respingi orice discuție despre preferința pacientului.

C. Evaluezi dovezile și limitele, menții un plan pentru tulburarea de consum de opioide și prevenirea supradozajului și rezolvi barierele care fac tratamentul greu de urmat.

Răspuns și comentarii

Răspuns corect: C. [1, 2, 4-7]

Opțiunea A: Pofta este doar un rezultat posibil. Fără comparator, informație despre abandon și rezultate clinice relevante, promisiunea nu susține înlocuirea tratamentului. Riscul recent de supradozaj impune un plan concret de siguranță. [1, 2, 4, 5, 6, 7]

Opțiunea B: Preferința poate semnala o problemă reală de acces sau povară a tratamentului. Explorarea ei ajută la adaptare. Respectarea pacientului este compatibilă cu explicarea faptului că dovezile prezentate nu justifică promisiunea. [1, 2, 4, 5, 6, 7]

Opțiunea C: Abordarea separă evaluarea dovezii de îngrijirea urgent necesară. Continuarea tratamentului, prevenirea consecințelor, managementul durerii și accesul practic se coordonează. O opțiune nouă poate fi discutată în limitele reale ale dovezilor, fără promisiuni universale. [1, 2, 4, 5, 6, 7]

Întrebări de autoevaluare

Întrebarea 1. Ce demonstrează singură o asociere observațională? [2]

A. Că două variabile apar împreună în date, fără a stabili automat cauza.

B. Cauzalitatea în fiecare pacient.

C. Eficacitatea unui tratament randomizat.

Răspuns corect: A. Asocierea poate reflecta mai multe mecanisme și factori comuni. Interpretarea trebuie să țină cont de selecție, context și explicații alternative. Cartea oferă exemple de relații sociale care nu permit concluzii cauzale simple. [2]

Întrebarea 2. În exemplul ipotetic 10/100 față de 15/100, diferența absolută este: [1]

A. 50 de puncte procentuale.

B. 5 puncte procentuale.

C. Un efect de 0,5 Cohen d.

Răspuns corect: B. Diferența este 15% minus 10%, adică 5 puncte procentuale. Creșterea relativă este 5 raportat la 10, adică 50%. Nu există suficiente informații pentru a calcula un indice standardizat precum Cohen d. [1]

Întrebarea 3. Ce întrebare este crucială când sunt prezentate doar persoanele care au terminat tratamentul? [1]

A. De ce nu a fost folosit un titlu mai atractiv?

B. Cât costă materialul promoțional?

C. Câți au abandonat, de ce și cum au fost tratați în analiză?

Răspuns corect: C. Abandonul poate selecta persoanele care răspund sau tolerează mai bine intervenția. Planul statistic și datele lipsă sunt necesare pentru a interpreta corect diferența dintre grupuri. [1]

Întrebarea 4. Scăderea poftei într-un studiu mic de neuromodulare înseamnă automat prevenirea supradozajului? [1, 5]

A. Da, rezultatele sunt echivalente.

B. Nu; sunt rezultate diferite și sunt necesare dovezi specifice.

C. Da, dacă tehnica este neinvazivă.

Răspuns corect: B. Pofta poate fi un rezultat intermediar. Siguranța, consumul și consecințele trebuie măsurate separat. Invazivitatea redusă nu dovedește eficacitate pentru orice rezultat sau pentru toate substanțele. [1, 5]

Termeni explicați

Comparator: intervenția sau condiția cu care este comparat tratamentul studiat. [1, 2, 4-7]

Eficacitate: performanța unei intervenții în condiții controlate de studiu. [1, 2, 4-7]

Efectivitate: performanța unei intervenții în practica obișnuită. [1, 2, 4-7]

Distorsiune sistematică: eroare produsă de modul de proiectare, desfășurare sau analiză, care poate deplasa concluzia. [1, 2, 4-7]

Note despre documentare

Conceptele de studiu clinic au fost confruntate cu cap. 4; asocierea cu pasajul din Introduction to Addiction Psychiatry; terapiile emergente cu cap. 67–68. Exemplul numeric este creat pentru predare. [3]

Nu este o actualizare a autorizărilor ori a studiilor apărute după cărți. [3]

Rezultatele preliminare despre intervenții complementare nu sunt prezentate ca recomandări universale. [3]

Erorile sau formulările prea ferme identificate în surse nu au fost reproduse. [3]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 4, „Clinical Trials in Substance-Using Populations” (pp. 20-25).

[2] Chambers, R. A., & Masterson, K. G. (2025). *Introduction to addiction psychiatry*. Cambridge University Press. Capitolul 1, „Population Impact: Epidemiology” (pp. 1-35). https://doi.org/10.1017/9781009501439

[3] Psihiatrie.org. (2026). Modulul 32: Citirea dovezilor și integrarea finală – obiective, caz fictiv, exerciții originale și note de documentare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

[4] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 67, „Complementary and Integrative Interventions for Substance Use Disorders” (pp. 407-411).

[5] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 68, „Neuromodulation for Substance Use Disorders” (pp. 412-416).

[6] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 83, „Medical Management Techniques and Collaborative Care: Integrating Behavioral With Pharmacological Interventions” (pp. 491-497).

[7] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 58, „Management of Opioid Intoxication and Withdrawal” (pp. 355-360).

7 Cărări / Construirea unei vieți care susține recuperarea

Conceptul original 7 Cărări: dr. Ovidiu Balaban-Popa. Atribuirea privește conceptul, nu autoratul întregului curs sau o aprobare medicală a textului.

Model conceptual pentru organizarea îngrijirii; eficacitatea sa ca program distinct nu este demonstrată de sursele furnizate.

1. Îngrijire medicală și siguranță
2. O cărare principală aleasă împreună
3. Pași mici, sprijin și reevaluare

7 Cărări / Cum se citește această versiune

Documentul dezvoltă partea clinică. Procedurile de siguranță, responsabilitățile și documentarea se adaptează serviciului pe baza manualului v0.2. Workbookul separat este acum un caiet pentru pacient, cu 23 de zile de exerciții, explicații simple și teme zilnice. Nu înlocuiește protocoalele serviciului. [1]

Pentru prima lectură: parcurge capitolele despre identitate, mecanisme și alegere. Apoi citește cele șapte cărări. Exemplele arată cum se combină în practică. Fișele de la final pot fi tipărite separat. [1]

Pentru o consultație: folosește formularea scurtă, harta celor patru întrebări și planul de șapte zile. Nu este necesar să parcurgi toate exercițiile cu fiecare pacient. [1]

Pentru o echipă: începe cu responsabilitățile, programul demonstrativ și indicatorii. Stabilește cine oferă fiecare intervenție și cine urmărește rezultatul. [1]

Ce păstrăm și ce dezvoltăm

Element	Baza din v0.2	Dezvoltarea propusă
Cele șapte cărări	Domenii ale recuperării	O funcție clinică explicită pentru fiecare
Alegerea	Nevoie, interes, resurse, fezabilitate	Regulă de negociere și criterii de schimbare
Planul	7 / 30 / 90 de zile	Pași observabili, alternativă și responsabil
Siguranța	Poartă clinică și reevaluare	Integrată permanent, indiferent de cărarea aleasă
Progresul	Mai multe domenii de rezultat	Separarea participării de schimbarea clinică
Implementarea	Echipă și continuitate	Exemplu de 12 întâlniri și test de fezabilitate

Sinteză a modelului. [1]

Citările numerice sunt adăugate la finalul paragrafelor. Bibliografia completă APA se află la finalul fiecărui capitol. Exercițiile, formularele și calendarul sunt propuneri originale, fără statut de instrumente validate. [1]

Referințe

[1] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 1, „Poziționare și scop clinic”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

7 Cărări / 1. Identitatea modelului

7 Cărări este un cadru de organizare a recuperării, ales împreună cu pacientul. El transformă evaluarea clinică într-un plan care poate fi înțeles, încercat și revizuit. [1]

Cele șapte cărări nu sunt șapte tipuri de oameni. Nu sunt șapte etape obligatorii. Nu trebuie parcurse într-o anumită ordine și nu au aceeași importanță în fiecare moment. O persoană poate începe prin corp și ritm, apoi poate avea nevoie mai ales de comunitate sau de reconstrucție. [1]

Metafora are valoare dacă ajută la orientare. Nu trebuie să devină o etichetă: „tu ești pacientul de pe cărarea spirituală”. Vorbim despre prioritatea de acum, nu despre identitatea definitivă a persoanei. [1]

Definiția clinică propusă

Un cadru personalizat de management al recuperării, în care evaluarea multidimensională și decizia clinică sunt traduse într-o cărare principală de implicare, până la două cărări de sprijin și un plan revizuibil. Îngrijirea medicală necesară, siguranța și continuitatea se aplică întregului plan. [1]

Prima populație pentru dezvoltare rămâne cea din v0.2: adulți cu tulburare de consum de alcool, stabilizați după sevraj sau considerați potriviți pentru îngrijire ambulatorie sigură. Eligibilitatea se stabilește clinic. Nu presupunem că aceeași versiune este potrivită automat pentru minori, sarcină, consum de opioide sau afectare cognitivă importantă. [1]

Ce promite legitim modelul

• O explicație mai ușor de înțeles a planului de recuperare. [1]

• O legătură explicită între probleme, resurse și intervenții. [1]

• Un mod comun de lucru pentru pacient și echipă. [1]

• O structură prin care se poate studia dacă programul este acceptabil, realizabil și util. [1]

Acestea sunt scopuri de proiectare. Nu reprezintă rezultate deja demonstrate. Recuperarea poate include reducerea riscurilor, schimbarea consumului, sănătate mai bună, funcționare și o viață cu sens. Obiectivele concrete se negociază în limitele siguranței clinice. [1], [2]

Referințe

[1] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 1, „Poziționare și scop clinic”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

[2] Day, E. (2021). Illicit drug use: Clinical features and treatment. In E. Day (Ed.), *Seminars in addiction psychiatry* (2nd ed., pp. 42-67). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781911623199

7 Cărări / 2. De ce ar putea funcționa

În adicții, ceea ce persoana știe și ceea ce reușește să facă pot fi foarte diferite. Învățarea, anticiparea recompensei, răspunsul la indicii, stresul și controlul comportamentului pot contribui la repetarea consumului. Nu există un singur mecanism care să explice fiecare pacient. [1]

Întărire înseamnă că o consecință face un comportament mai probabil. Consumul poate fi repetat pentru o recompensă așteptată sau pentru reducerea unei stări neplăcute. „Negativă”, în expresia „întărire negativă”, înseamnă îndepărtarea disconfortului, nu pedeapsă. [1], [2]

Aceasta nu înseamnă că adicția este doar o încercare de a trata o traumă, o depresie sau sevrajul. Tratarea sevrajului nu epuizează tratamentul adicției. Nici ameliorarea tulburării psihice asociate nu garantează dispariția consumului problematic. Funcția imediată a consumului și explicația completă a tulburării sunt lucruri diferite. [3]

Ipoteza de lucru pentru 7 Cărări

Programul ar putea ajuta dacă face mai accesibile acțiunile utile, crește sprijinul disponibil și creează alternative reale la consum, în timp ce tratamentul indicat continuă. Această combinație se testează; nu se presupune eficientă doar pentru că explicația pare coerentă. [4]

Proces urmărit	Traducere simplă	Cărări care pot contribui
Stabilizare	Pot participa în condiții mai sigure	Medicală; corp și ritm
Motivație	Găsesc propriile motive pentru schimbare	Înțelegere; spirituală; toate
Învățare de abilități	Exersez ce fac într-un moment dificil	Înțelegere; comunitate
Recompense alternative	Viața oferă și alte lucruri valoroase	Creație; comunitate; corp
Resurse și acces	Am condițiile pentru a pune planul în practică	Reconstrucție; medicală
Direcție personală	Știu pentru ce depun efortul	Spirituală; creație

Sinteză a modelului. [4]

Aceste legături sunt o formulare teoretică a modelului. Nu sunt o hartă a unor circuite cerebrale separate și nu stabilesc un „profil neurobiologic” al pacientului. [4]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 1, „Substance Use Disorders: The Neurobiology of Motivation Gone Awry” (pp. 2-7).

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 73, „Contingency Management and the Community Reinforcement Approach” (pp. 438-443).

[3] Chambers, R. A., & Masterson, K. G. (2025). *Introduction to addiction psychiatry*. Cambridge University Press. Capitolul 2, „Specific Symptom Sets: Clinical Phenomenology” (pp. 36-78). https://doi.org/10.1017/9781009501439

[4] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 1, „Poziționare și scop clinic”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

7 Cărări / 3. O arhitectură în trei straturi

Strat	Conținut
1. Siguranță și stabilizare biologică	Cărarea medicală; Corpul și ritmul
2. Reglare psihologică și relațională	Înțelegerea de sine; Comunitatea
3. Sens și reconstrucție identitară	Cărarea spirituală; Creația și rostul; Reconstrucția

Sinteză a modelului. [1]

Îngrijirea care nu poate fi omisă

Evaluăm intoxicația, sevrajul, riscurile medicale și psihiatrice, mediul nesigur și nivelul potrivit de îngrijire. Tratamentul necesar nu depinde de câștigarea unui punctaj, de participarea la grup sau de alegerea cărării medicale ca prioritate personală. [1-3]

Cărarea prin care persoana se implică

Întrebarea este: „Prin ce schimbare realistă ai fi dispus să începem?” Cărarea principală poate fi somnul, reluarea unei activități sau repararea unei probleme practice. Ea organizează implicarea; nu înlocuiește formularea clinică. [1]

Sprijinul și revizuirea

Adăugăm cel mult două cărări de sprijin, pentru a nu încărca planul. Stabilim cine ajută, când ne revedem și ce ar necesita schimbarea planului mai devreme. Limita de două cărări de sprijin este o regulă de organizare preluată din v0.2, nu un prag validat. [1]

Exemplu: pacientul alege creația și rostul deoarece dorește să reia tâmplăria. În paralel continuă evaluarea și tratamentul pentru alcool. Reconstrucția rezolvă transportul spre consultații. Comunitatea oferă un partener de activitate. Dacă apar semne de sevraj sau alt risc acut, decizia clinică are prioritate asupra activității planificate. [1]



Infografic conceptual generat cu GPT Image; nu este un program validat.

Cele trei straturi se suprapun: 1. Siguranță și stabilizare biologică – Cărarea medicală, Corpul și ritmul; 2. Reglare psihologică și relațională – Înțelegerea de sine, Comunitatea; 3. Sens și reconstrucție identitară – Cărarea spirituală, Creația și rostul, Reconstrucția. Este o organizare conceptuală, nu o succesiune obligatorie. [4]

Referințe

[1] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 2, „Principii și guvernanță clinică”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 33, „Assessment” (pp. 203-212).

[3] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 47, „The ASAM Criteria and Matching Patients to Treatment” (pp. 287-291).

[4] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 7, „Planul terapeutic și monitorizarea”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

7 Cărări / 4. De la evaluare la formulare

Evaluarea identifică problemele. **Formularea explică legătura dintre ele și arată unde putem interveni.** Ea rămâne o ipoteză revizuibilă, nu o poveste definitivă despre pacient. [1]

Păstrăm evaluarea multidimensională din v0.2. Adăugăm o formulare scurtă, pe care pacientul o poate corecta: [1]

1. **Ce se întâmplă?** Tiparul de consum, consecințele și riscurile actuale. [1]

2. **Când devine mai probabil?** Situații, persoane, locuri, stări și acces la substanță. [1]

3. **Ce așteaptă persoana de la consum?** Plăcere, reducerea tensiunii, apartenență sau alt efect perceput. Verificăm și ce se întâmplă în realitate. [1]

4. **Ce menține problema?** Indicii, obiceiuri, simptome, lipsa alternativelor, bariere sociale sau dificultăți de acces la tratament. [1]

5. **Ce protejează?** Relații, abilități, perioade anterioare de schimbare, servicii, activități și valori. [1]

6. **Ce putem modifica acum?** Un punct de intervenție acceptabil și realizabil. [1]

Exemplu de formulare comună

„După schimbul de seară, rămâi singur și treci pe lângă magazin. Te aștepți ca alcoolul să reducă tensiunea. Uneori bei mai mult decât ai intenționat. Dimineața întârzii și apar conflicte. Ai reușit să reduci consumul când aveai o activitate și pe cineva cu care să vorbești. Pentru săptămâna aceasta lucrăm la intervalul de după serviciu, alături de planul medical.” [1]

Această formulare nu afirmă că singurătatea este cauza unică a tulburării. Identifică o situație în care schimbarea este posibilă. Analiza situațiilor de risc și a secvenței care precedă consumul este descrisă în prevenirea recăderii și CBT. [2], [3]

Întrebarea de control: „Ce am înțeles greșit sau ce lipsește?” Fără această întrebare, o hartă frumoasă poate rămâne doar interpretarea echipei. [1]

Referințe

[1] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 4, „Evaluarea inițială”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 80, „Relapse Prevention: Clinical Models and Intervention Strategies” (pp. 475-479).

[3] Chambers, R. A., & Masterson, K. G. (2025). *Introduction to addiction psychiatry*. Cambridge University Press. Capitolul 5, „Diagnosis and Treatment: Disease Tracking, Reduction, and Remission” (pp. 170-247). https://doi.org/10.1017/9781009501439

7 Cărări / 5. Cum alegem cărarea principală

Folosim patru întrebări distincte. Nu adunăm răspunsurile într-un scor. Harta este un ajutor pentru conversație, nu un test psihometric. [1]

Întrebare	Ce vrem să aflăm	O formulare posibilă
Nevoie	Ce doare sau blochează recuperarea?	„Ce problemă îți face viața mai grea acum?”
Interes	Unde există disponibilitate?	„La ce ai vrea să lucrăm întâi?”
Resurse	Pe ce ne putem sprijini?	„Ce sau cine te-ar putea ajuta?”
Fezabilitate	Ce poate fi făcut în siguranță?	„Ce pas încape în următoarele șapte zile?”

Sinteză a modelului. [1]

Regula de decizie propusă

Mai întâi rezolvăm ce nu poate aștepta. Apoi căutăm o intersecție între ce contează pentru pacient și ce este relevant clinic. Verificăm resursele înainte de a cere angajamentul. Alegem un pas mic și o dată de revizuire. [1]

Dacă interesul este mare, dar pasul este imposibil, micșorăm pasul sau aducem o resursă. Dacă nevoia este mare, dar interesul este mic, explorăm ambivalența și oferim informații. Nu transformăm dezacordul în „lipsă de motivație”. Interviul motivațional oferă un stil colaborativ pentru aceste discuții, cu rezultate care variază între contexte. [2]

Când schimbăm cărarea? Când obiectivul a fost atins; când a apărut o nevoie mai urgentă; când pacientul și-a schimbat prioritatea; când intervenția nu ajută; când există o barieră pe care altă cărare o poate aborda. O singură săptămână dificilă nu cere automat schimbarea întregului plan. [1]

Dacă pacientul nu alege: rămânem în etapa de orientare. Oferim două variante concrete, explicăm de ce le propunem și permitem o alegere provizorie. În situațiile acute aplicăm evaluarea și procedurile clinice corespunzătoare, nu forțăm o alegere simbolică. [1]

Cărarea medicală rămâne gardianul siguranței, indiferent de cărarea principală. Alegerea comună a unei porți motivaționale de intrare nu amână evaluarea sevrajului complicat, a supradozajului sau a riscului vital. [3]

Referințe

[1] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 5, „Formularea clinică și alegerea cărărilor”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 70, „Motivational Interviewing” (pp. 424-427).

[3] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 7, „Planul terapeutic și monitorizarea”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

7 Cărări / 6. Cele șapte cărări, pe o singură hartă

Cărare originală	Întrebarea pacientului	Produsul practic urmărit
1. Medicală	„Cum îmi îngrijesc sănătatea și reduc riscurile?”	Plan clinic înțeles și accesibil
2. Înțelegerea de sine	„Ce se întâmplă cu mine și ce pot face diferit?”	O abilitate exersată într-o situație reală
3. Comunitatea	„Pe cine mă pot sprijini?”	O legătură de sprijin care funcționează
4. Spirituală	„Ce contează pentru mine și pentru ce continui?”	O valoare tradusă într-o acțiune
5. Corpul și ritmul	„Cum fac o zi obișnuită mai ușor de dus?”	O rutină minimă sustenabilă
6. Creația și rostul	„Ce pot construi și cine pot fi?”	O activitate aleasă, reluată sau încercată
7. Reconstrucția	„Ce trebuie reparat ca schimbarea să fie posibilă?”	Un obstacol practic abordat cu sprijin

Sinteză a modelului. [1]

Domeniile se întâlnesc, dar au centre diferite

O plimbare cu un prieten poate aparține corpului și ritmului, comunității sau creației și rostului. O încadrăm după scopul urmărit: rutină, relație sau activitate valoroasă. Nu numărăm aceeași acțiune de trei ori pentru a crea impresia unui progres mai mare. [1]

Discuția cu soția poate fi sprijin comunitar dacă scopul este să existe cineva de contactat. Poate ține de reconstrucție dacă scopul este negocierea responsabilităților și repararea unui conflict. Terapia de cuplu rămâne o intervenție distinctă, oferită de un profesionist competent. [1]

Siguranța este transversală. Nu înseamnă o a opta cărare și nu aparține exclusiv primei. O comunitate poate fi nesigură. O activitate poate expune la consum. O discuție spirituală poate accentua rușinea. O reconciliere poate pune persoana în pericol. Aceste situații cer reevaluare. [1]

Următoarele pagini propun intervenții adaptabile. Numele, exercițiile și succesiunea lor nu sunt protocoale terapeutice validate. Baza clinică este indicată separat pentru fiecare cărare. [1]

Referințe

[1] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 6, „Procedura celor șapte cărări”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

7 Cărări / 7. Cărarea medicală

Sănătate, tratament și participare

Mesaj pentru pacient: „Nu trebuie să rezolvi totul prin voință. Sănătatea și tratamentul fac parte din recuperare.” [1]

Rolul acestei cărări este să facă îngrijirea inteligibilă și realizabilă. Ea include evaluarea, tratamentul tulburării de consum, îngrijirea comorbidităților, urmărirea tolerabilității și continuitatea. Tratarea sevrajului este un pas posibil, nu întregul parcurs. [2-4]

Când o prioritizăm în discuție

Pacientul este confuz în privința tratamentului. A abandonat din cauza reacțiilor adverse, costului sau neînțelegerii. Are simptome care afectează participarea. Nu există un medic responsabil ori consultațiile se pierd la trecerea dintre servicii. Semnele acute cer evaluare imediată conform protocolului, înaintea exercițiilor modelului. [1]

Ce face clinicianul

• Clarifică diagnosticul, riscul și nivelul de îngrijire. Reevaluează când starea se schimbă. [1]

• Explică opțiunile, beneficiile, limitele și monitorizarea. Decizia medicamentoasă rămâne individualizată. [1]

• Întreabă concret despre administrare, acces și reacții adverse. O doză omisă nu explică singură motivul omisiunii. [1]

• Verifică dacă pacientul poate reda planul în propriile cuvinte și știe pe cine contactează. [1]

• Leagă îngrijirea adicției de cea pentru problemele psihice și somatice asociate. [1]

Ce poate face pacientul

Își notează două întrebări pentru consultație. Aduce lista tratamentelor folosite. Spune ce îl împiedică să urmeze planul. Confirmă următoarea programare și mijlocul prin care ajunge la ea. [1]

Experiment de șapte zile: „Până joi, clarific cu clinicianul un aspect al tratamentului pe care nu îl înțeleg. Notez răspunsul pe cardul meu.” Dacă nu poate ajunge la consultație, echipa stabilește o alternativă potrivită serviciului. [1]

Urmărim: înțelegerea planului, accesul efectiv, simptomele relevante, reacțiile adverse, evenimentele acute și continuitatea. Prezența la consultație este un indicator de proces; ameliorarea și siguranța sunt rezultate diferite. [1]

Limită: această cărare nu este un protocol de management al sevrajului la domiciliu și nu oferă scheme automate de medicație. [1]

Referințe

[1] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 6, „Procedura celor șapte cărări”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 33, „Assessment” (pp. 203-212).

[3] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 60, „Pharmacological Interventions for Alcohol Use Disorder” (pp. 369-374).

[4] Chambers, R. A., & Masterson, K. G. (2025). *Introduction to addiction psychiatry*. Cambridge University Press. Capitolul 2, „Specific Symptom Sets: Clinical Phenomenology” (pp. 36-78). https://doi.org/10.1017/9781009501439

7 Cărări / 8. Cărarea înțelegerii de sine

Din explicație în abilitate

Mesaj pentru pacient: „Putem observa ce te împinge spre consum și putem exersa ce faci în acel moment.” [1]

Ținta nu este o explicație perfectă a trecutului. Ținta este să recunoaștem secvențe importante și să construim răspunsuri utile. Interviul motivațional, CBT și prevenirea recăderii oferă intervenții relevante. Ele cer pregătire și adaptare; o fișă nu înlocuiește competența terapeutică. [2-4]

Exercițiul propus: „Încetinește secvența”

Alegem un episod recent și îl descriem fără judecată: ce s-a întâmplat înainte, ce a observat persoana în corp, ce și-a spus, ce a făcut, ce a obținut imediat și ce a urmat. Căutăm un singur punct în care ar putea răspunde diferit. [1]

Situație	Răspuns	Consecințe
Context, stare și indicii	Ce gândesc și ce fac	Ce se întâmplă imediat și mai târziu

Sinteză a modelului. [1]

Punct de intervenție ales împreună: schimb contextul, exersez un răspuns sau cer sprijin. [1]

Întrebări utile: „Când ai observat prima dată impulsul?”; „Ce sperai să se schimbe?”; „Ce ai încercat deja?”; „Unde am putea introduce o pauză sau un ajutor?” [1]

Din ședință în viața de zi cu zi

Exersăm alegerea unei alternative: ieșirea dintr-o situație, contactarea unui sprijin, o activitate pregătită, amânarea unei decizii sau o formulare mai realistă a gândului. Alegerea depinde de situație. Nu îi cerem pacientului să se expună deliberat la contexte periculoase pentru a-și „testa voința”. [1]

Experiment de șapte zile: în două situații potrivite, pacientul folosește strategia aleasă și notează ce s-a întâmplat. Dacă nu reușește, revizuim momentul, dificultatea și resursele. Nu interpretăm nereușita drept lipsă de sinceritate. [1]

Urmărim: recunoașterea mai timpurie a situației, încercarea strategiei, ajutorul cerut, efectul asupra comportamentului și consumului. Cravingul poate exista chiar când persoana a răspuns mai bine. [1]

Limite: înțelegerea de sine nu presupune dezvăluirea obligatorie a traumelor. Explorarea și tratamentul traumei au indicații, pregătire și condiții proprii. Evaluarea trebuie să evite presiunea pentru relatări invazive. [5]

Referințe

[1] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 6, „Procedura celor șapte cărări”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 70, „Motivational Interviewing” (pp. 424-427).

[3] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 80, „Relapse Prevention: Clinical Models and Intervention Strategies” (pp. 475-479).

[4] Chambers, R. A., & Masterson, K. G. (2025). *Introduction to addiction psychiatry*. Cambridge University Press. Capitolul 5, „Diagnosis and Treatment: Disease Tracking, Reduction, and Remission” (pp. 170-247). https://doi.org/10.1017/9781009501439

[5] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 33, „Assessment” (pp. 203-212).

7 Cărări / 9. Comunitatea

De la „am oameni” la „pot cere ajutor”

Mesaj pentru pacient: „Nu este suficient să cunoști oameni. Contează cine te poate sprijini în schimbarea pe care o vrei.” [1]

Calitatea sprijinului și felul în care rețeaua răspunde la consum sunt importante. O relație apropiată poate susține persoana și, în același timp, poate facilita consumul. De aceea nu măsurăm comunitatea doar prin numărul contactelor. [2]

Exercițiul propus: „Trei roluri de sprijin”

Identificăm, dacă există: o persoană cu care pot vorbi; o persoană care mă poate ajuta practic; un serviciu sau grup la care pot reveni. Aceeași persoană poate ocupa două roluri. Nu cerem obligatoriu trei contacte și nu penalizăm lipsa unei rețele. [1]

Pentru fiecare legătură întrebăm: ce ajutor este realist; când poate fi oferit; ce nu poate oferi acea persoană; dacă respectă planul medical; dacă relația este sigură. Verificăm acordul înainte de a implica pe cineva în îngrijire. [1]

Opțiuni

Grupuri clinice, sprijin între persoane cu experiență de recuperare, activități comunitare și grupuri de ajutor reciproc. AA și alte grupuri în 12 pași sunt opțiuni pentru unele persoane. Există și opțiuni seculare, precum SMART Recovery. Preferința, disponibilitatea și potrivirea contează. Nu atribuim tuturor grupurilor aceeași bază de dovezi. [3], [4]

Experiment de șapte zile: o cerere precisă de sprijin: „Putem să vorbim miercuri, înainte de intervalul în care îmi este greu?” Dacă răspunsul este negativ, pregătim o altă persoană sau un contact cu serviciul, în programul său real. [1]

Ce face echipa: facilitează primul contact când pacientul dorește; verifică dacă legătura a avut loc; discută experiența. O recomandare pe hârtie nu este același lucru cu accesul efectiv. [1]

Urmărim: sprijin folosit, siguranța și utilitatea relației, apartenența și posibilitatea de a cere ajutor. Participarea la o întâlnire nu dovedește singură ameliorarea. [1]

Limite: grupul nu prescrie tratament. Un mentor nu înlocuiește clinicianul. Presiunile de a opri medicația, umilirea sau încălcarea limitelor cer discuție și reevaluarea potrivirii. [1]

Referințe

[1] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 10, „Grupuri, familie și peer support”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

[2] Copello, A., & Day, E. (2021). Addiction problems in a family and social context. In E. Day (Ed.), *Seminars in addiction psychiatry* (2nd ed., pp. 252-265). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781911623199

[3] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 84, „Twelve-Step and Other Programs in Addiction Recovery” (pp. 499-503).

[4] Kelly, J. F., Abry, A., & Bergman, B. G. (2021). Addiction recovery mutual-aid organisations. In E. Day (Ed.), *Seminars in addiction psychiatry* (2nd ed., pp. 266-279). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781911623199

7 Cărări / 10. Cărarea spirituală

Valori, sens și credință, dacă persoana dorește

Mesaj pentru pacient: „Ce fel de viață merită efortul tău? Putem lucra la asta în limbajul care ți se potrivește.” [1]

Păstrăm numele original, dar explicăm sfera lui. Pentru un pacient, spiritualitatea înseamnă credință și rugăciune. Pentru altul, relația cu natura, umanismul, grija față de alții sau sentimentul unei direcții. Literatura descrie spiritualitatea ca domeniu de sens și scop, care nu se reduce la religie. Rolul ei diferă între persoane. [2]

Trei întrebări de început

• „Ce te ajută să simți că viața ta are sens?” [1]

• „Există o practică sau o comunitate spirituală care te sprijină?” [1]

• „Există credințe, experiențe sau presiuni care îți fac drumul mai greu?” [1]

Acceptăm și răspunsul: „Nu vreau să lucrez în acest domeniu.” Pacientul nu trebuie să declare o credință pentru a participa la program. [1]

Exercițiul propus: „O valoare, un gest”

Pacientul alege o valoare în cuvinte proprii: grijă, onestitate, curiozitate, demnitate, responsabilitate sau altceva. Apoi o transformă într-o acțiune mică. „Familia contează” poate deveni „sunt prezent la o activitate convenită cu copilul”, dacă relația și contextul permit. Nu promitem că un gest repară o relație. [1]

La cerere, poate fi implicat un consilier spiritual potrivit, cu limite clare. Practicile spirituale trebuie să fie compatibile cu tratamentul și cu siguranța. Nu afirmăm că rugăciunea ori credința sunt necesare pentru abstinență și nu interpretăm revenirea la consum ca eșec moral. [1]

Experiment de șapte zile: un gest ales de pacient, legat de o valoare, urmat de o discuție despre ce a însemnat. O alternativă laică are aceeași legitimitate în model. [1]

Urmărim: dacă activitatea este voluntară, relevantă și suportabilă; dacă oferă direcție sau accentuează rușinea și presiunea. Putem nota evaluarea subiectivă a sensului, fără a o transforma într-un test al „nivelului spiritual”. [1]

Limite: respectăm credințele fără a confirma conținuturi delirante. Simptomele psihotice, mania și riscul acut se evaluează clinic. Iertarea, mărturisirea și reconcilierea nu sunt sarcini obligatorii. [1]

Referințe

[1] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 6, „Procedura celor șapte cărări”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 86, „Spirituality in the Recovery Process” (pp. 511-514).

7 Cărări / 11. Corpul și ritmul

O zi obișnuită care poate fi susținută

Mesaj pentru pacient: „Nu începem cu o viață perfect organizată. Începem cu câteva repere care fac ziua mai ușor de dus.” [1]

Această cărare privește somnul, alimentația, mișcarea adaptată, îngrijirea de sine și ritmul zilnic. Nu este o metodă de „detoxifiere naturală”. Somnul și consumul se influențează în moduri complexe. Intoxicația, sevrajul și tulburările de somn preexistente trebuie diferențiate. [2]

Exercițiul propus: „Ziua minimă”

Identificăm ce este realist chiar într-o zi dificilă. Alegem două sau trei repere: o masă accesibilă, un moment de îngrijire, o activitate ușoară ori o rutină de seară. Nu prescriem același orar tuturor. Munca în ture, durerea, dizabilitatea, copiii și locuirea schimbă ce este posibil. [1]

Pentru somn întrebăm despre orar, treziri, somnolență, sforăit, substanțe și tratamente. Un simptom persistent nu trebuie redus la „igienă proastă”. Reducerea marcată a nevoii de somn, confuzia sau deteriorarea somatică cer reevaluare clinică potrivită contextului. [1], [2]

Cum evităm perfecționismul

O rutină utilă are și o versiune mică. Dacă persoana nu poate face activitatea planificată, stabilim o variantă mai scurtă ori mai accesibilă. Dacă nu are acces la hrană sau la un loc sigur de dormit, activăm reconstrucția. Nu îi cerem disciplină pentru a compensa lipsa resurselor. [1]

Experiment de șapte zile: pacientul alege un reper și observă în ce zile a fost posibil. Notează efectul perceput asupra energiei și funcționării. Scopul este învățarea, nu o serie perfectă de bife. [1]

Urmărim: regularitatea posibilă, funcționarea din timpul zilei, oboseala, accesul la nevoile de bază și simptomele care necesită evaluare. Nu afirmăm că o rutină „resetează dopamina” sau vindecă adicția. [1]

Limite: exercițiile și recomandările alimentare se adaptează stării medicale. Simptomele de sevraj nu se tratează prin sport sau hidratare ca substitut al îngrijirii indicate. Modificarea medicației pentru somn aparține clinicianului. [1]

Referințe

[1] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 6, „Procedura celor șapte cărări”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 95, „Sleep Disorders Related to Substance Use” (pp. 565-568).

7 Cărări / 12. Creația și rostul

O identitate mai largă decât problema de consum

Mesaj pentru pacient: „Ce ai vrea să existe din nou în viața ta? Ce ai vrea să încerci pentru prima dată?” [1]

Această cărare caută activități care oferă interes, plăcere, competență, contribuție sau apartenență. Poate însemna lucru manual, muzică, scris, gătit, educație, voluntariat, o meserie sau o activitate obișnuită făcută cu plăcere. Nu presupune talent artistic. [1]

Community Reinforcement Approach descrie reorganizarea mediului și dezvoltarea unor surse de recompensă în activități sociale, familiale, profesionale și recreative. Aceasta susține rațiunea clinică a activităților alternative. Nu demonstrează că orice atelier sau hobby tratează singur adicția. [2]

Exercițiul propus: „Un meniu de posibilități”

Construim trei coloane: ceva ce îmi plăcea; ceva ce pot face acum; ceva ce aș vrea să încerc. Alegem o activitate cu cost, timp și efort accesibile. Stabilim unde se desfășoară și dacă mediul este compatibil cu obiectivul legat de consum. [1]

Nu cerem entuziasm imediat. Întrebăm și despre tristețe, lipsa plăcerii, durere sau alte simptome care pot necesita evaluare. Dacă activitatea nu produce plăcere, poate totuși să ofere un sentiment de competență sau legătură. Dar nici acestea nu trebuie presupuse: întrebăm pacientul. [1]

Experiment de șapte zile: două încercări scurte ale unei activități alese. După fiecare: „A fost accesibilă? A avut ceva valoros? Aș schimba ceva?” Numărul încercărilor este un exemplu, nu o doză terapeutică. [1]

Urmărim: accesul, implicarea, satisfacția sau sensul perceput și continuarea voluntară. Nu măsurăm valoarea persoanei prin productivitate și nu transformăm recuperarea într-o obligație de a fi permanent ocupat. [1]

Legături: comunitatea poate oferi un partener; corpul și ritmul pot oferi un interval stabil; reconstrucția poate rezolva transportul ori materialele. [1]

Limite: revenirea la muncă nu este automat sigură sau posibilă. Activitățile cu risc, suprasolicitarea și mediile asociate consumului cer evaluare. „Să îți ocupi timpul” nu înlocuiește tratamentul. [1]

Referințe

[1] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 6, „Procedura celor șapte cărări”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 73, „Contingency Management and the Community Reinforcement Approach” (pp. 438-443).

7 Cărări / 13. Reconstrucția

Condițiile care fac planul posibil

Mesaj pentru pacient: „Unele dificultăți nu se rezolvă doar prin a gândi altfel. Putem lucra și la lucrurile concrete care te blochează.” [1]

Locuirea, veniturile, actele, transportul, datoriile, munca și relațiile pot modifica posibilitatea de a urma tratamentul. Abordările de recuperare descrise în cărți leagă îngrijirea de resurse sociale și de sprijinul din comunitate. [2], [3]

Exercițiul propus: „Primul obstacol care poate fi mișcat”

Nu începem cu o listă uriașă de probleme. Întrebăm ce blochează următorul pas: lipsa transportului, un document, o datorie urgentă, conflictul acasă sau absența unui loc sigur. Alegem problema care trebuie abordată prima și o împărțim în acțiuni. [1]

Pentru fiecare acțiune notăm: cine o face; ce serviciu este implicat; acordul pentru contact; termenul; dovada că legătura s-a realizat. „Trimitere la asistență socială” devine „coordonatorul și pacientul stabilesc un contact; la revizuire verifică ce s-a obținut și ce lipsește”. [1]

Relațiile nu se repară prin promisiuni impuse

Sprijinim comunicarea, limitele și asumarea unor responsabilități realiste. Familia poate avea nevoie de ajutor pentru propriul stres, nu doar de instrucțiuni despre cum să susțină pacientul. Această nevoie este distinctă și recunoscută în literatura consultată. [4]

Nu programăm automat ședințe comune în relații cu violență, intimidare sau control coercitiv. Prioritatea devine protecția și evaluarea adecvată. Contactarea familiei și accesul ei la informații se stabilesc cu respectarea consimțământului și a obligațiilor profesionale aplicabile. [1]

Experiment de șapte zile: o singură acțiune verificabilă: o programare confirmată, o cerere depusă, un contact de sprijin stabilit sau o responsabilitate renegociată în siguranță. [1]

Urmărim: dacă obstacolul s-a redus, dacă serviciul a devenit accesibil și dacă mediul este mai stabil. Numărul recomandărilor emise nu arată singur că problema s-a rezolvat. [1]

Limită: echipa nu promite locuință, venit sau reconciliere. Documentează ce poate oferi, ce depinde de alte servicii și ce rămâne nerezolvat. [1]

Referințe

[1] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 6, „Procedura celor șapte cărări”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 73, „Contingency Management and the Community Reinforcement Approach” (pp. 438-443).

[3] Finch, E. (2021). Organising treatment services for drug and alcohol misusers. In E. Day (Ed.), *Seminars in addiction psychiatry* (2nd ed., pp. 196-206). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781911623199

[4] Copello, A., & Day, E. (2021). Addiction problems in a family and social context. In E. Day (Ed.), *Seminars in addiction psychiatry* (2nd ed., pp. 252-265). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781911623199

7 Cărări / 14. Cum lucrează cărările împreună

O cărare poate deschide accesul către alta. Aceasta este o ipoteză practică a modelului, care trebuie urmărită în fiecare caz. [1]

Blocaj observat	Cărare de sprijin posibilă	Schimbare concretă propusă
Nu ajunge la consultație	Reconstrucția	Transport și programare accesibile

Blocaj observat	Cărare de sprijin posibilă	Schimbare concretă propusă
Știe o strategie, dar o uită în situația dificilă	Comunitatea	O persoană de contact și repetarea planului
Are timp liber, dar niciun lucru care merită făcut	Creația și rostul	O activitate aleasă și accesibilă
Alege activități, dar nu le poate susține	Corpul și ritmul	Un interval și o versiune minimă
Urmează tratamentul fără o direcție personală	Spirituală / înțelegerea de sine	Clarificarea valorilor și a obiectivelor
Familia este epuizată	Reconstrucția / comunitatea	Sprijin propriu pentru aparținători

Sinteză a modelului. [1]

O regulă utilă pentru ședința de echipă

Înainte de a adăuga încă o activitate, întrebăm: „Ce împiedică planul actual să funcționeze?” Uneori răspunsul este o intervenție nouă. Alteori este simplificarea planului, schimbarea orei, un sprijin practic sau reevaluarea stării clinice. [1]

Exemplu: un pacient nu participă la grup. Echipa nu deduce automat că refuză recuperarea. Află că programul coincide cu serviciul și că îi este teamă să fie recunoscut. Discută opțiuni compatibile cu programul și preferințele lui. Dacă nici acestea nu sunt acceptabile, caută altă formă de sprijin. [1]

Ce evităm

Nu presupunem că fiecare problemă are o cărare unică. Nu transformăm modelul într-un inventar de șapte tratamente obligatorii. Nu ascundem lipsa resurselor sub eticheta „pacient dificil”. Nu amânăm intervenția medicală necesară până când persoana își clarifică sensul vieții. [1]

Semnul unui plan integrat: pacientul poate spune de ce face fiecare lucru, iar membrii echipei pot explica legătura dintre intervențiile lor. [1]

Referințe

[1] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 5, „Formularea clinică și alegerea cărărilor”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

7 Cărări / 15. Planul de 7 / 30 / 90 de zile

Aceste intervale organizează munca. Nu descriu durata biologică a recuperării și nu impun externarea sau schimbarea cărării la o dată fixă. Urgențele și nevoile clinice au propriul ritm. [1]

7 zile	30 de zile	90 de zile
Un pas realizabil și o alternativă	Verificăm potrivirea și barierele	Consolidăm sprijinul și continuitatea

Sinteză a modelului. [1]

Repere de organizare. Reevaluarea clinică are loc ori de câte ori este necesar. [1]

Șapte zile – încercăm ceva concret

Alegem de la unu la trei obiective, preferabil mai puține când persoana este copleșită. Fiecare obiectiv are o acțiune, un moment, un ajutor și o alternativă. „Vreau să fiu mai bine” devine „luni discut cu clinicianul despre reacția adversă care mă face să omit tratamentul”. [1]

Treizeci de zile – verificăm dacă planul este potrivit

Privim consumul și consecințele, siguranța, simptomele, funcționarea și experiența pacientului. Întrebăm ce a ajutat și ce a fost prea greu. Revizuim cărarea principală, intensitatea intervenției și accesul la servicii. Nu continuăm o activitate doar pentru că era în calendar. [1]

Nouăzeci de zile – consolidăm continuitatea

Clarificăm ce poate fi susținut, ce sprijin rămâne necesar și cum se revine rapid la îngrijire. Un obiectiv atins nu înseamnă că toate nevoile au dispărut. Un obiectiv neatins nu înseamnă că întregul parcurs a fost inutil. [1]

Întrebarea de transfer: „Ce ai putea face și fără întâlnirile noastre? Pentru ce ai nevoie în continuare de sprijin?” Planul de întreținere păstrează responsabilități, contacte și condiții de reevaluare. [1]



Infografic conceptual generat cu GPT Image; nu este un program validat.

Orizontul de 90 de zile este un reper de planificare. Nu echivalează automat cu trei luni calendaristice și nici cu remisiunea timpurie DSM: aceasta presupune minimum trei luni fără criterii diagnostice, cu excepția posibilă a cravingului, după o tulburare anterior diagnosticată. Nu promitem recuperare sau maturizare neurobiologică într-un termen fix. [1]

Referințe

[1] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 7, „Planul terapeutic și monitorizarea”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

7 Cărări / 16. O ședință care se încheie cu un pas utilizabil

Propunem o structură flexibilă pentru consultațiile de urmărire. Durata și profunzimea se adaptează stării pacientului și intervenției. Nu reprezintă un protocol validat de psihoterapie. [1]

1. Verificăm ce nu poate aștepta

Schimbări de consum, simptome, risc, tratament sau mediu. Dacă apare o problemă acută, schimbăm agenda. O întrebare scurtă de siguranță nu înlocuiește evaluarea necesară. [1]

2. Alegem agenda împreună

„Ce ar face întâlnirea de astăzi utilă pentru tine?” Clarificăm și prioritatea clinicianului. Dacă cele două diferă, discutăm diferența. [1]

3. Privim experiența, nu doar respectarea temei

„Ce ai încercat?”; „Ce ai observat?”; „Ce a lipsit?” O sarcină nefăcută poate arăta că planul a fost prea mare, neclar, inaccesibil sau nepotrivit. Verificăm și schimbările clinice. [1]

4. Exersăm o singură abilitate sau pregătim o acțiune

O cerere de sprijin, un răspuns la presiunea de a consuma, o conversație despre tratament, pregătirea unei programări ori alegerea unei activități. Repetiția în ședință oferă informații despre ce este înțeles și ce rămâne dificil. [1]

5. Stabilim pasul și alternativa

„Ce vei face, când și cu cine?”; „Dacă nu merge, care este varianta mai simplă?” Cerem pacientului să redea planul în propriile cuvinte. [1]

6. Închidem cu responsabilitate clară

Notăm următorul contact, cine urmărește o trimitere și ce ar cere contact mai devreme. Separăm ce a raportat pacientul, ce am observat și ce presupunem. [1]

Stilul colaborativ, explorarea ambivalenței și planificarea sunt compatibile cu sarcinile interviului motivațional. Succesiunea de mai sus este însă o adaptare pentru 7 Cărări, nu o nouă formă validată de MI. [2]

Referințe

[1] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 7, „Planul terapeutic și monitorizarea”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 70, „Motivational Interviewing” (pp. 424-427).

7 Cărări / 17. Program demonstrativ: 12 întâlniri

O variantă pentru servicii care pot organiza un parcurs de trei săptămâni, urmat de continuitate. Poate fi distribuită pe un interval mai lung. **Numărul întâlnirilor și calendarul sunt propuneri de implementare, nu o doză terapeutică demonstrată.** Nu condiționează accesul la îngrijire și nu înlocuiesc întâlnirile individuale necesare. [1]

Întâlnire	Tema	Ce poate rămâne pacientului
1	Orientare și obiective	O explicație simplă a programului și un scop personal
2	Cum se repetă consumul	O secvență personală, fără judecată
3	Harta celor șapte cărări	Alegere provizorie și resurse necesare
4	Tratamentul și sănătatea	Întrebări pentru clinician și plan clarificat
5	Situații dificile și craving	O strategie exersată
6	Corpul și ritmul	O zi minimă realistă
7	Sprijin și apartenență	O cerere concretă de ajutor
8	Valori și sens	O valoare legată de un gest, cu participare voluntară
9	Activități și identitate	O activitate de încercat
10	Obstacole și reconstrucție	Un pas practic și un responsabil
11	Revenirea la consum și reorientarea	Un plan de contact și reevaluare
12	Continuitate	Plan de 30 / 90 de zile și predare către serviciul următor

Sinteză a modelului. [1]

Temele pot fi explorate în grup. Deciziile despre diagnostic, risc și tratament se iau individual, în cadrul profesional adecvat. Pacientul nu trebuie să își prezinte în grup trauma, datoriile, credințele sau detaliile intime ale familiei. [1]

Evaluarea inițială și stabilizarea precedă participarea potrivită. O persoană poate lipsi de la o temă și poate continua programul. Externarea nu se decide după numărul de fișe completate. [1]

Referințe

[1] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 13, „Rolurile echipei și supervizarea”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

7 Cărări / 18. Caz demonstrativ: Andrei

Creația ca intrare, tratamentul ca parte permanentă a planului

Caz fictiv. Andrei, 42 de ani, are tulburare de consum de alcool. După stabilizare, intră într-un program ambulatoriu. Are tratament stabilit de psihiatru. Spune că nu mai vrea „încă o discuție despre alcool”, dar dorește să repare bicicleta fiului său. [1]

Formulare

Serile fără activitate sunt asociate cu plictiseală și consum. Activitatea manuală a avut sens pentru el înainte. Relația cu fiul contează, dar nu presupunem că băiatul trebuie să devină sprijin terapeutic sau responsabil pentru recuperarea tatălui. [1]

Cărare principală: creația și rostul. **Sprijin:** corpul și ritmul; comunitatea. Îngrijirea medicală continuă, chiar dacă nu este numită cărarea principală. [1]

Primele șapte zile

Andrei alege un interval scurt pentru a inspecta bicicleta, fără obligația de a termina reparația. Un prieten adult îl ajută cu uneltele. Planul include consultația de urmărire și o strategie convenită pentru intervalul de seară. Echipa verifică dacă activitatea și mediul sunt sigure. [1]

La revizuire

A început reparația, dar a ratat consultația deoarece nu a avut transport. Nu concluzionăm că atelierul „a funcționat”, iar tratamentul „nu”. Identificăm o barieră de acces. Reconstrucția devine temporar o cărare de sprijin, în locul uneia dintre celelalte. Nu adăugăm permanent încă o listă de sarcini. [1]

După un episod de consum

Echipa verifică mai întâi starea și riscurile. Apoi află că prietenul a adus bere la atelier. Activitatea era semnificativă, dar mediul nu susținea obiectivul. Planul se schimbă: alt loc, o limită explicită și reevaluarea sprijinului. Nu cerem abandonarea oricărei activități manuale. [1]

Lecția cazului: cărarea preferată poate crește implicarea, dar trebuie legată de tratament, mediu și urmărire. Nu este suficient să găsim un hobby. [1]

Cazurile demonstrative din această secțiune sunt fictive și independente de cazurile omonime din module. Repetarea unui prenume nu indică aceeași persoană sau un parcurs longitudinal documentat. [2]

Referințe

[1] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 5, „Formularea clinică și alegerea cărărilor”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

[2] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 7, „Planul terapeutic și monitorizarea”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

7 Cărări / 19. Caz demonstrativ: Elena

Reconstrucția înaintea unui plan prea ambițios

Caz fictiv. Elena, 35 de ani, a fost evaluată pentru consum de alcool. Este considerată potrivită pentru îngrijire ambulatorie, cu urmărire. Lucrează în ture, îngrijește un copil și locuiește temporar la o rudă. Spune că ar dori să doarmă și să nu mai fie judecată pentru întârzieri. [1]

Formulare

Lipsa unui program previzibil și transportul dificil interferează cu consultațiile. Înainte de a prescrie un jurnal zilnic și trei grupuri, verificăm ce poate susține. Nevoile copilului și siguranța mediului se evaluează separat, fără presupuneri bazate doar pe diagnostic. [1]

Cărare principală: reconstrucția. **Sprijin:** medicală; corpul și ritmul. [1]

Primele șapte zile

Coordonatorul și Elena caută un interval accesibil pentru consultație. Cu acordul ei, se clarifică sprijinul practic disponibil. Rutina minimă este adaptată turelor; nu impunem o oră identică de culcare. Planul are două acțiuni, nu șapte obiective. [1]

La treizeci de zile

Accesul la consultații s-a îmbunătățit, dar dificultățile de somn persistă. Clinicianul reevaluează simptomele și factorii relevanți. Nu presupunem că toate simptomele sunt explicate de programul de lucru. Consumului și consecințelor lui li se acordă aceeași atenție ca problemelor sociale. [1]

Ce ar fi o eroare

Să etichetăm absențele drept rezistență înainte de a întreba. Să promitem că rezolvarea locuirii va vindeca adicția. Să lăsăm echipa medicală în așteptare până se rezolvă toate dificultățile sociale. Să încărcăm ruda cu responsabilități fără acord și fără limite. [1]

Lecția cazului: uneori primul pas terapeutic util este o schimbare de acces sau de context. Resursele sociale și îngrijirea adicției trebuie să avanseze împreună. [1]

Referințe

[1] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 5, „Formularea clinică și alegerea cărărilor”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

7 Cărări / 20. Caz demonstrativ: Mihai

Sens fără obligație religioasă

Caz fictiv. Mihai, 57 de ani, a redus activitățile după pensionare. Este în îngrijire pentru tulburare de consum de alcool și spune: „Nu mai văd pentru ce să mă străduiesc.” Această afirmație este explorată clinic, inclusiv pentru depresie și risc suicidar. Întrebăm direct despre idei suicidare, intenție, plan și mijloace; niciun scor nu decide singur siguranța. La tulburarea de consum de alcool, rata suicidului este de 5-15 ori mai mare decât în populația generală. [2] Nu o clasificăm direct drept „problemă de sens”. [1]

După evaluare și stabilirea planului clinic, Mihai spune că nu dorește discuții religioase. Totuși, ar vrea să se simtă util și să poată fi de încredere. [1]

Cărare principală: spirituală, explicată și acceptată ca lucru cu valori și sens. Dacă această denumire nu i se potrivește, folosim în dialog „valori și sens”; consemnăm preferința. **Sprijin:** creația și rostul; comunitatea. Îngrijirea indicată continuă. [1]

Primele șapte zile

Alege valoarea „a fi de încredere”. O traduce într-un angajament mic, pe care îl poate respecta. Nu începe cu promisiunea că nu va mai dezamăgi niciodată pe nimeni. Identifică și o activitate voluntară posibilă, fără a presupune că este pregătit să o susțină imediat. [1]

La revizuire

Mihai spune că fișa despre valori i s-a părut abstractă, dar i-a plăcut activitatea practică. Creația și rostul devine cărarea principală. Schimbarea este o adaptare a planului, nu o dovadă că nu a lucrat suficient la sens. [1]

Ce rămâne de urmărit

Consumul, consecințele, simptomele afective, tratamentul, funcționarea și siguranța. Un sentiment de utilitate mai mare nu demonstrează că riscul clinic a dispărut. Dacă apare deteriorare, reevaluăm independent de progresul pe cărarea aleasă. [1]

Lecția cazului: valorile pot orienta schimbarea fără credință religioasă. Limbajul modelului trebuie să servească persoana. Nu îi cerem persoanei să se adapteze metaforei. [1]

Referințe

[1] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 5, „Formularea clinică și alegerea cărărilor”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 100, „Substance-Induced Mental Disorders” (pp. 593-598).

7 Cărări / 21. Revenirea la consum

Întâi siguranță, apoi învățare și revizuire

Literatura descrie revenirea la consum atât ca eveniment, cât și ca proces influențat de situații, gânduri, emoții, abilități și sprijin. Nu toate episoadele au aceeași gravitate. Termenii „alunecare” sau „recădere” nu trebuie să ascundă riscul medical real. [1]

Succesiunea propusă pentru echipă

1. **Evaluăm siguranța:** ce, cât și când s-a consumat; combinații; simptome; risc medical și psihiatric; mediu. Stabilim dacă nivelul de îngrijire trebuie schimbat. [2]

2. **Clarificăm faptele:** fără interogatoriu moral și fără concluzii din date lipsă. [2]

3. **Analizăm secvența:** ce a precedat episodul, ce strategie a fost disponibilă și ce resursă a lipsit. [2]

4. **Revizuim planul:** tratament, intensitate, acces, cărare, sprijin și următorul contact. [2]

5. **Documentăm responsabilitatea:** cine face ce și până când. [2]

O formulare utilă

„E important că ai spus. Mai întâi vreau să înțeleg dacă există un risc acum. Apoi vedem ce s-a întâmplat și ce trebuie schimbat în plan.” Această atitudine nu minimalizează consecințele. Face posibilă o discuție clinică. [2]

Nu prezentăm recăderea ca obligatorie. Nu spunem că „tot progresul este pierdut”. Nu presupunem că orice episod poate fi gestionat la același nivel de îngrijire. O absență sau lipsa răspunsului la mesaj nu dovedește că persoana este în siguranță. [2]

Cum păstrăm continuitatea

Pacientul știe dinainte cum poate reveni. Serviciul are reguli reale pentru contact, intervalele de răspuns și urgențe. Revenirea la consum nu produce automat excludere. Deciziile privind transferul ori intensificarea îngrijirii se bazează pe evaluare și pe capacitatea serviciului. [2]

O scăpare izolată (lapse) și o recădere (relapse) nu sunt sinonime. Abordăm vinovăția și efectul de încălcare a abstinenței (AVE), reevaluăm siguranța și actualizăm planul fără culpabilizare. [3]

Referințe

[1] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 80, „Relapse Prevention: Clinical Models and Intervention Strategies” (pp. 475-479).

[2] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 9, „Alunecare, recădere și revenire”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

[3] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 7, „Planul terapeutic și monitorizarea”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

7 Cărări / 22. Ce măsurăm

Participarea nu este același lucru cu recuperarea

Propunem un set mic de indicatori, ales înainte de pilot. Datele se interpretează împreună cu pacientul și cu contextul clinic. Nu construim un scor total din cele șapte cărări. [1]

Domeniu	Exemple de date	Ce nu putem concluziona doar din aceste date
Consum	Zile cu consum, cantități și consecințe, cu definiții constante	O singură măsură nu descrie toată recuperarea
Siguranță	Evenimente acute, sevraj, incidente, transferuri	Lipsa raportării nu garantează lipsa riscului
Simptome	Craving, somn, simptome psihice relevante	Un scor izolat nu stabilește conduita
Funcționare	Autoîngrijire, relații, locuire, activități	Productivitatea nu definește valoarea persoanei
Resurse	Sprijin folosit, acces la servicii	Numărul contactelor nu dovedește calitatea lor
Experiență	Plan înțeles, utilitate, povară, preferințe	Satisfacția nu demonstrează eficacitate
Proces	Contacte, trimiteri realizate, plan revizuit	Mai multe activități nu înseamnă automat rezultat mai bun

Sinteză a modelului. [1]

Datele pot fi culese la intrare, la revizuirile de 30 și 90 de zile și când starea o cere. Monitorizarea clinică necesară poate fi mai frecventă. Calendarul propus nu este o limită pentru îngrijire. [1]

Cravingul 0-10 poate fi o notare personală de urmărire, explicată consecvent. Nu este un prag automat pentru medicație, internare sau externare. Nu presupunem că diferențele dintre două persoane au aceeași semnificație. [1]

Instrumentele validate se aleg separat, cu verificarea versiunii, limbii, licenței și utilizării potrivite. Fișele originale din acest document nu înlocuiesc instrumentele de diagnostic sau de evaluare a riscului. [1]

Datele lipsă: se raportează ca lipsă. Nu devin abstinență, eșec sau absență a simptomelor prin convenție ascunsă. Pentru evaluarea programului precizăm câți au fost incluși și câți au date la fiecare moment. [1]

Referințe

[1] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 7, „Planul terapeutic și monitorizarea”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

7 Cărări / 23. Echipa și componenta digitală

Un plan comun, cu roluri diferite

Un coordonator urmărește legătura dintre intervenții și tranziții. Psihiatrul răspunde de deciziile din competența sa. Psihologul sau psihoterapeutul oferă intervenții pentru care este pregătit. Asistentul medical poate susține monitorizarea și educația. Asistentul social facilitează accesul la resurse. Rolurile pot fi distribuite diferit, dar responsabilitățile trebuie să rămână explicite. [1]

În ședința de echipă discutăm cinci lucruri: riscul actual; ce contează pentru pacient; ce s-a schimbat; ce blochează planul; cine face următorul pas. Evităm repetarea întregii istorii atunci când nu schimbă decizia. [1]

Ce merită păstrat într-o aplicație

• Cărarea aleasă și justificarea în limbajul pacientului. [1]

• De la unu la trei obiective, cu ajutor, alternativă și dată. [1]

• Programări și materiale aprobate, adaptate nivelului de înțelegere. [1]

• Înregistrări scurte, cu posibilitatea de a spune „nu știu” sau „nu se aplică”. [1]

• Un rezumat pe care clinicianul îl verifică și pacientul îl poate corecta. [1]

O versiune pe hârtie trebuie să rămână disponibilă. Accesul la telefon, alfabetizarea și intimitatea digitală nu sunt condiții pentru valoarea sau motivația persoanei. [1]

Ce rămâne la om

Diagnosticul, nivelul de îngrijire, prescrierea, evaluarea riscului și deciziile de criză. Un sistem poate semnala date de revizuit, dar nu declară autonom că persoana este în siguranță. Nu promite supraveghere permanentă dacă serviciul nu o asigură. [1]

Nu folosim clasamente ale abstinenței, pedepse publice sau pierderea simbolică a întregului progres după un episod de consum. Dacă se introduce contingency management, acesta are un protocol clinic distinct; nu este echivalent cu puncte și insigne într-o aplicație. [2]

Acestea sunt cerințe de proiectare propuse. În această versiune nu a fost evaluată eficacitatea unui chatbot sau a unei aplicații 7 Cărări. [1]

Referințe

[1] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 13, „Rolurile echipei și supervizarea”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

[2] Herron, A. J., Brennan, T. K., & Lévesque, A. (2027). *The ASAM essentials of addiction medicine* (4th ed.). Wolters Kluwer. Capitolul 73, „Contingency Management and the Community Reinforcement Approach” (pp. 438-443).

7 Cărări / 24. Cum poate fi evaluat modelul

Întrebarea inițială nu este „am demonstrat că funcționează?” Este: **pacienții și echipa îl înțeleg, îl pot folosi și îl pot aplica în condiții clinice adecvate?** [1]

Etapa 1 – Claritate și acceptabilitate

Clinicieni și persoane cu experiență de recuperare citesc modelul. Verifică dacă cele șapte cărări sunt distincte, dacă limbajul este clar și dacă metafora ajută. Interviurile de înțelegere pot arăta unde formulările induc vină, confuzie sau așteptări nerealiste. [1]

Etapa 2 – Fezabilitate într-un serviciu

Definim populația, echipa, intervențiile disponibile, modul de urmărire și criteriile de oprire sau modificare. Manualul v0.2 propune orientativ 30-50 de participanți și 90 de zile. Această dimensiune nu este un calcul de putere și nu justifică singură un studiu de eficacitate. Se stabilește separat, în funcție de întrebarea de cercetare. [1]

Urmărim: recrutare, eligibilitate, acceptare, timp de lucru, planuri realizabile, date lipsă, acces la servicii, incidente și povara pentru pacient. Analizăm și cine nu poate participa ori abandonează. [1]

Etapa 3 – Semnale clinice și îmbunătățirea programului

Descriem schimbările în consum, sănătate și funcționare, fără a atribui automat efectul modelului. Evoluția poate reflecta tratamentul, trecerea timpului, selecția participanților și alte schimbări. Un studiu fără comparator nu separă aceste explicații. [1]

Etapa 4 – Evaluare comparativă

Dacă fezabilitatea este bună, poate fi proiectat un studiu cu comparator, rezultate și analiză stabilite în avans. Trebuie precizat ce adaugă 7 Cărări la îngrijirea obișnuită. Evaluarea componentei digitale se separă de evaluarea cadrului clinic. [1]

Nucleul de fidelitate propus: evaluare și siguranță; alegere colaborativă; plan concret; legături reale cu resursele; reevaluare; răspunsul la recădere; continuitate. Activitățile pot varia. Dacă lipsesc aceste elemente, nu mai testăm aceeași intervenție. [1]

Această secțiune este o propunere metodologică, nu un protocol de studiu aprobat sau o afirmație că validarea este deja în curs. [1]

Evaluarea poate include retenție la 30/90 de zile, calitatea vieții, rezultate raportate de pacient (PROMs), experiența îngrijirii (PREMs) și instrumente adecvate pentru capitalul de recuperare, precum BARC-10 sau Assessment of Recovery Capital. Folosirea unui instrument validat nu validează automat modelul 7 Cărări. [2]

Referințe

[1] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 15, „Calitate, audit și validare”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

[2] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 7, „Planul terapeutic și monitorizarea”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

7 Cărări / Fișa 1. Harta comună a celor șapte cărări

Formular original de conversație. Nu este scală validată. Se completează în cuvinte, fără total numeric. [1]

Nume / cod: _____ Data: _____ [1]

Ce aș vrea să fie diferit în viața mea: _____ [1]

Cărare	Nevoie	Interes	Resurse	Pas posibil
Medicală				
Înțelegerea de sine				
Comunitatea				
Spirituală				
Corpul și ritmul				
Creația și rostul				
Reconstrucția				

Ce nu poate aștepta, conform evaluării clinice: [1]

Cărarea principală și motivul alegerii: [1]

Până la două cărări de sprijin și rolul lor: [1]

Ce resursă trebuie adusă de echipă: [1]

Data revizuirii: _____ Responsabil: _____ [1]

Pacientul poate corecta harta. Cărarea aleasă nu condiționează accesul la tratamentul indicat. [1]

Referințe

[1] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 7, „Planul terapeutic și monitorizarea”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

7 Cărări / Fișa 2. Planul meu pentru șapte zile

Formular original de planificare. Alege puține obiective. O singură acțiune clară poate fi suficientă pentru început. [1]

Ce contează pentru mine acum: [1]

Cărarea principală: _____ [1]

Element	Acțiunea aleasă
Ce voi face	
Când și unde	
Cine mă ajută	
Obstacol probabil	
Varianta mai simplă	
Cum aflu ce a ajutat	

Planul medical și programările pe care le continui: [1]

Ce schimbare a stării mele cere să contactez echipa: [1]

Pe cine contactez, prin ce canal și în ce interval: [1]

Dacă este o urgență: urmez planul de urgență stabilit cu echipa și contactez serviciile de urgență adecvate situației. Această fișă nu este un sistem de monitorizare. [1]

Data următoarei discuții: _____ Responsabil: _____ [1]

Referințe

[1] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 7, „Planul terapeutic și monitorizarea”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

7 Cărări / Fișa 3. Învăț dintr-o situație dificilă

Formular original. Se folosește după evaluarea siguranței, nu în locul acesteia. Nu este nevoie să descriu lucruri intime pe care nu doresc să le discut acum. [1]

Situația, descrisă concret: [1]

Ce am observat în corp, în gânduri și în emoții: [1]

Ce am făcut și ce am sperat să obțin: [1]

Ce s-a întâmplat imediat și ce a urmat: [1]

Ce strategie sau ajutor am încercat: [1]

Ce a lipsit ori a fost prea greu: [1]

Un singur punct în care putem schimba planul: [1]

Cine mă ajută și când verificăm rezultatul: [1]

O situație dificilă oferă informații. Interpretarea ei se face împreună cu contextul clinic și cu efectele reale ale consumului. [1]

Referințe

[1] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 7, „Planul terapeutic și monitorizarea”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

7 Cărări / Fișa 4. Revizuire și continuitate

Formular original pentru pacient și echipă. Se folosește la un moment convenit sau mai devreme dacă este necesar. [1]

Data: _____ Perioada analizată: _____ [1]

Domeniu	Ce s-a schimbat / ce nu știm
Consum și consecințe	
Siguranță și simptome	
Tratament și acces	
Funcționare și resurse	
Experiența pacientului	
Progresul pe cărare	

Ce păstrăm din plan: [1]

Ce simplificăm sau schimbăm: [1]

Cărarea principală de acum și motivul: [1]

Următoarele contacte și responsabilități: [1]

Cum revin la îngrijire dacă mă îndepărtez de plan: [1]

Datele lipsă se notează ca lipsă. Nu sunt interpretate automat drept rezultat bun sau rău. [1]

Referințe

[1] *7 Cărări – Manual clinic complet* (versiunea 0.2). (2026). Capitolul 7, „Planul terapeutic și monitorizarea”. [Manuscris de lucru nepublicat; coordonare conceptuală: dr. Ovidiu Balaban-Popa; proiect 7 Cărări / Psinaptic].

7 Cărări / Note de documentare ale modelului consolidat

Ce a fost verificat efectiv

Au fost reconsultate pasajele relevante din cele trei cărți și textul complet al manualului original. Au fost verificate formulările clinice centrale, potrivirea citărilor și separarea dintre intervențiile descrise în surse și propunerile pentru 7 Cărări. Dosarul editorial însoțitor consemnează afirmațiile selectate, locatorii, limitele și reviziile. [1]

Celelalte cărți folosite la curs nu sunt prezentate aici drept dovezi directe pentru această dezvoltare, deoarece nu au fost reconsultate pentru afirmațiile acestei versiuni. Aceasta nu este o revizuire sistematică și nu evaluează literatura apărută după edițiile disponibile. [1]

Ce rămâne de făcut

Revizia medicală independentă și revizia echipei; evaluarea înțelegerii cu pacienți; adaptarea la resursele serviciului; alegerea instrumentelor; proiectarea și aprobarea eventualului studiu. Dosarul include rapoarte de revizie atribuite mai multor modele și corecturi ulterioare. Nu există în materialele accesate o revizie medicală umană semnată a versiunii 0.3. Rapoartele nu reprezintă o validare clinică a modelului. [1]

Formularele, cazurile fictive și schemele sunt originale pentru această dezvoltare. Nu reproduc instrumente standardizate ori figuri din cărți. Nu au fost introduse procente de eficacitate, doze sau promisiuni de vindecare. [1]

Propunerea de identitate pentru model: „Șapte cărări. Un plan ales împreună. Îngrijire, sprijin și pași care pot fi făcuți.” [1]

Această versiune oferă o bază de lucru concretă. Valoarea modelului va trebui evaluată prin felul în care este înțeles, aplicat și studiat, alături de tratamentul clinic necesar. [1]

Referințe

[1] Psihiatrie.org. (2026). Note de documentare ale modelului 7 Cărări. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

Atelier / 12 fișe pentru cursanți

Transformă lectura în produse de lucru. Folosește cazurile fictive din curs. Alege șase dintre fișele 1-8 pentru un portofoliu (fișele 9-12 sunt materialul 7 Cărări) și discută deciziile cu un coleg sau cu formatorul.

Aceste fișe se folosesc în formarea profesioniștilor. Pentru lucrul pacientului între întâlniri folosește caietul separat de 23 de zile.

Fișa 1. Prima consultație

Verifică semnele vitale, sevrajul complicat, Wernicke și riscul suicidar. Structurează 5A: întreabă, recomandă, evaluează, ajută, organizează urmărirea. [1]

Care este motivul prezentării și ce dorește persoana să schimbe?

Ce substanțe și medicamente sunt folosite? Notează ultimul consum și combinațiile relevante.

Ce semne cer evaluare sau stabilizare imediată?

Ce informații lipsesc despre sănătatea fizică, starea psihică și context?

Ce obiectiv comun și ce pas următor propui?

Referințe

[1] Psihiatrie.org. (2026). Fișa 1: Prima consultație. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

Fișa 2. Cronologia cazului

Desenează două axe: consum și simptome psihiatrice. Marchează perioadele fără consum și incertitudinile; un reper de aproximativ o lună nu decide singur diagnosticul. [1]

Alege cinci momente importante și ordonează-le în timp.

Pentru fiecare, notează consumul, medicația, simptomele și evenimentele de viață.

Ce s-a întâmplat în perioadele fără consum? Ce rămâne necunoscut?

Ce explicații sunt posibile și ce date le-ar susține sau infirma?

Când și prin ce mijloace vei reevalua ipotezele?

Referințe

[1] Psihiatrie.org. (2026). Fișa 2: Cronologia cazului. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

Fișa 3. Alegerea cadrului de îngrijire

Precizează ediția a 4-a ASAM și cele șase dimensiuni; justifică nivelul minim care asigură siguranța. [1]

Ce riscuri și ce nevoi au prioritate?

Ce servicii și ce monitorizare sunt necesare?

Ce preferințe, resurse și bariere descrie persoana?

Ce cadru poate oferi efectiv îngrijirea necesară și de ce?

Ce schimbare ar impune creșterea intensității? Cine o urmărește?

Referințe

[1] Psihiatrie.org. (2026). Fișa 3: Alegerea cadrului de îngrijire. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

Fișa 4. Interpretarea toxicologiei

Verifică metoda, panelul, reacțiile încrucișate, validitatea probei și diferența dintre EtG/EtS și PEth. [1]

Ce întrebare clinică vrei să clarifici prin test?

Ce probă, analit, metodă și prag de detecție sunt folosite?

Ce poți și ce nu poți deduce din rezultatul primit?

Există o explicație alternativă sau nevoie de confirmare?

Cum comunici rezultatul fără concluzii premature sau stigmatizare?

Referințe

[1] Psihiatrie.org. (2026). Fișa 4: Interpretarea toxicologiei. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

Fișa 5. Alegerea tratamentului

Documentează verificările specifice: expunere la opioide și funcție hepatică pentru naltrexonă; funcție renală pentru acamprosat; sevraj obiectiv și protocol pentru buprenorfină; risc QTc și acumulare pentru metadonă; fumat și CYP1A2 pentru clozapină/olanzapină. [1]

Care este obiectivul terapeutic negociat?

Ce opțiuni medicamentoase și psihosociale sunt relevante?

Ce contraindicații, interacțiuni și probleme de acces trebuie verificate?

Ce preferă pacientul și ce informații îi explici?

Ce urmărești, când reevaluezi și ce ar modifica planul?

Referințe

[1] Psihiatrie.org. (2026). Fișa 5: Alegerea tratamentului. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

Fișa 6. Planul pentru revenirea la consum

Include analiza ABC, efectul de încălcare a abstinenței, pierderea toleranței și naloxona când este indicată. [1]

Care sunt semnele timpurii și situațiile favorizante?

Ce poate face persoana și cine poate oferi sprijin?

Ce riscuri imediate trebuie anticipate în cazul descris?

Cum se reia contactul cu serviciul și ce date trebuie comunicate?

Cum ajustezi intervenția după episod, fără a întrerupe automat îngrijirea?

Referințe

[1] Psihiatrie.org. (2026). Fișa 6: Planul pentru revenirea la consum. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

Fișa 7. Urmărirea evoluției

Leagă indicatorii de obiectivele persoanei. Urmărește consumul, cravingul, simptomele, somnul și funcționarea și notează beneficiile și reacțiile adverse. Înainte de a concluziona că tratamentul nu are efect, verifică accesul și modul în care a fost aplicat. Stabilește următorul contact și cine răspunde de continuitate. [1]

Ce indicatori reflectă obiectivele persoanei?

Cum urmărești consumul, cravingul, simptomele, somnul și funcționarea?

Ce beneficii și reacții adverse trebuie discutate?

Cum diferențiezi lipsa efectului de dificultățile de acces sau aplicare?

Care este următorul contact și cine răspunde de continuitate?

Referințe

[1] Psihiatrie.org. (2026). Fișa 7: Urmărirea evoluției. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

Fișa 8. Verificarea unei afirmații

Formulează PICO și verifică atriția, datele lipsă, analiza ITT și mărimea efectului. [1]

Scrie o singură afirmație, suficient de precisă pentru a fi verificată.

Indică sursa, capitolul sau pagina și pasajul relevant.

Ce populație, intervenție, comparator și rezultat sunt descrise?

Ce limite ale studiului sau ale formulării schimbă interpretarea?

Păstrezi afirmația, o nuanțezi sau o elimini? Motivează decizia.

Referințe

[1] Psihiatrie.org. (2026). Fișa 8: Verificarea unei afirmații. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

Fișa 9. 7 Cărări – Harta comună

Abordează întâi riscurile care nu pot aștepta: intoxicația, sevrajul, riscul suicidar și problemele medicale urgente. Alege împreună cu persoana o singură cărare principală, justificată prin nevoie, interes, resurse și fezabilitate, și cel mult două cărări de sprijin. Numește cine coordonează tratamentul. [1]

Ce nevoi și riscuri trebuie abordate acum?

Care este cărarea principală aleasă împreună?

Ce nevoie, interes, resurse și fezabilitate susțin alegerea?

Ce maximum două cărări de sprijin sunt utile?

Cine coordonează tratamentul și continuitatea?

Referințe

[1] Psihiatrie.org. (2026). Fișa 9: 7 Cărări – Harta comună. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

Fișa 10. 7 Cărări – Plan pentru șapte zile

Pasul este ales de persoană și este concret: ce, când, unde și cu cine. Pregătește o alternativă pentru obstacolul anticipat și spune clar ce semne cer ajutor mai devreme. Fixează data revizuirii și cine urmărește planul. [1]

Care este pasul concret ales de persoană?

Când, unde și cu cine îl va încerca?

Ce obstacol anticipăm și care este alternativa?

Ce ar necesita ajutor mai devreme?

Cine urmărește planul și când îl revizuim?

Referințe

[1] Psihiatrie.org. (2026). Fișa 10: 7 Cărări – Plan pentru șapte zile. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

Fișa 11. 7 Cărări – Învăț dintr-o situație dificilă

Începe cu siguranța: intoxicație, sevraj, supradozaj, risc suicidar și pierderea medicației. Reconstruiește situația (înainte, în timpul și după), fără judecată, și compară efectul căutat cu cel obținut. Notează ce a ajutat, chiar și puțin, ce se schimbă în plan și cum se păstrează contactul. [1]

Ce trebuie evaluat pentru siguranță acum?

Ce s-a întâmplat înainte, în timpul și după situație?

Ce efect a fost căutat și ce efect a avut în realitate?

Ce a ajutat, chiar și puțin?

Ce schimbăm în plan și cum păstrăm contactul?

Referințe

[1] Psihiatrie.org. (2026). Fișa 11: 7 Cărări – Învăț dintr-o situație dificilă. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

Fișa 12. 7 Cărări – Revizuire și continuitate

Compară consumul, sănătatea și funcționarea cu situația de la început. Separă lipsa efectului de obstacolele care au împiedicat participarea. Ține cont de ce spune persoana despre utilitatea planului și decideți împreună dacă păstrați cărarea, o simplificați sau schimbați prioritatea. Stabilește următorul contact și cine răspunde. [1]

Ce s-a schimbat în consum, sănătate și funcționare?

Ce pași au fost încercați și ce a împiedicat participarea?

Ce spune persoana despre utilitatea planului?

Păstrăm cărarea, o simplificăm sau schimbăm prioritatea?

Care este următorul contact și cine răspunde?

Referințe

[1] Psihiatrie.org. (2026). Fișa 12: 7 Cărări – Revizuire și continuitate. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

Evaluarea parcursului de studiu

Schema didactică nu reprezintă o acreditare sau un instrument clinic validat. [1]

Componentă	Pondere	Cerință
Test de cunoștințe	25%	Folosește întrebări din toate cele patru părți ale cursului. Explică răspunsul, nu doar litera aleasă.
Portofoliu	25%	Prezintă șase fișe de lucru, cu argumente și surse.
Simulare clinică	30%	Exersează evaluarea, comunicarea, recunoașterea riscului și alegerea următorului pas.
Caz final	20%	Folosește cazul integrativ din modulul 32 și justifică un plan inițial și unul de urmărire.

Criterii de evaluare

Domeniu	Criteriu
Siguranță	Identifică riscurile imediate și limitele cadrului de îngrijire.
Diagnostic	Folosește cronologia și păstrează diferențialul deschis când datele sunt insuficiente.
Obiective	Integrează preferințele persoanei și prioritățile clinice.
Tratament	Explică alegerea, limitele, contraindicațiile și monitorizarea.
Continuitate	Precizează cine face ce și când are loc reevaluarea.
Dovezi	Leagă deciziile importante de surse și formulează incertitudinile.

Ponderile sunt o propunere didactică a programei, nu un standard validat. Formatorul poate folosi pragul orientativ de 70% și reevaluarea competențelor de siguranță. Scorurile locale ale site-ului nu certifică o competență clinică și nu acordă credite EMC. [1]

Referințe

[1] Psihiatrie.org. (2026). Evaluarea parcursului de studiu și criterii de evaluare. În *Curs clinic de adicții pentru psihiatri* (ediția 3.0 ilustrată). [Material didactic original].

Indice de termeni

Aderență – modulele 13

Afectare funcțională – modulele 22

Agonist complet – modulele 14

Agonist parțial – modulele 3, 14

Ajutor reciproc – modulele 21

Ambivalență – modulele 19, 27

Analgezie multimodală – modulele 26

Analit – modulele 6

Analiză funcțională – modulele 20

Anhedonie – modulele 17

Antagonist opioid – modulele 13

Autoeficacitate – modulele 20

Autonomie – modulele 30

Biodisponibilitate – modulele 3

CBD – modulele 16

CRAFT – modulele 21

Capacitate decizională – modulele 30

Comparator – modulele 32

Conflict de rol – modulele 30

Continuitate – modulele 29

Control executiv – modulele 2

Craving – modulele 17

Craving (nevoie imperioasă de consum) – modulele 1

DBT-SUD – modulele 24

Decompensare – modulele 25

Delirium tremens – modulele 10

Dependență fizică – modulele 11

Diagnostic diferențial – modulele 7

Diagnostic longitudinal – modulele 23

Disociere – modulele 18

Distorsiune sistematică – modulele 32

Echitate – modulele 31

Efectivitate – modulele 32

Eficacitate – modulele 32

Endocardită – modulele 25

Factor protector – modulele 4, 27

Formulare clinică – modulele 7

Gambling – modulele 22

Gaming – modulele 22

Hiperalgezie – modulele 26

Hiperemeză – modulele 16

Incidență – modulele 4

Indicator de proces – modulele 31

Inducție enzimatică – modulele 15

Informație colaterală – modulele 5

Intervenție multisistemică – modulele 27

Intervenție scurtă – modulele 5

Limbajul schimbării – modulele 19

Loot box – modulele 22

Managementul contingențelor – modulele 16

Matrice – modulele 6

Metabolit – modulele 3

Methemoglobinemie – modulele 18

Nivel de îngrijire – modulele 8

Perioperator – modulele 26

Piloerecție – modulele 12

Policonsum (consum mixt) – modulele 9

Polimedicație – modulele 28

Post-partum – modulele 28

Prag de raportare (prag de decizie / cut-off) – modulele 6

Prevalență – modulele 4

Prevenție de mediu – modulele 31

Profilaxie – modulele 29

Rabdomioliză – modulele 9, 17, 25

Reacție aversivă – modulele 13

Reacție încrucișată – modulele 6

Rebound – modulele 11

Redistribuire – modulele 24

Reducere treptată – modulele 11

Reducerea riscurilor – modulele 29

Reflecție – modulele 19

Remisiune – modulele 1

Retenție în tratament – modulele 14

Rețea de sprijin – modulele 21

Screening – modulele 5, 24

Sevraj precipitat – modulele 12

Stimul (indiciu) condiționat – modulele 2

Stimul asociat consumului – modulele 15

Substituție nicotinică – modulele 15

THC – modulele 16

Tiamină – modulele 10

Toleranță – modulele 1

Toxidrom – modulele 9, 18

Tratament ghidat de simptome – modulele 10

Tratament integrat – modulele 23

Tulburare indusă – modulele 7, 23

Ventilație – modulele 12

Îngrijire integrată – modulele 8

Îngrijire sensibilă la traumă – modulele 28

Îngrijire în trepte – modulele 8

Întărire – modulele 20

Întărire (ranforsare) – modulele 2

Note de lectură

Spațiu pentru întrebări, idei și trimiteri de reluat în timpul studiului.