

TULBURĂRI LEGATE DE CONSUMUL DE SUBSTANȚE NOI CU PROPRIETĂȚI PSIHOACTIVE ȘI STIMULATOARE LA ADULȚI ȘI ADOLESCENȚI

PROTOCOL CLINIC NAȚIONAL

PCN-399

CHIȘINĂU, 2022

Aprobat în cadrul ședinței Consiliului de experți al Ministerului Sănătății
din 23.02.2022, proces verbal nr. 2

Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 314
din 31.03.2022 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național
„Tulburări legate de consumul de substanțe noi cu proprietăți psihoactive
și stimulatoare la adulți și adolescenți”

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	5
SUMARUL RECOMANDĂRILOR	7
PREFAȚĂ	10
PARTEA INTRODUCȚIVĂ	11
A.1. DIAGNOSTICUL. Tulburări legate de consumul de substanțe noi cu proprietăți psihoactive și stimulatoare	11
A.2. Codul bolii (CIM 10): F 11-, F 15-, F19-	11
A.3. Utilizatorii	11
A.4. Obiectivele protocolului	11
A.5. Elaborat: 2021	12
A.6. Revizuire: 2026	12
A.7. Lista și informațiile de contact ale persoanelor ce au participat la elaborare	12
A.8. Lista structurilor/responsabililor care au examinat și avizat PCN	12
A.9. Definițiile folosite în document	13
A.10. Informația epidemiologică	17
B. PARTEA GENERALĂ	20
B.1. Nivelul de asistență medicală primară	20
B.2. Nivelul de asistență medicală urgentă prespitalicească	21
B.3. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator (narcolog din secția consultativă a spitalelor raionale și DRN, psihiatru din centrul comunitar de sănătate mintală, servicii de reabilitare publice și private)	22
B.4. Nivelul de asistență medicală spitalicească – secțiile de profil narcologic și psihiatric ale spitalelor raionale și municipale, UPU	24
C.1. ALGORITM DE CONDUITĂ	25
C.1.1. Algoritmul general de conduită a pacientului	25
C.1.2. Algoritmul intervențiilor la nivelele sistemului de sănătate	26
C.1.3. O abordare de tip „ghișeu unic” pentru persoanele predispuse la consumul de substanțe	27
C.1.4. Modelul comunitar de abordare a persoanelor predispuse la consumul de substanțe	27
C.1.5. Algoritmul interviului motivațional	28
C.1.6. Algoritmul asistenței de urgență în cazul intoxicațiilor acute și a supradozelor de SPNN-uri și stimulatoare	29
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	29
C.2.1.1. Clasificarea clinică	29
C.2.2. Profilaxia	32

C.2.2.1. Factorii de risc	32
C.2.2.2. Screeningul	34
C.2.3. CONDUITA PACIENTULUI	36
C.2.3.1. Anamneza	37
C.2.3.2. Manifestările clinice	38
C.2.3.2.1 SNPP-uri cu efecte principale stimulative	38
C.2.3.2.2. MDMA și SNPP-urile cu „EFECTE EMPATOGENE” similare	39
C.2.3.2.3. Catinonele sintetice	41
C.2.3.2.4. Metamfetamina	42
C.2.3.2.5. SNPP-urile halucinogene și agoniști sintetici ai receptorilor canabinoizi (SCRA)	46
C.2.3.2.6. Agoniștii sintetici ai receptorilor canabinoizi	48
C.2.3.3. Investigațiile paraclinice	52
C.2.3.4. Diagnosticul diferențial (obligatoriu)	52
C.2.3.5. Prognosticul	54
C.2.3.6. Criteriile de spitalizare	55
C.2.3.7. Criteriile de transfer de la un nivel de asistență medical la altul	55
C.2.3.8. Tratamentul	57
C.2.3.8.1. Tratamentul nemedicamentos	57
C.2.3.8.2. Tratamentul medicamentos	59
C.2.3.9. Evoluția	64
C.2.3.10. Supravegherea	66
C.2.3.11. Reabilitarea – Recuperarea psihosocială	67
C.2.4. STĂRILE DE URGENȚĂ	68
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	71
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PREVEDERILOR PCN	75
ANEXE	77
Anexa 1. Fișa standardizată de audit medical	77
Anexa 2. Ghid pentru consumator	79
Anexa 3. Testul ASSIST 11	82
Anexa 4. Testul DAST – 10	87
Anexa 5. Ghid de interviu individual pentru realizarea evaluării inițiale	88
Anexa 6. Fișă informativă – substanțe noi cu proprietăți psihoactive	94
Anexa 7. Instrumentul de evaluare a procesului de tratament	96
Anexa 8. Nivelele de evidență și gradele de recomandare	98
BIBLIOGRAFIE	99

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ABCDE	Algoritmul examenului primar ABCDE (Evaluare și tratament inițial: căi aeriene, ventilație, circulație, neurologic, expuneri la factori de mediu) (engl.: Initial assessment and treatment: Airways, Breathing, Circulation, Disability, Exposure)
AMP	asistența medicală primară
AMT	alfa-metiltriptamină
AMUP	asistența medicală urgentă prespitalicească
ART/ARV	tratament antiretroviral
CCSM	centru comunitar de sănătate mintală
CNAMUP	Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească
CBD	canabinol
CDI	consumator de droguri injectabile
DAT	transportator de dopamină (engl.: dopamine transporter, dopamine active transporter)
DMU	Departamentul Medicină Urgentă
DRN	IMSP „Dispensarul Republican de Narcologie al Ministerului Sănătății”, www.imspdrn.md
ECSM	echipa comunitară de sănătate mintală
ESPAD	proiectul european pentru anchetele în școli privind consumul de alcool și alte droguri (engl.: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)
FTM	farmacoterapie cu metadonă
FTO	farmacoterapie cu opioide
HIV	virusul imunodeficienței umane
HPPD	tulburări de percepție persistente provocate de halucinogene (engl.: halucinogen persisting perception disorders)
HTA	hipertensiune arterială
IBBS	Studiu integrat bio-comportamental (engl.: Integrated Bio-Behavioral Surveillance Survey)
IEC	informare, educare, comunicare
IMAO	inhibitori ai monoaminoxidazei
IMSP	instituție medico-sanitară publică
IRSN	inhibitori ai recaptării serotoninei-norepinefrinei
ISRS	inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei
ITS	infecții cu transmitere sexuală
KAP	Studiul pentru determinarea cunoștințelor, atitudinilor și practicilor sau Studiul KAP (engl.: The KAP Survey Model (Knowledge, Attitudes, and Practices))
LSD	dietilamida acidului lisergic (engl.: lysergic acid diethylamide)

MAI	Ministerul Afacerilor Interne al Republicii Moldova, www.mai.gov.md
MDMA	metilendioximetamfetamină
MS	Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, www.ms.gov.md
NIDA	Institutul Național pentru Abuzul de Droguri (engl.: National Institute on Drug Abuse)
NOS	diagnostic de tulburare psihotică, nespecificată altfel (engl.: personality disorder not otherwise specified)
OEDT/ EMCDDA	Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie (engl.: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA)
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PCC	psihoterapie cognitiv-comportamentală
PCID	persoană consumatoare de droguri injectabile
PMA	parametoxiamfetamină
Pep	profilaxia post-expunere la HIV
PEV	potențialul de evocare vizual
PRAS	Programul de reducere a abuzul de substanțe
Prep	profilaxia pre-expunere la HIV
SC	canabinoizi sintetici
SCR	studiu clinic randomizat
SCRA	agoniști ai receptorilor canabinoizilor sintetici (engl.: synthetic cannabinoid receptor agonists)
SERT	transportatorul serotoninei (engl.: serotonin transporter)
SIDA	Sindromul imunodeficienței achiziționate
SNC	sistem nervos central
SNPP	substanțe noi cu proprietăți psihoactive
SPA	substanțe psihoactive
SPU	secția primire de urgențe
TA	tensiune arterială
TB	tuberculoză
TCC	terapie cognitiv-comportamentală
THC	delta-9-tetrahidrocanabinol (engl.: tetrahydrocannabinol)
UBRAF	Cadrul unificat pentru buget, rezultate și responsabilitate (engl.: Unified Budget, Results and Accountability Framework)
UNAIDS	Programul Comun al ONU pentru HIV/SIDA (engl.: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)
UNODC	Agenția Națiunilor Unite pentru Combaterea Drogurilor și Criminalității (engl.: United Nations Office on Drugs and Crime)
UPU	unitatea primire de urgențe
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

1. Consumul de substanțe psihoactive are mai multe scopuri: în scop recreațional, pentru tratament și pentru consum abuziv (dependență).
2. **Drogurile recreaționale** se referă la un grup de substanțe psihoactive consumate în mod obișnuit în locuri destinate dansului, la petrecerile private, în cadrul festivalurilor de muzică și, uneori, într-un context sexual. Termenul descrie un grup divers de substanțe cu diferite acțiuni.
3. Substanțele psihoactive noi și cu efecte stimulatoare pot exercita diverse acțiuni asupra sistemului nervos central și pot fi clasificate în diverse categorii oferite în mod clasic de către UNODC/ Treatnet, ca fiind substanțe **deprimante** (tind să încetinească activitatea sistemului nervos central (SNC), iar în rezultat adesea utilizatorul simte mai puțină durere, este mai relaxat și somnoros; unele deprimante pot genera euforie: alcoolul, canabisul, opiaceele, benzodiazepinele, substanțele volatile etc), **halucinogene** (au capacitatea de a modifica percepțiile senzoriale ale consumatorului prin denaturarea mesajelor transmise în SNC. Un exemplu comun include noțiunea de „trips-excursii”, precum LSD, mescalina, ciupercile halucinogene) și **stimulatoare** (tind să accelereze activitatea SNC al persoanei, inclusiv a creierului: nicotina, cafeina, pseudo-efedrina, amfetamina, cocaina) și **altele** (grupul „altele” include substanțele psihoactive care nu se încadrează expres în nicio altă categorie, inclusiv: MDMA, catinonele sintetice, canabinoizii sintetici, substanțele volatile – petrolul, gazul, vopseaua).
4. Substanțele noi cu proprietăți psihoactive (SNPP) sunt „substanțe consumate prin abuz, fie într-o formă pură fie sub formă de preparat, care nu sunt supuse controlului prin Convenția unică asupra stupefiantelor din 1961 sau prin Convenția asupra substanțelor psihotrope din 1971, dar care ar putea reprezenta o amenințare la adresa sănătății publice” (UNODC). SNPP-urile au fost pentru a imita efectele drogurilor existente, supuse controlului. Ele au fost elaborate inițial ca înlocuitori „legali” ai drogurilor ilicite supuse controlului, cum ar fi canabisul, heroina, cocaina și MDMA.
5. Substanțele stimulatorii aparțin unor categorii de substanțe chimice diferite și au acțiuni farmacologice diferite. Acestea stimulează sistemul nervos central prin sporirea activității principalilor neurotransmițători, cum ar fi norepinefrina, dopamina și serotonina, crescând eliberarea simultană și/sau inhibând recaptarea acestor substanțe chimice. Stimulatoarele, în general, au un efect energizant și determină o impulsivitate crescută.
6. Politoxicomania: Consumatorii drogurilor recreaționale și ai SNPP-urilor vor consuma, de obicei, un spectru larg de substanțe simultan. Co-ingestia simultană a mai mult de o substanță (consumul simultan), inclusiv **în asociere** cu alcoolul, sporește riscul efectelor adverse.
7. Sindromul de sevraj: reprezintă o stare morfo-funcțională patologică legată direct de consumul de droguri care apare atunci când consumatorul dependent renunță la dozele lui obișnuite. Dacă dependența este puternică, sevrajul se poate manifesta prin forme violente. În timpul sevrajului se înregistrează: hipertensiune arterială, palpitații, transpirație profundă, dureri musculare, dureri în articulații, cefalee, vertijuri, vomă, excitație psihomotorie, accese convulsive, anxietate, insomnie, disconfort psihologic și fizic etc.
8. Dezintoxicarea: este o intervenție medicală pe termen scurt, fiind prima etapă în tratamentul farmacologic al dependenței. Scopul constă în înlăturarea reziduurilor substanței stupefiante consumate din organism, cu diminuarea și combaterea simptomaticii morfo-funcționale de sevraj, cu ameliorarea stării de sănătate și cu reducerea necesității patologice de consum.
9. Substituția, farmacoterapia sau tratamentul medicamentos asistat: presupune un tratament medical prin care drogul consumat ilicit este înlocuit cu o substanță legală cu proprietăți similare, administrată cu scopul de a stabili funcțiile fizice și psihice ale pacientului și a reduce riscurile și comportamentul antisocial ca urmare a consumului ilicit de droguri.

10. Până în prezent au fost identificați 72 de factori de risc pentru consumul de substanțe și dependență. Printre aceștia se numără sărăcia, rasismul, disfuncția socială, familiile disfuncționale, educația precară și grupurile de colegi care fac abuz de astfel de substanțe. Acești factori de risc, precum și alți factori de mediu și genetici, influențează doar decizia inițială a unui individ de a face abuz de substanțe.
11. Screeningul privind determinarea gradului de dependență se va efectua la toate persoanele consumatoare în timpul vizitelor consultative și al consultațiilor în cadrul comisiilor de expertiză narcologică.
12. Prevenirea consumului poate să fie susținută de teorie la trei niveluri: în ceea ce privește conținutul măsurilor întreprinse; metodologia și didactica implementării acestora; și modul în care sunt introduse și aplicate în practică (Pentz, 2003).
13. Evaluarea multi-disciplinară a persoanelor consumatoare de SNPP-uri și stimulatoare implică evaluarea de către: narcolog, psihiatru, psiholog, asistent social, lucrător de la egal la egal.
14. Investigațiile de laborator și testele psihologice la SNPP-uri și stimulatoare: Aceste substanțe nu sunt determinate de testele rapide tradiționale. De asemenea, în prezent, nu există metode CTI (studii chimice și toxicologice) care să permită izolarea acestor substanțe din mediul biologic uman, deși metodele GC-MS și spectrometria de masă tandem ar trebui considerate cele mai adecvate pentru această sarcină.
15. Testele neuropsihologice: Testul DAST-10 – preconizat pentru evaluarea riscului de dependență în consumul de medicamente; Testul ASIST – screening-test (OMS ASSIST 11) pentru depistarea dependenței de alcool, produse de tutungerie și alte substanțe.
16. În procesul de diagnosticare, alte tulburări și afecțiuni cu prezentări similare sau identice trebuie luate în considerație pentru a le exclude sau a le include ca tulburări psihiatrice coexistente (diagnostic dual), tulburări de dispoziție, schizofrenie, tulburare delirantă, tulburare afectiv bipolară – episod maniacal, tulburare histrionică, consecințe ale traumatismului cranio-cerebral.
17. Consumul de SNPP-uri și stimulatoare are o evoluție progredientă și depinde de tipul și diversitatea intervenției. Pe termen scurt prognosticul este relativ favorabil, ținând cont de ameliorarea funcționalității sociale după remiterea simptomelor din cadrul episodului de consum. Pe termen lung prognosticul depinde de tratamentul farmacologic și metodele de reabilitare psihosocială care permit sporirea calității vieții, adaptarea și integrarea psihosocială.
18. Criteriile de spitalizare în secțiile de terapie intensivă și reanimare a pacienților cu consum de substanțe noi cu proprietăți psihoactive și stimulatoare: pacient cu semne de pericol vital – decompensarea funcțiilor vital-importante în cazuri de: supradozaj, intoxicație acută etc. pacient cu stări grave după tentativele de suicid.
19. Nivelele de asistență medicală în caz de consum includ AMUP, asistență medicală de ambulator, secțiile narcologice din cadru DRN și a spitalelor de psihiatrie (adulți și adolescenți), cabinetul narcologic teritorial, CCSM, IMSP DRN și suportul comunitar.
20. Obiectivele tratamentului nemedicamentos: crearea mediului propice pentru aplicarea tratamentului medicamentos; remisia/încetarea și/sau reducerea abuzului de SNPP-uri și stimulatoare; reducerea riscurilor asociate consumului de SNPP și stimulatoare; îmbunătățirea stării fizice, sociale, psihologice și spirituale a pacientului; prevenirea recăderilor.
21. Suportul și îngrijirile adresate consumatorilor de SNPP-uri și stimulatoare sunt orientate spre reducerea riscurilor asociate pentru consumatorii activi care vor include: programe de distribuire a prezervativelor, lubrifiantilor și programe de promovare a sexului sigur; schimb de seringi; servicii de testare la HIV; terapia antiretrovirală (ART); intervenții psihosociale bazate pe dovezi și tratamentul dependențelor; prevenirea, diagnosticul și tratamentul ITS, hepatitelor și tuberculozei (TB); Informare, educare și comunicare (IEC) pentru persoanele care consumă droguri și partenerii lor sexuali; prevenirea și managementul supradozelor și a intoxicațiilor acute.

22. Managementul contingenței este o intervenție care vizează eliminarea sau modificarea specifică a comportamentelor asociate consumului de substanțe prin utilizarea procedurilor de consolidare pozitivă sau recompense (monetare și nemonetare). Managementul contingenței se bazează pe principiile condiționării arătând că, în timp, comportamentele care sunt recompensate sunt susceptibile să devină dominante.
23. Nu există încă o farmacoterapie eficientă pentru tulburările consumului de SNPP-uri și stimulatoarele, dar acest subiect este cercetat intens. Din cauza diferențelor în neurochimia drogurilor există motive întemeiate să credem că pot fi necesare farmacoterapii diferite pentru tratarea acestor forme de utilizare a stimulatoarelor și SNPP-urilor. Cu toate acestea, deoarece substanțele respective produc efecte similare asupra nivelului de dopamină al creierului, tratamentul tulburărilor de consum de cocaina sunt examinate și pentru tratamentul consumului de SNPP-uri și stimulatoare.
24. Antidepresivele și-au demonstrat eficiența în tratamentul dependenței de cocaină, inclusiv preparatele „Fluoxetin”, „Maprotilin” și „Gepiron”. Datorită efectelor foarte pronunțate ale cocainei în sistemul dopaminei, a fost investigată o varietate de compuși dopaminergici diferiți, inclusiv „Amantadin”, „Bromocriptin”, „Bupropion”, „Flupentixol”, „Carbidopa”, „Mazindol”, „Metilfenidat” și „Tirozin”.
25. Consumatorii de SNPP-uri și stimulatoare pot dezvolta rapid toleranță la efectele dorite ale substanței consumate și pot simți un efect mai redus cu fiecare doză, ceea ce îi poate determina să ia doze din ce în ce mai mari. În plus, la consumul dozelor mai mari și repetate se poate declanșa anxietate, irascibilitate și disconfort general.
26. Efectele acute ale consumului de SNPP-uri și stimulatoare: supradozajul; hipertermia; sindromul serotoninic; cardiotoxicitatea; alte complicații neprevăzute.
27. Efectele cronice: tulburări de percepție persistente; injectarea compulsivă („maraton”) însoțită de riscul de infectare cu HIV, hepatite virale, ITS; abcese; insomnie; tentative suicidale; comportament sexual compulsiv, chemsex.
28. Utilizarea SNPP-urilor și stimulatoarelor pe parcursul unei perioade îndelungate de timp poate provoca o varietate de simptome psihologice, precum și schimbări comportamentale și fizice. Efectul pe termen lung al utilizării stimulatoarelor poate include dezvoltarea toleranței și a simptomelor de sevraj, în cazul abținerii de la utilizare. De asemenea, poate avea ca rezultat diverse efecte fizice, psihiatrice, neurologice și neurocognitive.
29. Complicațiile consumului SNPP-uri sunt de ordin psihic și neurologic, la fel intervin și alte probleme medicale: probleme dentare severe (osteomielite mandibulei); reacții alergice severe la locurile de injectare, precum și infecții cardiace ca urmare a injectării metamfetaminei; complicații respiratorii grave, inclusiv pneumonie, hemoragie și insuficiență respiratorie de la fumat și alte boli pulmonare; răni faciale și corporale de la zgârieturi, uneori degenerând în infecții; pierderea extremă în greutate și subnutriție; infecții cu transmitere sexuală, precum și leziuni ale rinichilor și ale ficatului.
30. Complicații la femei: Atunci când sunt folosite în timpul sarcinii substanțele psihostimulatoare cresc riscul de decolare prematură a placentei și hemoragie, naștere prematură, malformații congenitale (inclusiv defecte cardiace), hemoragii și accident vascular cerebral fetal.
31. Tratamentul de menținere: Accentul va fi pus pe managementul pe termen lung a dependențelor, astfel, persoanele cu tulburări de consum de SNPP-uri și stimulatoare au nevoie pe tot parcursul vieții de intervenții medicale și psihosociale, a căror intensitate va corespunde severității simptomelor și situației (consum activ sau remisie).
32. Asistența profilactică este orientată spre prevenirea recăderilor și integrarea socială a pacientului.
33. Programele de suport psihosocial adresate consumatorilor de SNPP-uri și stimulatoare în formă de consolidare a rezilienței personale, crearea unui mediu de suport, psihoeducația etc.

PREFAȚĂ

Acest Protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, constituit din specialiștii Catedrei Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, IMSP „Dispensarul Republican de Narcologie”, în colaborare cu organizațiile internaționale și neguvernamentale active în domeniu.

Protocolul clinic național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind dependența prin consum de opiacee la adulți și adolescenți și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor clinice instituționale, în funcție de posibilitățile reale ale fiecărei instituții. La recomandarea Ministerului Sănătății pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în Protocolul clinic național. Concomitent, Protocolul nominalizat a fost revizuit și de către specialiștii UNODC și UNAIDS.

Elaborarea Protocolului clinic național a fost efectuată de către grupul de lucru cu susținerea experților UNODC în Moldova, precum și specialiștilor de la Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie (OEDT). Elaborarea Protocolului a fost realizată cu suportul financiar din partea Bugetului unificat și cadrul de responsabilitate UBRAF al UNAIDS Moldova 2020.

A. PARTEA INTRODUCATIVĂ

A.1. DIAGNOSTICUL. Tulburări legate de consumul de substanțe noi cu proprietăți psihoactive și stimulatoare

Exemple de diagnostic clinic:

1. Tulburări mintale și de comportament cauzate de utilizarea opioidelor. F 11;
2. Tulburări mintale și de comportament cauzate de utilizarea altor stimulatoare, inclusiv cofeina. F 15;
3. Tulburări mintale și de comportament cauzate de utilizarea mai multor droguri sau altor substanțe psihoactive. F 19.

A.2. Codul bolii (CIM 10): F 11-, F 15-, F 19-.

A.3. Utilizatorii

1. *prestatori de Asistență Medicală Primară;*
2. *prestatori de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească* (echipele serviciului de CNAMUP);
3. *prestatori de Asistență Medicală Specializată de Ambulator* - cabinetele de narcologie din secțiile consultative ale spitalelor raionale; centrele comunitare de sănătate mintală (psihiatri, psihoterapeuți, psihologi, asistente medicale, asistenți sociali);
4. *prestatori de Asistență Medicală Specializată Spitalicească* - secțiile de narcologie; secțiile de psihiatrie din spitalele de profil general (municipale, raionale); spitalele de psihiatrie (medici psihiatri, medici rezidenți);
5. centrele de intervenție în criză (medici psihiatri, psihoterapeuți, toxico-reanimatologi, reanimatologi, psihologi, asistente medicale);
6. asociațiile obștești active în domeniul reducerii riscurilor asociate consumului de droguri și asistenței psihosociale a persoanelor consumatoare și dependente de droguri;
7. programe de reabilitare de lungă durată - de stat și private (comunități terapeutice etc.).

Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Obiectivele protocolului

1. Facilitarea procesului de diagnostic al tulburărilor legate de consumul de substanțe noi cu proprietăți psihoactive și stimulatoare;
2. Sporirea calității managementului, tratamentului și calității vieții pacientului cu tulburări legate de consum;
3. Depistarea precoce a pacienților cu tulburări legate de consumul de substanțe noi cu proprietăți psihoactive și stimulatoare;
4. Sporirea eficacității eforturilor de prevenire a recăderilor, de reintegrare familială, socială, colectivă, de muncă prin ridicarea calității tratamentului farmacologic cu „Metadonă”;
5. Ameliorarea stării de sănătate a consumatorilor de droguri și menținerea abstenenței de la droguri;
6. Micșorarea numărului de decese cauzate de supradozarea drogurilor printre consumatorii de droguri injectabile;
7. Ameliorarea stării de sănătate a consumatorilor de droguri și menținerea abstenenței de la droguri; evitarea dezvoltării dizabilității și stigmatizării cauzate de efectul dezadaptativ în aspect social al pacienților cu tulburări legate de consumul de substanțe noi cu proprietăți psihoactive și stimulatoare;

A.5. Elaborat: 2021**A.6. Revizuire: 2026****A.7. Lista și informațiile de contact ale persoanelor ce au participat la elaborare**

Prenume, nume	Structura, funcția deținută
Ina Tcaci	Coordonator Programe, Agenția ONU pentru Combaterea Drogurilor și Criminalității
Jana Chihai	d. șt. med., conferențiar universitar, șefa Catedrei de psihiatrie, narcologie și psihologie medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”, membru al Comisiei de specialitate a MS în psihiatrie
Tudor Vasiliev	Director, IMSP „Dispensarul Republican de Narcologie”, președintele Comisiei de specialitate a MS în narcologie și toxicodependență
Ala Iațco	Președintă, Uniunea pentru Prevenirea HIV și Reducerea Riscurilor
Lilia Fiodorova	Medic psihiatru narcolog, IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Angela Anisei	Șef Direcție managementul calității serviciilor de sănătate, Agenția Națională pentru Sănătate Publică

A.8. Lista structurilor/responsabililor care au examinat și avizat PCN

Denumirea structurii	Prenume, nume, funcția deținută
Catedra de psihiatrie, narcologie și psihologie medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”	Anatolie Nacu , dr. hab. șt. med, profesor universitar, șef catedră
Comisia științifico-metodică de profil „Neuroștiințe”	Stanislav Groppa , dr. hab. șt. med, profesor universitar, academician AȘM, președintele comisiei
Comisia de specialitate a MS în farmacologie și farmacologie clinică	Nicolae Bacinschi , dr. hab. șt. med, profesor universitar, președintele comisiei
Comisia de specialitate a MS în medicină de laborator	Anatolie Vișnevschi , dr. hab. șt. med, profesor universitar, președintele comisiei
Comisia de specialitate a MS în medicină de familie	Ghenadie Curocichin , dr. hab. șt. med, profesor universitar, președintele comisiei
Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească	Tatiana Bicic , vicedirector
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	Dragoș Guțu , director general
Compania Națională de Asigurări în Medicină	Iurie Osoianu , director general adjunct
Consiliul de experți al MS	Aurel Grosu , dr. hab. șt. med, profesor, președintele Consiliului

Recenzenți:

Prenume, nume	Structura, funcția deținută
Svetlana Plămădeală	manager național UNAIDS în Moldova
Liliana Gherman	directoare, Departamentul Sănătate Publică, Fundația Soros Moldova
Anatolie Nacu	dr. hab. șt. med, profesor universitar, șeful Catedrei de psihiatrie, narcologie și psihologie medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Ion Coșciug	dr. șt. med, conferențiar universitar, Catedra de psihiatrie, narcologie și psihologie medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”

Protocolul clinic național „Tulburări legate de consumul de substanțe noi cu proprietăți psihoactive și stimulatoare la adulți și adolescenți” a fost consultat cu comitetul KAP, cu membrii GTL pe HIV al CCM HIV, TB și ITS și cu comunitatea consumatorilor de droguri PULS.

A.9. Definițiile folosite în document

În consumul de substanțe psihoactive distingem trei modalități și scopuri de consum, cu scop recreațional, cu scop medical și consumul abuziv (dependența).

Drogurile recreaționale se referă la un grup de substanțe psihoactive consumate în mod obișnuit în locuri destinate dansului, la petrecerile private, în cadrul festivalurilor de muzică și, uneori, într-un context sexual. Termenul descrie un grup divers de substanțe cu diferite acțiuni.

Sub aspect de diagnostic sunt utilizate:

- Clasificarea Internațională a Maladiilor CIM-10,
- Clasificarea Asociației Americane de Psihiatrie, DSM-V,

1. Cu acțiune inhibitorie (deprimante): alcoolul, benzodiazepinele, opioidele, substanțele volatile, barbituricele, canabinoidele (doze mici)
2. Cu acțiune stimulatory (stimulatoarele): amfetamina, metamfetamina, cocaina, nicotina, khatul, cofeina, MDMA (metilendioximetamfetamina), ecstasy
3. Halucinogenele (substanțele care au proprietatea de a provoca tulburări de percepție): LSD, dimetiltriptamina, mescalina, fenciclidina, ketamina, canabinoidele (doze mari), ciupercile halucinogene, MDMA etc.
4. Agoniștii sintetici ai receptorilor canabinoizi.

Una din cele mai comune și utile modalități de clasificare a unui medicament este după efectul pe care acesta îl are asupra sistemului nervos central al persoanei. Creierul este cea mai mare parte a sistemului nervos central, iar aici medicamentul psihoactiv își exercită acțiunea principală. Substanțele psihoactive noi și cu efecte stimulatory pot avea diverse efecte asupra sistemului nervos central și pot fi clasificate în diverse categorii oferite în mod clasic de către UNODC/Treatnet ca fiind substanțe **deprimante** (tind să încetinească activitatea sistemului nervos central (SNC)), iar ca rezultat adesea utilizatorul simte mai puțină durere, este mai relaxat și somnolent; deprimantele pot genera euforie: *alcoolul, cannabisul, opioidele, benzodiazepinele, substanțele volatile etc.*), **halucinogene** (au capacitatea de a modifica percepțiile senzoriale ale consumatorului prin denaturarea mesajelor transmise în SNC; un exemplu comun include noțiunea de „trips-excursii”, precum *LSD, mescalina, ciupercile halucinogene*) și **stimulatory** (tind să accelereze activitatea sistemului SNC al persoanei, inclusiv a creierului, între care și *nicotina, cofeina, pseudoefedrina, amfetamina, cocaina*) și **alte** (grupul „alte” include substanțele psihoactive care nu se încadrează expres în nicio altă categorie, inclusiv: *MDMA, catinonele sintetice, canabinoizii sintetici, substanțele volatile – petrolul, gazul, vopsea*).

Informația din Treatnet/UNODC¹

Substanțele noi cu proprietăți psihoactive (SNPP) sunt „substanțe consumate prin abuz, fie într-o formă pură fie sub formă de preparat, care nu sunt supuse controlului prin Convenția unică asupra stupefiantelor din 1961 sau prin Convenția asupra substanțelor psihotrope din 1971, dar care ar putea reprezenta o amenințare la adresa sănătății publice” (Agenția Națiunilor Unite pentru Combaterea Drogurilor și Criminalității – UNODC). SNPP-urile au fost elaborate pentru a imita efectele drogurilor existente, supuse controlului. Ele au fost concepute inițial ca înlocuitori „legali” ai drogurilor ilicite supuse controlului, cum ar fi cannabisul, heroina, cocaina și MDMA. **Substanțele stimulatory** aparțin unor categorii de substanțe chimice diferite și au acțiuni farmacologice diferite. Acestea stimulează sistemul nervos central prin sporirea activității principalilor neurotransmițători, cum ar fi norepinefrina,

¹ <https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/drugtreat-pubs-front6-wk-toc~drugtreat-pubs-front6-wk-secb~drugtreat-pubs-front6-wk-secb-3~drugtreat-pubs-front6-wk-secb-3-1>

dopamina și serotonina, crescând eliberarea simultană și/sau inhibând recaptarea acestor substanțe chimice. Stimulatoarele, în general, au un efect energizant și determină o impulsivitate crescută. Măsură în care un anumit drog determină, în mod diferențiat, creșterea concentrațiilor de noradrenalină, dopamină și serotonină va determina efectul, inclusiv cel dorit.

- Drogurile care cresc semnificativ nivelul de dopamină vor induce o recompensă și o plăcere sporite ori chiar euforie și, de asemenea, sunt susceptibile să sporească dorința de a repeta administrarea substanței.
- Drogurile care cresc nivelul de noradrenalină vor fi mai puțin euforice și mai stimulatoare, sporind vigilența, dar pot provoca anxietate. Acestea sunt, de asemenea, mai cardiotoxice.
- Drogurile care cresc nivelul de serotonină pot amplifica emoțiile și comportamentele legate de sociabilitate și empatie, fiind denumite uneori „empatogene” sau ca având efecte empatogene.

MDMA și SNPP-urile cu „efecte empatogene” similare. „Ecstasy” sau MDMA continuă să fie un drog consumat relativ frecvent în Europa. În ultimii ani, s-a înregistrat o creștere a dozei din comprimatele vândute. „Ecstasy” conține, de obicei, MDMA. Cu toate acestea, nu întotdeauna se întâmplă astfel și consumatorii ar putea consuma fără să știe alte substanțe precum și/sau în loc de MDMA (Methylenedioxymethamphetamin). Multe produse vândute ca „ecstasy” pot conține MDMA și alți compuși, inclusiv pentedronă sau para-metoxiamfetamină (PMA). Uneori acestea nu conțin deloc MDMA. De asemenea, în ultimii ani au apărut mai mulți analogi ai MDMA și substanțe cu efecte similare. Din punct de vedere structural, MDMA este similar atât cu stimulatoarele de tip amfetaminic, cât și cu halucinogenele de tip mescalină, dar farmacologic este diferit de acestea. MDMA prezintă multiple acțiuni pentru diferite ținte.

- Acesta eliberează și inhibă recaptarea monoaminelor: serotonina, dopamina și noradrenalina.
- Prezintă un efect IMAO și acționează direct ca un agonist al receptorilor 5-HT_{2A}, receptorul serotoninei responsabil pentru efectele halucinogene.
- În plus față de efectele directe serotoninergice asupra stării de spirit, transportorul serotoninei (SERT) asupra căruia acționează MDMA și analogii săi, pare să medieze eliberarea hormonilor neuropeptidici – oxitocină și prolactină. Se presupune că acțiunea MDMA asupra SERT ar contribui la efectul prosocial, empatogenic al MDMA.

Catinonele sintetice. Catinonele sintetice derivă din compusul-mamă catinonă, acesta fiind principala compus psihoactiv din planta khat (qat). În 2019, OEDT a monitorizat 138 de catinone sintetice. Catinonele sintetice sunt disponibile pe piața de droguri recreaționale de mai mult de un deceniu. Catinonele sintetice consumate frecvent includeau inițial mefedrona (4-MMC) și metilona, dar la catinonele detectate mai recent se referă metilendioxipirovalerona (MDPV), 2-MMC, 3-MMC, alfaPVP, etilona, 4-CMC și pentedrona, analogii pirovaleronei (3,4-MDPV) și nafirona. Au fost identificate trei generații de catinone sintetice, cu generațiile recente asociate cu riscuri ridicate de efecte nocive. În unele țări europene există, de asemenea, îngrijorarea față de consumul catinonelor sintetice de către persoanele care-și administrează injectabil opioide și stimulatoare.

Consumul de catinone sintetice variază geografic. Cunoștințele despre catinonele sintetice rămân limitate, în special despre efectele lor nocive și managementul clinic. Catinonele sintetice sunt analogi de tip amfetaminic, fiind înrudite structural cu amfetamina, metamfetamina și MDMA. Ele au efecte similare cu amfetamina asupra recaptării monoaminice, cu efecte speciale asupra serotoninei, dopaminei și noradrenalinei. De asemenea, exercită efecte simpatomimetice puternice. Există totuși diferențe considerabile între diferite catinone sintetice în chimia, modurile de acțiune, potența și toxicitatea lor. A fost propusă o clasificare pe baza acțiunii farmacologice a catinonelor (de exemplu, raportul de inhibare al transportorului de dopamină (DAT)/de serotonină (SERT)) și comparabilitatea acestora cu drogurile tradiționale în special.

Catinonele amestecate cu cocaină și MDMA, spre exemplu, mefedronă, 4-MEC, metilonă, etilonă, butilonă și nafironă. Aceste substanțe sunt asociate cu un efect empatogenic asemănător cu cel al MDMA când sunt consumate pe cale orală și prezintă un efect psihostimulator asemănător cocainei c consumu intranasal.

- Catinone asemănătoare metamfetaminei, spre exemplu, catinona, metcatinona, flefedrona, etcatinona, și 3-FMC
- Catinone de tip MDMA, de exemplu, mefedrona și 4- trifluorometilmetcatinonă. Acestea au efecte similare cu MDMA
- Catinone tip-pirovaleronă, de exemplu pirovalerona, MDPV și -PVP.

Mefedrona (4-metilmetacatinonă (4-MMC) sau 4-metilfedronă) este o substanță sintetică bazată pe compoziția catinonică a plantei khat și se include în clasa catinonelor și a amfetaminei. Pe piața drogurilor ilegale este disponibilă în formă de tablete, capsule sau pulbere albă. Consumatorii de droguri le folosesc pe cale orală, prin inhalare, inspirație sau injectare. Mefedrona produce efecte similare cu cele ale MDMA, amfetaminei și cocainei. Mefedrona provoacă diverse reacții adverse, inclusiv pupile dilatate, concentrație redusă, probleme de concentrare vizuală, tulburări de memorie, halucinații etc. Cele mai severe efecte apar în cazul consumului dozelor mari și a consumului de lungă durată, precum și a administrării concomitente a altor substanțe toxice. Consumatorii raportează inclusiv modificări ale temperaturii corpului, creșterea ritmului cardiac, dificultăți de respirație, pierderea poftei de mâncare, transpirație crescută, decolorarea extremităților, anxietate, paranoia și depresie. Când sunt inspirate, pot provoca traume, sângerări și arsuri nazale, ceea ce sporește riscul de infectare cu HIV și de contractare a altor infecții transmisibile prin sânge. Mefedrona este unul din numeroasele droguri de designer care au fost raportate în ultimii ani, inclusiv în Republica Moldova.

Metamfetamina. Actualmente se susține că, la nivel global, consumul de metamfetamină reprezintă cea mai mare provocare. Metamfetamina și amfetamina sunt două substanțe sintetice strâns înrudite care acționează ca stimulatoare ale sistemului nervos central. Acestea sunt ingerate, inhalate pe nas (insuflație) sau injectate, iar metamfetamina, în special în formă cristalină, se și fumează. Metamfetamina are următoarele caracteristici:

- Este un puternic stimulator psihomotor cu efecte fiziologice majore asupra sistemului nervos central și periferic.
- Este, de obicei, descris ca fiind mai puternic decât amfetamina.
- Este puternic lipofil.
- Comparativ cu amfetamina (în doze similare), traversează mai ușor bariera hematoencefalică.
- Consumul devine mai pronunțat și cu un efect stimulator mai de durată decât cel al amfetaminei.
- Efectele sale sunt similare cu cele ale cocainei, dar durează mai mult și pot fi mai severe. Efectele includ o dispoziție efervescentă, o senzație de bine, un nivel crescut de energie, vigilență, concentrare, alertă și activități motorii și de vorbire intensificate, performanță îmbunătățită în îndeplinirea sarcinilor fizice și mentale, reducerea senzației de oboseală și scăderea inhibițiilor sociale sau sexuale.
- Efectele nocive ale acestor droguri includ psihoză, probleme cardiovasculare și cerebrovasculare, dependență, probleme psihologice și psihiatrice, boli infecțioase – în cazul injectării – și deces.

Halucinogenele sunt un grup de substanțe care modifică și distorsionează percepția, mai întâi de toate cea vizuală, și, de asemenea, modifică natura gândirii și a dispoziției. Termenul „halucinogen” este utilizat aici pentru în calitate de referință la medicamente cu un mecanism de acțiune mediat, în primul rând, de agonism cu receptorul serotoninei 5-HT_{2A}. Exemple de astfel de medicamente:

- Ciupercile sau „ciupercile magice” ori speciile de ciuperci care conțin *psilocibină* și *psilocină*. Alte specii de ciuperci halucinogene, precum muscarița (*Amanita muscaria*), conțin ca principale substanțe active *muscimolul* și *acidul ibotenic*. Speciile care conțin muscimol sunt toxice, fiind înrudite îndeaproape cu speciile foarte toxice.
- lizergamide (compuși asemănători LSD);
- triptamine;
- feniletilamine cu efecte halucinogene;
- alți halucinogeni.

În comparație cu efectele mai previzibile ale stimulatoarelor și deprimantelor, efectele medicamentelor halucinogene depind într-o măsură extrem de mare de context și de utilizator. Factorii non-farmacologici, precum așteptările de efect, mediul, contextul și starea emoțională, par să aibă o influență mai considerabilă asupra efectului halucinogenilor decât asupra efectului altor medicamente. Potența unei substanțe halucinogene pare să fie în linii mari, dar nu în întregime, legată de afinitatea sa pentru receptorul 5-HT_{2A}. LSD-ul prezintă o afinitate mare față de receptorul 5-HT_{2A}, în timp ce mescalina are o afinitate mai redusă. În ultimii ani au fost dezvoltate o serie de SNPP-uri cu efect halucinogen, incluzând unele mult mai puternice decât altele. Unele SNPP-uri cu efect halucinogen au și efecte stimulative puternice. Fenetilaminele, de exemplu, sunt stimulative de tip amfetaminic, dar unele au și un efect halucinogen semnificativ.

Agoniști sintetici ai receptorilor canabinoizi

Agoniștii sintetici ai receptorilor canabinoizi (SCRA), denumiți și canabinoide sintetice (SC) sau canabimimetice sintetice formează un grup mare de droguri care exercită un efect puternic asupra sistemului endocannabinoid. SCRA reprezintă cel mai numeros grup de SNPP-uri, cu peste 250 de SCRA monitorizate la nivel global.

SCRA nu sunt versiunile sintetice ale ierbii de canabis, ci un grup chimic divers de molecule, cu unele similitudini funcționale (dar nu și structurale) cu delta-9-tetrahydrocannabinolul (sau THC) și cu alte fitocanabinoide.

Atât SCRA, cât și canabisul natural se leagă de receptorii CB₁ și CB₂; cu toate acestea, SCRA prezintă o afinitate mult sporită față de receptorii CB₁ comparativ cu canabinoizii naturali și produc efecte mai puternice. Spre deosebire de canabisul natural, SCRA nu conțin canabidiol (CBD). Unele SCRA sunt active și față de receptorii de serotonină 5-HT.

Politoxicomania: Consumatorii drogurilor recreaționale și ai SNPP-urilor vor consuma, de regulă, un spectru larg de substanțe simultan. Co-ingestia simultană a mai mult de o substanță (consumul simultan), inclusiv în asociere cu alcoolul, crește pericolul apariției efectelor adverse.

Chemsex-ul: este un termen folosit pentru o practică ce presupune întreținerea raporturilor sexuale sub influența drogurilor, cu scopul de a spori activitatea sexuală, de a depăși inhibițiile și a induce o stare de relaxare. Chemsex-ul a apărut în Marea Britanie, la sfârșitul anilor '2000, fiind o practică des întâlnită în rândul comunității homosexuale. În ultimii ani, răspândirea acestei practici sexuale a fost favorizată și de dezvoltarea părții întunecate a internetului (darknet), site-uri prin care s-a dezvoltat o piață enormă cu produse ilegale la care accesul este ușor și care au prețuri accesibile. Persoanele care practică chemsex-ul își administrează, de obicei, un cocktail de droguri diferite, printre care mefedrona și MDMA. Pe lângă dependența puternică pe care o provoacă aceste droguri ilegale,

consumul lor necontrolat poate condiționa supradozaj și sporește riscul de contractare a infecțiilor cu transmitere sexuală și prin sânge, precum virusul HIV și hepatita C.

Sindromul de sevraj: reprezintă o stare morfo-funcțională patologică legată direct de consumul de droguri care apare atunci când consumatorul dependent renunță la dozele lui obișnuite. Dacă dependența este puternică, sevrajul se poate manifesta prin forme violente. În timpul sevrajului se înregistrează: hipertensiune arterială, palpitații, transpirație profundă, dureri musculare, dureri în articulații, cefalee, vertijuri, vomă, excitație psihomotorie, accese convulsive, anxietate, insomnie, disconfort psihologic și fizic etc.

Dezintoxicarea: este o intervenție medicală pe termen scurt, fiind și prima etapă în tratamentul farmacologic al dependenței. Scopul constă în înlăturarea reziduurilor substanței stupefiante consumate din organism, cu diminuarea și combaterea simptomaticei morfo-funcționale de sevraj, cu ameliorarea stării de sănătate și cu reducerea necesității patologice de consum.

Substituția, farmacoterapia sau tratamentul medicamentos asistat: presupune un tratament medical prin care drogul consumat ilicit este înlocuit cu o substanță legală cu proprietăți similare, în scopul stabilizării funcțiilor fizice și psihice ale pacientului și reducerii riscurilor și comportamentului antisocial ca urmare a consumului ilicit de drog.

Cele mai frecvente patru căi de administrare a substanțelor psihoactive sunt (1) consumul oral (adică înghițirea), (2) consumul intranasal (administrarea prin prizare), (3) inhalarea în plămâni (în general prin fumat), și (4) intravenos prin seringă hipodermică.

A.10. Informația epidemiologică

Substanțele noi cu proprietăți psihoactive (SNPP) la nivel mondial: În prezent, SNPP-urile au devenit un fenomen global, toate regiunile lumii notificând una sau mai multe SNPP-uri. Până la sfârșitul anului 2019, au fost raportate 950 de substanțe noi la Agenția Națiunilor Unite pentru Combaterrea Drogurilor și Criminalității (UNODC) de către guverne, laboratoare și organizații partenere. La nivel mondial, în ultimii ani, autoritățile au identificat de peste trei ori mai multe SNPP-uri, față de substanțele psihoactive aflate sub control la nivel internațional.

În Europa: În prezent sunt monitorizate peste 730 de substanțe psihoactive noi de către Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie (OEDT).

La nivel de țară: Datele specifice consumului de droguri au fost colectate în cadrul studiului „Cunoștințele, atitudinile și practicile tinerilor de 15-24 ani cu referire la HIV/SIDA”, desfășurat în 2006, 2008, 2010, 2012. Rezultatele privind tendințele sunt incluse în raportul anual „Consumul și traficul ilicit de droguri în Republica Moldova” (2013). Republica Moldova a implementat trei runde ale studiului ESPAD. Conform metodologiei, sunt chestionați toți elevii din clasele cu o pondere mare de elevi cu vârsta de 16 ani (în cazul Republicii Moldova, aceștia sunt elevii din clasele a 8-a și a 9-a), dar pentru comparabilitate între țări în baza finală a studiului la nivel european se mențin doar elevii din grupul țintă (în cadrul ESPAD 2015, aceștia sunt elevii născuți în anul 1999). Rezultatele privind tendințele sunt incluse în raportul anual „Consumul și traficul ilicit de droguri în Republica Moldova” (2015).

În cadrul studiului integrat bio-comportamental IBBS 2020, desfășurat în rândul consumatorilor de droguri injectabile (CDI), principalul drog injectat pe durata ultimei luni este diferit, în funcție de localitatea desfășurării studiului. În municipiul Chișinău și Bălți tipul de drog cel mai des consumat pe parcursul ultimei luni au fost substanțele noi cu proprietăți psihoactive, 50,8%, și respectiv 34,6%, la Tiraspol a fost extractul de opiu (mac) (55,2%), iar la Râbnita au fost metamfetaminele (57,9%).

În anul 2020 s-a desfășurat repetat exercițiul de estimare a mărimii grupurilor de consumatori de droguri injectabile, lucrătoare ale sexului și bărbați care practică sex cu bărbații, având la bază ultimele recomandări din Ghidul OMS pentru supravegherea bio-comportamentală în populațiile cu risc sporit de infectare cu HIV. Estimările s-au făcut separat pentru municipiile Chișinău și Bălți de pe malul drept al râului Nistru și pentru municipiul Tiraspol și orașul Râbnita de pe malul stâng al râului Nistru. Mărimea estimată a grupului de CDI în Republica Moldova în anul 2020 este de 27,5 mii, cu

22,78 mii pentru malul drept și 4,72 mii pentru malul stâng al râului Nistru. Numărul estimat de consumatori de droguri opiacee injectabile este de circa 47% din numărul estimat de consumatori de droguri injectabile, ceea ce constituie aproximativ 12 920 persoane. Merită de menționat că injectarea opiaceelor printre persoanele consumatoare de droguri injectabile (PCID) diferă esențial de la un teritoriu la altul, fiind mai răspândită pe malul stâng (circa 54,8%).

1. DROGURILE STIMULATOARE

Conform studiului KAP (cunoștințe, atitudini și practici) 2010, în populația generală de 15-64 ani prevalența consumului amfetaminelor pe durata vieții a fost de 0,1%, iar prevalența consumului de ecstasy pe durata vieții a constituit 0,5%. Prevalența consumului amfetaminelor pe durata vieții, conform studiului KAP 2012, a fost de 0,1%, iar al consumului de ecstasy pe durata vieții în rândul tinerilor de 15-24 ani a constituit 1,2%. Conform ESPAD, prevalența consumului de ecstasy pe durata vieții în rândul elevilor în 2008 a fost de 1,6%, în anul 2011 a constituit 2% și în anul 2015 a fost de 1%.

În tendință se urmăresc valori mai mici pentru consumul drogurilor sintetice în majoritatea locațiilor din studiul IBBS 2020, în afară de orașul Râbnîța unde acest tip de drog este principalul (67,6%) și consumul este mai mare de 1,7 ori în comparație cu runda precedentă de desfășurare a studiului. Pe parcursul anului 2019 a fost înregistrată o descreștere a capturilor de droguri sintetice față de anul 2018.

Potrivit datelor Ministerului Afacerilor Interne din Republica Moldova, „primele capturi de amfetamine, cât și producerea locală de metamfetamine (pervitină) au fost înregistrate la sfârșitul anilor ‘90”. Conform rezultatelor studiului KAP realizat în anul 2010, în grupa de vârstă 15-64 de ani, „prevalența consumului amfetaminelor pe durata vieții în populația generală a constituit 0,1%, iar prevalența consumului de ecstasy pe durata vieții – 0,5%”. Prevalența consumului amfetaminelor pe durata vieții în rândul tinerilor de 15-24 de ani, conform studiului KAP din anul 2012, a fost de „0,1%, iar a consumului de ecstasy în aceeași grupă de vârstă – de 1,2%”. Conform ESPAD, „consumul de ecstasy pe durata vieții în anul 2011 a fost de 1,6%”. Studiul bio-comportamental integrat (IBSS) efectuat în anii 2015+2016 a stabilit că prevalența consumului injectabil de metamfetamine pe parcursul ultimei luni în municipiul Chișinău a constituit 36,7% de cazuri (în 28,8% cazuri fiind principalul drog injectat), în municipiul Bălți – 60,2% de cazuri (în 54,4% cazuri fiind principalul drog injectat) și în municipiul Tiraspol – 31,3% (fiind principalul drog injectat în 23,1 % cazuri)”.

2. HALUCINOGENELE

Conform KAP realizat în anul 2012, în grupa de vârstă 15-24, prevalența consumului de LSD pe durata vieții este de 0,1%. Consumul de droguri halucinogene (LSD, ciuperci halucinogene, mescalină) pe durata ultimei luni raportat în IBBS 2020 constituie 5,5%. LSD este foarte rar întâlnit, atât în cazul sechestrărilor de droguri desfășurate de MAI, cât și în cea ce privește cazurile noi de consum de droguri înregistrate de sistemul de sănătate (DRN). Potrivit datelor MAI, în anul 2019 a fost înregistrată o captură nesemnificativă comparativ cu anul 2018 și pe parcursul anului 2020 a fost închis un magazin online care vindea substanțe de tip LSD.

3. SNPP-URILE (SUBSTANȚELE NOI CU PROPRIETĂȚI PSIHOACTIVE)

Consumul substanțelor noi cu proprietăți psihoactive (SNPP) raportat în IBBS 2020 arată că acest tip de droguri este foarte popular și prezintă valori mai mari față de datele raportate în runda precedentă a studiului – IBBS 2016. Tendința consumului de SNPP-uri, potrivit datelor din studiu, prezintă valori mai mari per fiecare localitate (de exemplu, la Chișinău, consumul pe cale neinjectabilă pe parcursul ultimei luni constituia pentru 2016 35,8%, comparativ cu 55,4% în anul 2020) și predomină pe malul drept al râului Nistru (la Chișinău, în 2020 a constituit 55,4% iar la Tiraspol, tot în 2020, a fost de 16,4%).

UNODC 2020 raportează că pe piața internațională de droguri, dintre SNPP-uri cel mai des se

găesc canabinoidele sintetice (JWH-018), catinonele sintetice (-pirolidinopentiofenonă (-PVP)), substanțele de tip fenciclidină (metoxetamină (MXE)), piperazinele (benzilpiperazină (BZP) și substanțele vegetale (kratomul (*Mitragyna speciosa* Korth), *Salvia divinorum* și khatul), triptaminele (-metiltryptamină (AMT)) și alte substanțe), 3,4-metilendioximetamfetamina (MDMA).

Conform datelor sintetizate în Raportului anual „Consumul și traficul ilicit de droguri” (2017), începând cu anul 2017 instituțiile specializate în domeniul asistenței consumatorilor de droguri, dar și cele din domeniul traficului și consumului ilicit de droguri sunt preocupate de apariția SNPP-urilor care pun în dificultate atât scenariile actuale de asistență, tratament și reabilitare, cât și procedurile existente de monitorizare, răspuns și control al utilizării acestora. Substanțele respective, precum și modalitățile prin care pot fi distribuite au devenit disponibile masiv și rapid pe piața de droguri din Republica Moldova. Detectarea și identificarea substanțelor psihoactive noi de către laboratoarele criminalistice este dificilă din cauza procesului de testare îndelungat, complex și foarte costisitor. Același raport menționează faptul că, la nivel național, în anul 2017, localitatea cu cel mai mare număr al infracțiunilor asociate drogurilor este municipiul Chișinău – cu 544 de infracțiuni ce țin de păstrarea și comercializarea drogurilor, substanțele psihoactive noi reprezentând obiectul infracțiunii în peste 49% din cauzele penale pornite, și municipiul Bălți – cu 146 de infracțiuni ce țin de păstrarea și comercializarea drogurilor, marijuana reprezentând obiectul infracțiunii în peste 65% din cauzele penale pornite.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ		
Descrierea măsurilor	Motivele	Pașii
1. Profilaxia		
Profilaxia primară	Măsurile de profilaxie primară, prin consiliere și identificarea precoce a grupurilor de risc cu ajutorul screeningului, permit reducerea riscului consumului de SNPP-uri	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informare, educare și comunicare cu privire la nocivitatea consumului de SNPP-uri • Identificarea persoanelor cu un comportament delincvent, cu consum episodic sau periodic de SNPP-uri și cu asigurarea ulterioară a consultului: <ul style="list-style-type: none"> - la medicul psihiatru-narcolog, - la servicii de suport psihosocial și medical (grupuri de suport reciproc). • Evaluarea consumului de droguri în baza chestionarelor standard (<i>caseta 3. Testele de screening</i>) • Consilierea privind diminuarea motivației în inițierea consumului • Asigurarea unor informații relevante de suport <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientarea utilizatorilor de SNPP-uri către serviciile de reducere a riscurilor • Sensibilizarea opiniei publice prin diseminarea informației relevante cu privire la riscul apariției dependenței și consecințele consumului de SNPP-uri
2. Diagnosticul		
Suspectarea și detectarea consumului de SNPP-uri	Depistarea timpurie a persoanelor cu risc sporit de îmbolnăvire permite realizarea unor intervenții curative și de calitate, precum și micșorarea riscului de îmbolnăvire în urma consumului.	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnestical (<i>caseta 8.</i>) • Examenul clinic • Screeningul <ul style="list-style-type: none"> - determinarea dependenței - evaluarea gradului de dependență • Identificarea semnelor caracteristice consumului de SNPP-uri: <ul style="list-style-type: none"> - consumul curent și anterior de droguri; - prezența simptomelor de depresie, manie, anxietate, autoagresivitate; - comorbidități medicale
3. Intervenții		
3.1. Referire la serviciul specializat de ambulator	Toate persoanele suspectate că ar consuma SNPP-uri necesită tratament psihoterapeutic	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliberarea biletului de trimitere la: <ul style="list-style-type: none"> - psihologul clinician - medicul psihiatru-narcolog din serviciul specializat de ambulator

3.2. Consiliere privind modificarea comportamentului de risc	Modificarea comportamentului de risc, ceea ce va contribui la ameliorarea stării generale și la micșorarea riscului de consum	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Interviu motivațional privind renunțarea la consumul de SNPP-uri și adoptarea unui mod sănătos de viață
3.3. Supravegherea clinică	Supravegherea stării clinice permite prevenirea recidivelor Stabilirea periodicității optime a vizitelor la medic	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizarea sănătății fizice • Determinarea necesității de referire la psiholog sau la medicul psihiatru-narcolog

B.2. Nivelul de asistență medicală urgentă prespitalicească

Descrierea măsurilor	Motivele	Pașii
1. Diagnosticul		
Suspectarea și detectarea intoxicației acute și/sau a supradozajului	Anamneza permite suspectarea intoxicației acute și/ sau supradozajului la persoanele din grupul de risc	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamnestical (<i>caseta 8</i>) • Examenul fizic
2. Intervenții		
2.1. Tratamentul stărilor de urgență medicală	Gestionarea crizei	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Intervenții în caz de urgențe
2.2. Referirea și transportarea pentru tratament	Necesitatea de asistență medicală specializată	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea criteriilor de spitalizare (<i>casetele 52-53</i>) • Transportarea la serviciile narcologice de ambulator, spitalizarea

B.3. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator (narcolog din secția consultativă a spitalelor raionale și DRN, psihiatru din centrul comunitar de sănătate mintală, servicii de reabilitare publice și private)

Descrierea măsurilor	Motivele	Pașii
1. Profilaxia		
1.1. Prevenția secundară a consumului de droguri	<p>Modificarea comportamentului de riscant care s-ar putea solda cu repetarea consumului de droguri prin respectarea unui mod sănătos de viață, benefic pentru sănătatea individului, prin consultații repetate la medicul psihiatru-narcolog și la psiholog</p> <p>Evaluarea persoanelor cu risc înalt de inițiere a consumului de SNPP-uri și stimulatoare, inclusiv în contextul transferului de la consumul de opiacee, permite aplicarea intervențiilor oportune care țin de inițierea și consumul problematic</p>	<p>Obligatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informarea și educația cu privire la daunele consumului de SNPP-uri și stimulatoare • Descurajarea consumului de SNPP-uri și stimulatoare <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultări repetate ale medicului psihiatru-narcolog și ale psihologului • Orientarea pacienților către serviciile de reabilitare și de reducere a riscurilor • Motivarea renunțării la consumul de SPA • Psihoeducația despre modul sănătos de viață • Consilierea psihologică și încadrarea în programele de reabilitare și tratament
1.2. Reducerea riscurilor asociate consumului de SNPP-uri și stimulatoare	<p>Evaluarea riscurilor de sănătate și a celor sociale asociate consumului de SNPP-uri și stimulatoare</p> <p>Prestarea pachetului de servicii pentru reducerea riscurilor în acord cu comportamentul de consum al pacientului și în baza Standardului de organizare și funcționare a serviciilor de prevenire HIV în mediul populațiilor-cheie, inclusiv a tinerilor din aceste grupuri</p> <p>Nivelul de intervenție este deosebit de important pentru consumatorii activi de SNPP-uri și stimulatoare</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Programe de distribuire a prezervativelor, lubrifianților și programe de promovare a sexului sigur • Schimb de seringi și alte consumabile de protecție • Servicii de testare la HIV • Terapia antiretrovirală (ART) și Prep (terapie pre-expunere) • Intervențiile psihosociale bazate pe dovezi și tratamentul dependențelor • Prevenirea, diagnosticul și tratamentul ITS, hepatitelor și tuberculozei (TB) • Informare, educare și comunicare (IEC) pentru persoanele consumatoare/dependente și partenerii lor sexuali • Prevenirea și managementul supradozelor și a intoxicațiilor acute
2. Diagnosticul		
2.1. Evaluarea și confirmarea simptomelor consumului de SNPP-uri și stimulatoare	<p>Confirmarea consumului de SNPP-uri impune supravegherea medicală (medicul de familie, psihiatru-narcolog) cu descrierea simptomelor caracteristice, cu asigurarea măsurilor de profilaxie și de tratament conform</p>	<p>Obligatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnezic (<i>caseta 8</i>) • Examenul clinic (<i>casetele 9-49</i>) • Efectuarea diagnosticului diferențial (<i>caseta 51, tabelul 2</i>) <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea clinică și paraclinică (<i>caseta 50</i>)

2.2. Evaluarea în scop de încadrare în tratament și reabilitare	Argumentarea clinică și paraclinică a diagnozei, a comportamentului de risc, precum și a consecințelor medicale și sociale	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Evaluarea condițiilor pentru includerea în tratament (<i>caseta 58</i>)
2.3. Referire pentru tratament și asistență medicală, socială, psihosocială	Crearea mecanismului de referire, asistență și supervizare în comun a pacientului	<ul style="list-style-type: none"> Cartografierea tuturor serviciilor relevante pentru pacienții afectați de consumul de SNPP-uri și stimulatoare Referirea către: <ul style="list-style-type: none"> serviciul narcologic serviciul psihiatric Prep, Pep, tratament ARV asistență specializată de reducere a riscurilor și suport psihosocial
3. Tratamentul		
3.1. Tratament farmacologic: de detoxifiere, de reducere a consumului și de restabilire a comportamentului pozitiv	Modificarea comportamentului de consum pentru sănătatea personală și publică și reducerea riscului comorbidităților	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Inițierea tratamentului de detoxifiere pentru ameliorarea sindromului de sevraj Prescrierea tratamentului medicamentos asistat Recomandabil: <ul style="list-style-type: none"> Respectarea modului sănătos de viață, implicarea în activități profesionale și sociale
3.2. Tratament psihologic	Beneficiu în urma inițierii și menținerii unei alianțe (conlucrări) în intervenții (psihologice, sociale)	<ul style="list-style-type: none"> Inițierea și menținerea tratamentului psihologic (<i>casetele 55-57</i>) Psihoterapia cognitiv-comportamentală (<i>caseta 58</i>) Activități de reintegrare în comunitate (<i>casetele 72-73</i>) Recuperarea profesională (<i>caseta 74</i>) Grupurile de suport de la egal la egal (<i>caseta 75</i>) Orientarea spre renunțarea la consumul de SNPP-uri și stimulatoare și respectarea modului sănătos de viață
3. Supravegherea clinică continuă	Pentru a asigura stabilitatea condiției medicale obținute prin intervențiile efectuate se va menține o legătură stabilă și o colaborare între medicul de familie și medicul psihiatru-narcolog (și cu alți specialiști la necesitate, inclusiv cu asistentul social) de la locul de domiciliu, după depășirea stării de criză	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Supravegherea medicală se va efectua în conformitate cu actele normative emise de către MS Menținerea stării de sănătate mintală și supravegherea clinică a persoanelor, respectând recomandările (<i>casetele 69-71</i>)
4. Reabilitarea	Inițierea cât mai timpurie a procesului de reabilitare în cazul consumului de SNPP-uri și stimulatoare permite recuperarea stării de sănătate	<ul style="list-style-type: none"> Recuperarea psihosocială și asigurarea psihoterapiei Implicarea în procesul recuperativ a diferitor actori din viața pacientului (<i>casetele 72-73</i>)

5. Suportul comunitar, psihosocial și reabilitarea	Implicarea resurselor comunitare este extrem de importantă pentru această etapă, fiind asigurată în baza unui plan de intervenții complexe după o evaluare minuțioasă a situației pacientului asociate consumului și dependenței. Nivelul de intervenție are o semnificație deosebită pentru consumatorii de SNPP-uri și stimulatori aflați în remisie.	<ul style="list-style-type: none"> - intervenții outreach de la egal la egal, - inclusiv online; - consilieri individuale; - terapii de grup, inclusiv în cadrul grupurilor de suport reciproc; - programe psihoterapeutice și consultative; - programe de reabilitare și comunități terapeutice; - siguranța în mediul online
-----------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

B.4. Nivelul de asistență medicală spitalicească – secțiile de profil narcologic și psihiatric ale spitalelor raionale și municipale, UPU

Descrierea măsurilor	Motivele	Pașii
1. Spitalizarea	Stabilizarea stării psihice și somatice, în caz că predomină simptomatologia psihotică și siguranța limitată	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea criteriilor de spitalizare (<i>casetele 52-53</i>) • Preluarea pacienților psihotici de la psihiatrul-narcolog • Preluarea pacienților psihotici la solicitarea serviciilor de urgență, a poliției, cu informarea imediată a serviciilor specializate de ambulator
2. Diagnosticul	În caz de dubiu sau de diagnostic concomitent ce necesită intervenții suplimentare pentru a exclude/confirma consumul și alte probleme de sănătate mintală	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamnestical (<i>caseta 8</i>) • Examenul clinic (<i>casetele 9-49</i>) • Efectuarea diagnosticului diferențial (<i>caseta 51, tabelul 2</i>) • Examenul de laborator • Evaluarea dosarului din serviciile specializate de ambulator, după caz
3. Tratamentul	În unele cazuri sunt necesare intervenții mai complexe și intensive cu asigurarea unor condiții de staționar specializat – spitalul de psihiatrie/secția de narcologie	<ul style="list-style-type: none"> • Conform recomandărilor psihiatrului-narcolog din serviciile specializate de ambulator, cu acordul pacientului, sunt asigurate măsurile necesare de tratament în condiții de staționar (<i>caseta 54</i>)
4. Externarea	Externarea cât mai timpurie după atingerea scopului terapeutic comun oferă beneficii (eradicarea discriminării, stimei, ameliorarea contactului cu societatea și mediul ambiental)	<ul style="list-style-type: none"> • Conform recomandărilor psihiatrului din staționar, cu acordul pacientului și a recomandărilor psihiatrului din ECSM (<i>caseta 16</i>) Obligatoriu Eliberarea extrasului la externare. Extrasul va conține: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticul exact detaliat • Rezultatele investigațiilor efectuate • Recomandările explicite pentru pacient • Programul individual de recuperare elaborat în comun cu echipa comunitară de sănătate mintală • Recomandări pentru medicul de familie

C.1. ALGORITM DE CONDUITĂ

C.1.1. ALGORITMUL GENERAL DE CONDUITĂ A PACIENTULUI

Screeningul persoanei predispuse la consumul de SNPP-uri și de stimulatoare
(confirmarea dependenței, evaluarea gradului de dependență, depistarea co-dependenței) (caseta 3)

- Consultația și diagnosticul specialistului psihiatru-narcolog:**
- intoxicarea acută, supradoza, sevrăjul, coma
 - utilizarea SNPP-urilor și/sau altor substanțe stimulatoare
 - depistarea complicațiilor somatice, neurologice și psihice
 - depistarea comportamentului antisocial

- Tratamentul medicamentos:**
- dezintoxicarea
 - înlăturarea sindromului de sevrăj
 - ajustarea schemei de tratament
 - asistența stării patologice, asistența comorbidității
 - orientarea spre renunțarea la consumul de droguri
 - modificarea comportamentului de consum (asistență psihosocială)

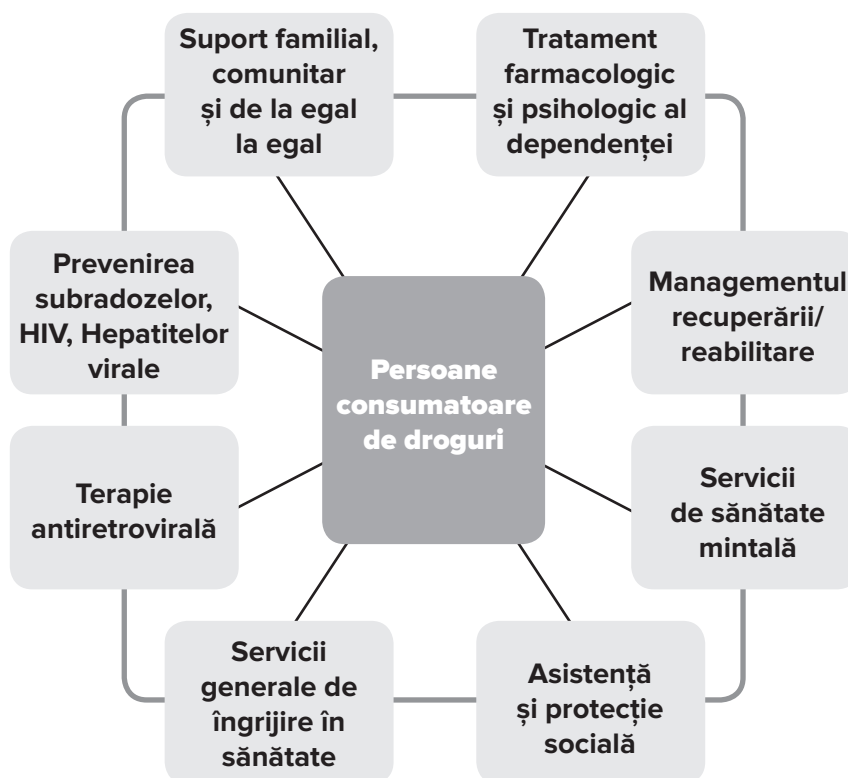
- Supravegherea:**
- reîntoarcerea în tratament în cazul recidivei
 - supravegherea medicală în conformitate cu actele normative în vigoare
 - evaluarea remisiei
 - prevenirea recăderilor prin suplinirea asistenței psihosociale și
 - tratamentul medicamentos, conform indicațiilor medicale (caseta 58)
 - abordarea multidisciplinară (medico-psihosocială)

C.1.2. ALGORITMUL INTERVENȚIILOR LA NIVELELE SISTEMULUI DE SĂNĂTATE

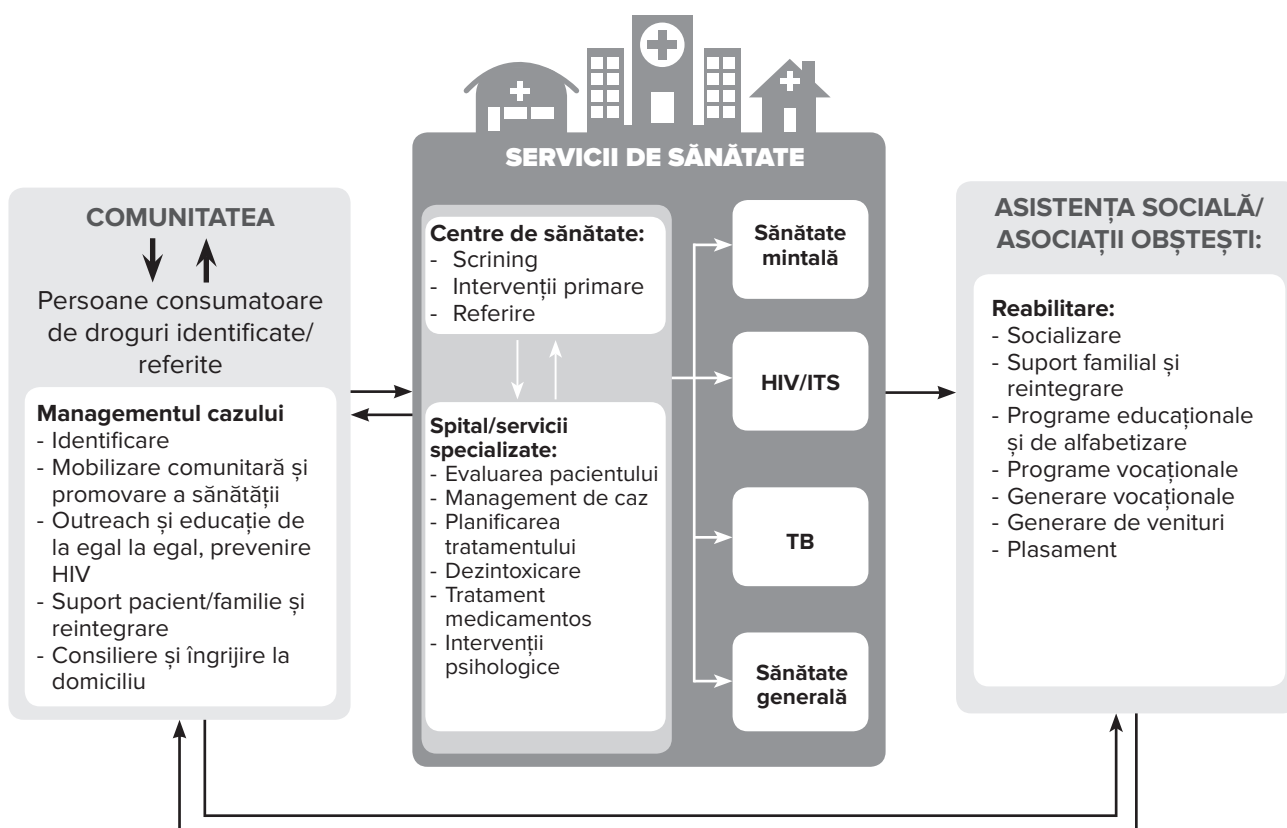
Lista intervențiilor sugerate în corespundere cu nivelele sistemului de sănătate

Nivelul sistemului de sănătate	Intervenții
Support comunitar	<ul style="list-style-type: none"> • Identificarea persoanelor cu consum de SNPP-uri și stimulatoare • Prestarea serviciilor de reducere a riscurilor (informare, comunicare și educare, acces la dispozitive/ustensile sterile de consum, mijloace de protecție/prezervative, testare la HIV, ITS, hepatite virale, Prep, scrinul tuberculozei, managementul supradozelor), inclusiv prestate de la egal la egal și prin intervențiile online • Grupuri de autoajutor și ajutor reciproc • Suportul mediului de familie
Servicii de asistență medicală primară	<ul style="list-style-type: none"> • Screening, referire către serviciile narcologice • Suport pentru persoanele aflate în tratament/conexiunea cu serviciile specializate de tratament • Servicii de îngrijire medicală primară, inclusiv primul ajutor.
Servicii sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentare • Ajutor social • Referire către servicii specializate de tratament, către serviciile sociale și de sănătate, conform necesităților
Servicii specializate de tratament (staționar și de ambulator)	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea și investigarea • Planificarea tratamentului • Managementul cazului • Detoxifierea/managementul sevrajului • Intervenții psihosociale • Tratamentul medicamentos • Prevenirea recidivelor • Recuperare
Alte servicii specializate de sănătate	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenții ale specialiștilor în sănătate mintală, inclusiv, servicii psihiatrice și psihologice • Intervenții ale specialiștilor în medicina internă – terapeut, chirurg, ginecolog-obstetrician, pediatru etc. • Servicii stomatologice • Tratamentul infecțiilor (HIV, hepatita C, tuberculoză etc.)
Servicii sociale specializate pentru persoanele consumatoare și dependente de substanțe psihoactive	<ul style="list-style-type: none"> • Suport familial și reintegrare • Programe vocaționale și educaționale • Generarea veniturilor/microcredite • Planificarea timpului liber • Programe de recuperare
Servicii rezidențiale pe termen lung pentru persoanele consumatoare și dependente de substanțe psihoactive	<ul style="list-style-type: none"> • Programe rezidențiale adresate problemelor severe și complexe de consum și dependență, inclusiv în contextul comorbidităților. • Plasament • Programe vocaționale • Programe de dezvoltare personală și de dezvoltare a deprinderilor de viață • Suport terapeutic continuu • Referire către serviciile de recuperare/reabilitare de ambulator

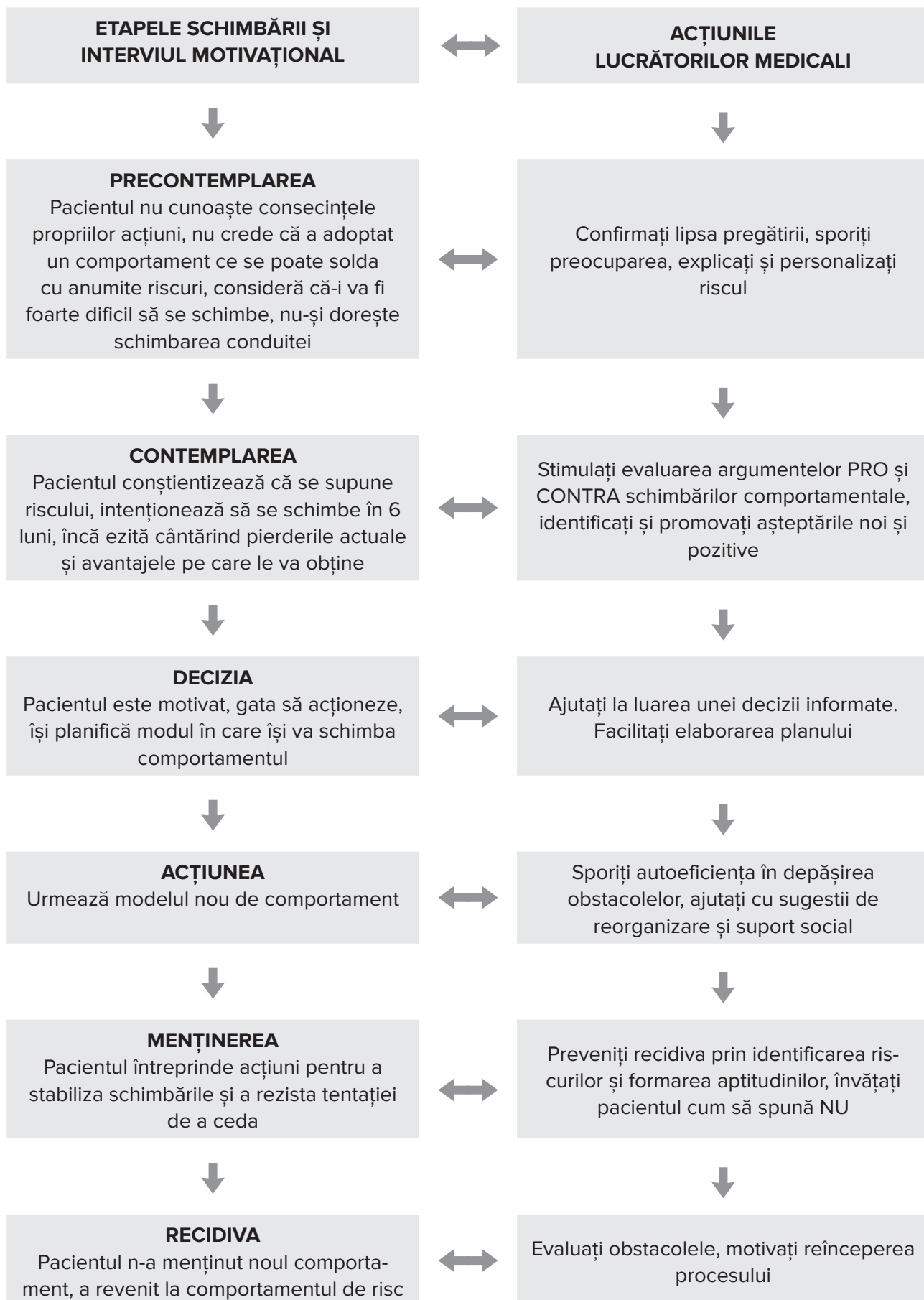
C.1.3. O ABORDARE DE TIP „GHIȘEU UNIC” PENTRU PERSOANELE PREDISPUSE LA CONSUMUL DE SUBȘTANȚE



C.1.4. MODELUL COMUNITAR DE ABORDARE A PERSOANELOR PREDISPUSE LA CONSUMUL DE SUBȘTANȚE

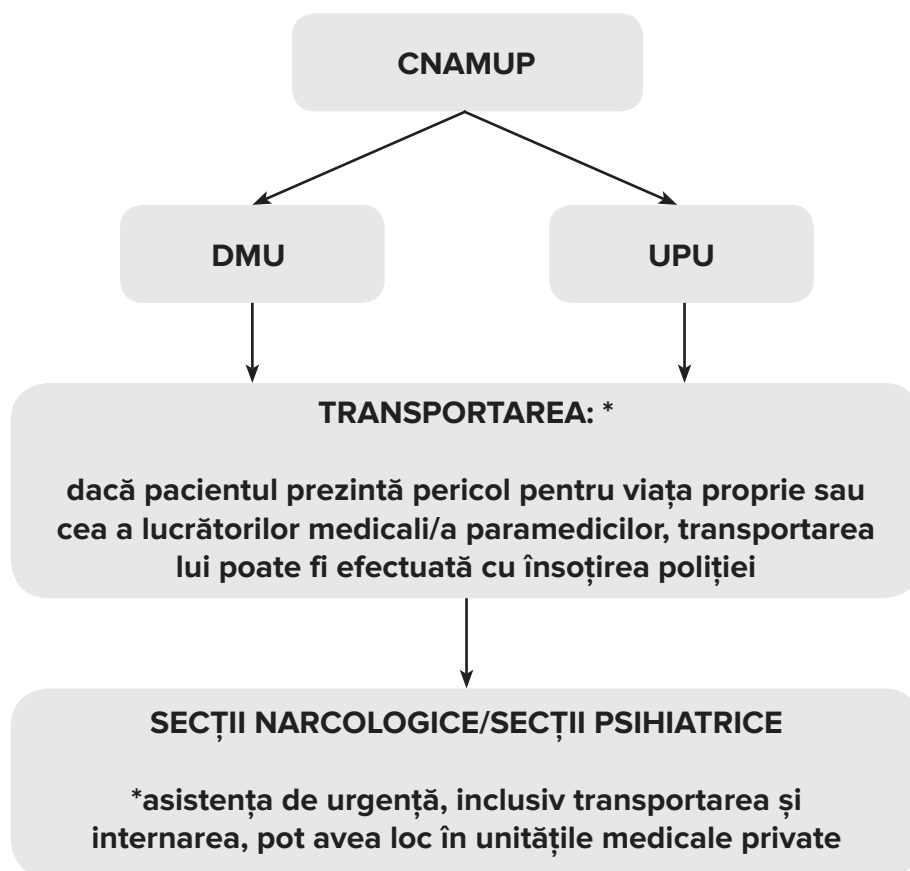


C.1.5. ALGORITMUL INTERVIULUI MOTIVAȚIONAL



C.1.6. ALGORITMUL ASISTENȚEI DE URGENȚĂ ÎN CAZUL INTOXICAȚIILOR ACUTE ȘI A SUPRADOZELOR DE SPNN-URI ȘI STIMULATOARE

Algoritmul asistenței de urgență în cazul intoxicațiilor acute și a supradozelor de SPNN-uri și stimulatoare



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1.1. CLASIFICAREA CLINICĂ

Clasificarea drogurilor în funcție de efectul principal oferă un cadru conceptual pentru SNPP-uri ceea ce va ajuta clinicienii să navigheze printre sutele de substanțe noi, identificate în ultimii ani, permițându-le, în același timp, să se bazeze pe experiența lor deja existentă în materie de abuz de droguri.

- **STIMULATOARE:** catinone sintetice, piperazine, feniletilamine (inclusiv amfetamine, metamfetamină, mefedronă, MDMA, seriile 2C, seriile D, benzofurani, , PMA)
- **DEPRIMANTE:** GHB/GBL; „Ketamină”; „Metoxamină”; „Protoxid de azot”
- **HALUCINOGENE:** (agoniști ai receptorului 5-HT_{2A}) „Dimetiltriptamină” (N,N-DMT), psilocibină, alfa-metiltriptamină (AMT); LSD; feniletilamine
- **AGONIȘTI SINTETICI AI RECEPTORILOR CANABINOIZI (SCRA):** agoniștii receptorilor CB1 și CB2, inclusiv JWH și CP (tradiționali, netradiționali și hibrizi)

Agoniștii sintetici ai receptorilor canabinoizi au fost clasificați drept o a patra categorie separată, deoarece reprezintă un grup foarte divers din punct de vedere farmacologic, cu proprietăți psihoactive extrem de variate.

Cu toate că aceste clasificări oferă un cadru util pentru clinicieni, este important de reținut că respectivele categorii nu sunt rigide. În realitate, multe droguri produc o combinație de efecte, care adesea sunt determinate de doză administrată. De exemplu, unele droguri cu efect principal de deprimare a sistemului nervos central (SNC) pot avea efect stimulator când sunt luate în doze mici și efecte deprimante la doze mai mari.

Categoriile de SNPP-uri: pentru a înțelege efectele nocive ale SNPP-urilor și modalitatea de management a acestora, este esențial să fim capabili să le clasificăm în diferite categorii. O metodă utilă de clasificare a SNPP-urilor ține de efectul lor psihoactiv principal, și anume dacă reprezintă un stimulator, deprimant sau un halucinogen.

Pe parcursul, apar noi complexe de substanțe noi cu proprietăți psihoactive. Efectele lor sunt adesea mai puternice decât ale celor anterioare, respectiv ele pot fi și mai dăunătoare sănătății. De exemplu:

- Patru generații de SCRA. Agoniștii receptorilor canabinoizi sintetici (de exemplu, AB-FUBINACA) din noile generații sunt asociați cu reacții adverse din ce în ce mai grave, cum ar fi catatonie, intoxicație severă și moarte.
- Catinonele sintetice de generație nouă. Compușii, precum alfa-PVP sau MDPHP, sunt mai dăunători decât catinonele sintetice din generația anterioară.
- Halucinogenele de generație nouă. De exemplu, 25B-NBOMe este un derivat puternic 2C-B, chiar și la doze de ordinul microgramelor.

Tabelul 1. Clasificarea tulburărilor legate de consumul de substanțe noi cu proprietăți psihoactive și stimulatoare

	ICD-10	DSM-5
Forma nosologică și codul clasificării	F 15 – tulburări mintale și de comportament cauzate de utilizarea altor stimulatoare, inclusiv cafeina F 19 – tulburări mintale și de comportament cauzate de utilizarea mai multor droguri sau altor substanțe psihoactive	Tulburare în urma consumului de fenciclidină; tulburare în urma consumului altor substanțe halucinogene; intoxicația cu fenciclidină; intoxicația cu alte substanțe halucinogene; tulburarea de percepție persistentă provocată de substanțe halucinogene; alte tulburări induse de fenciclidină; alte tulburări induse de substanțele halucinogene; tulburarea legată de consumul de fenciclidină nespecificată; tulburarea legată de consumul substanțelor halucinogene nespecificate. 305.90 (F16.10) Ușoară: prezența a 2-3 simptome. 304.60 (F16.20) Moderată: prezența a 4-5 simptome. 304.60 (F16.20) Severă: prezența a 6 sau mai multe simptome. Tulburare în urma consumului de substanțe stimulatoare; intoxicația cu substanțe stimulatoare; sevrajul la substanțe stimulatoare; alte tulburări induse de substanțele stimulatoare; tulburarea legată de consumul substanțelor stimulatoare nespecificate. Ușoară: prezența a 2-3 simptome. 305.70 (F15.10) Substanțe din clasa amfetaminei 305.60 (F14.10) Cocaină 305.70 (F15.10) Alte substanțe stimulatoare sau substanțe stimulatoare nespecificate. Moderată: prezența a 4-5 simptome. 304.40 (F15.20) Substanțe din clasa amfetaminei 304.20 (F14.20) Cocaină 304.40 (F15.20)

		<p>Alte substanțe stimulative sau substanțe stimulative nespecificate.</p> <p>Severă: prezența a 6 sau mai multe simptome.</p> <p>304.40 (F15.20) Substanțe din clasa amfetaminei</p> <p>304.20 (F14.20) Cocaină</p> <p>304.40 (F15.20) Alte substanțe stimulative sau substanțe stimulative nespecificate</p> <p>Tulburare în urma consumului altor substanțe (sau substanțe necunoscute); intoxicația cu alte substanțe (sau substanțe necunoscute); sevrăjul la alte substanțe (sau substanțe necunoscute); tulburări induse de alte substanțe (sau substanțe necunoscute); tulburare legată de consumul altor substanțe nespecificate (sau substanțe necunoscute) 305.90 (F19.10) Ușoară: prezența a 2-3 simptome.</p> <p>304.90 (F19.20) Moderată: prezența a 4-5 simptome.</p> <p>304.90 (F19.20) Severă: prezența a 6 sau mai multe simptome.</p>
Tipul de evoluție ICD-10	<p>Categoriile cu al 4-lea și al 5-lea caracter pot fi folosite pentru specificarea stării clinice:</p> <p>F1x.0 - Intoxicație acută</p> <ul style="list-style-type: none"> . 00 - Necomplicată . 01 - Cu traumatism și altă leziune corporală . 02 - Cu altă complicație medicală . 03 - Cu delirium . 04 - Cu distorsiuni perceptuale . 05 - Cu comă . 06 - Cu convulsii . 07 - Intoxicație patologică <p>F1x.1 - Utilizare nocivă</p> <p>F1x.2 - Sindrom de dependență</p> <ul style="list-style-type: none"> . 20 În prezent abstinent . 21 În prezent abstinent, dar aflat în mediu protejat . 22 În prezent aflat în supraveghere clinică continuă sau în regim de substituție (dependență controlată) . 23 În prezent abstinent, dar aflat în tratament cu medicamente aversive sau blocante . 24 În prezent utilizând substanța (dependență activă) . 25 Utilizare continuă . 26 Utilizare episodică 	
Complicațiile	<p>F1x.3 - Stare de sevrăj</p> <ul style="list-style-type: none"> . 30 Necomplicată . 31 Cu convulsii <p>F1x.4 - Stare de sevrăj cu delirium</p> <ul style="list-style-type: none"> . 30 fără convulsii . 31 cu convulsii <p>F1x.5 - Tulburare psihotică</p> <ul style="list-style-type: none"> . 50 asemănătoare schizofreniei . 51 predominant delirantă . 52 predominant halucinatorie 	

	<ul style="list-style-type: none"> . 53 predominant polimorfă . 54 predominant cu simptome depresive . 55 predominant cu simptome maniacale . 56 cu simptome mixte <p>F1x.6 - Sindrom amnestic</p> <p>F1x.7 - Tulburare psihotică reziduală și cu debut tardiv</p> <ul style="list-style-type: none"> . 70 flashback-uri (rememorări paroxistice) . 71 tulburare de personalitate sau de comportament . 72 tulburare afectivă reziduală . 73 demență . 74 altă deteriorare cognitivă persistentă . 75 tulburare psihotică cu debut tardiv <p>F1x.8 - Alte tulburări mintale și de comportament</p> <p>F1x.9 - Tulburare mintală și de comportament nespecifică</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

C.2.2. PROFILAXIA

C.2.2.1. FACTORII DE RISC

Până în prezent au fost identificați 72 de factori de risc pentru consumul de substanțe și dependență (Leshner, 1998). Printre aceștia se numără sărăcia, rasismul, disfuncția socială, familiile disfuncționale, educația precară și grupurile de colegi care fac abuz de astfel de substanțe. Acești factori de risc, precum și alți factori de mediu și genetici, influențează doar decizia inițială a unui individ de a face abuz de substanțe. Totuși după utilizarea inițială, persoana continuă să folosească o substanță, deoarece îi plac efectele. Câțiva factori care contribuie la abuzul de droguri în rândul adolescenților sunt lipsa sau comunicarea insuficientă/defectuoasă dintre părinți și copii, accesul nesupravegheat la alcool acasă, libertatea în exces, perioadele lungi de timp când copiii/adolescenții rămân singuri.

Caseta 1. Factorii de risc pentru consumul de SNPP-uri și stimulatoare

- **Factori de risc genetici și neurobiologici**, sau alte maladii mintale netratate care contribuie la începerea consumului de substanțe psihoactive:
 - implicarea genetică în procesul de metabolizare a alcoolului și de transmisie interneuronală;
 - existența relației dintre apariția dependenței și sistemul de recompensă (reward system);
 - implicarea altor sisteme neuronale, inclusiv serotoninic, opioid, GABA-ergic, glutamic, în apariția dependenței;
 - polimorfismul genei care codifică transportatorul de dopamină (DAT), a receptorilor dopaminici, opioizilor, receptorilor serotoninici 5-HT_{1A}, 2A adenozinici poate servi în calitate de factor de vulnerabilitate pentru dependența de metamfetamină sau pentru starea psihotică;

- **Factorii de mediu** din adolescența individului includ: abuzul asupra copiilor, expunerea la droguri, lipsa supravegherii, influența mass-media și presiunea colegilor. Activitatea de droguri în comunitatea unei persoane poate „normaliza” consumul de astfel de substanțe.

În mod similar, dacă o persoană este plasată în tratament și apoi revine în mediul din care a plecat este mare probabilitatea ca aceasta să recidiveze în comportamentul său. Factorii interni care se află în interiorul copilului sau la baza personalității sunt respectul de sine, abilitățile sociale precare, stresul, atitudinile legate de droguri, tulburările mintale etc.

Mediul și tipul de personalitate reprezintă doi factori principali care contribuie la probabilitatea abuzului de substanțe.

- **Factorii de risc sociali** (starea economică precară, traumatismul psihic, familiile dezorganizate, influența grupului, educația și consumul ca normă socială etc.):

În unele studii autorii raportează că dacă adolescentul nu locuiește cu ambii părinți biologici sau are comunicarea insuficientă/defectuoasă cu părinții acest lucru este asociat cu consumul de substanțe, în special în cazul adolescentelor.

Principalele perioade de risc pentru abuzul de droguri apar în timpul tranzițiilor majore din viața unui copil. La aceste perioade de tranziție care ar putea spori probabilitatea consumului de droguri de către tineri se referă pubertatea, mutarea, divorțul părinților/îngrijitorilor, părăsirea siguranței casei și începutul studiilor școlare. Tranzițiile din perioada studiilor școlare, cum ar fi cele de la școala elementară la gimnaziu sau de la gimnaziu la liceu, pot fi tocmai momentele când copiii și adolescenții își fac prieteni noi și sunt mai susceptibili să ajungă în medii unde există medicamente/droguri disponibile.

Astfel de trăsături, precum anxietatea și impulsivitatea, sunt considerate de către unii autori ca factori de risc fenotipici pentru apariția dependenței de cocaină și amfetamină.

Consumul de droguri poate fi o forma de automedicație², când problemele de sănătate mintală sunt „tratate” prin consumul de substanțe psihoactive. Drogurile recreative, stimulatoarele, precum cocaina și amfetaminele, sunt utilizate pentru a gestiona emoțiile, situațiile și amintirile neplăcute. Conform NIDA, aproape 50% dintre persoanele care au probleme legate de sănătatea mintală vor avea, de asemenea, experiență abuzului de substanțe psihoactive³.

² <https://www.helpguide.org/articles/addictions/self-medicating.htm>

³ <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/common-comorbidities-substance-use-disorders/part-1-connection-between-substance-use-disorders-mental-illness>

Caseta 2. Factorii determinanți ai consumului de SNPP-uri și stimulatoare la adolescenți

Factori de risc de ordin personal includ:

- factori genetici. Adolescenții care consumă droguri sau le experimentează au de cele mai dese ori un istoric familial de consum și de abuz de droguri;
- tipul de personalitate și temperamentul. Adolescenții cu un comportament rebel, rezistent la autoritatea parentală, care prezintă sentimente de vină sau de eșec, se disting prin predispoziție pentru consumul de droguri;
- diferite afecțiuni. Adolescenții cu diferite afecțiuni psihice, precum deficitul de atenție asociat cu hipereactivitate, tulburările de comportament, depresia cronică, repesia (ascunderea anumitor sentimente), sindromul stresului posttraumatic sau tulburările anxios- depressive, sunt predispuși la consumul de substanțe ilegale;
- tentația și curiozitatea specifice vârstei reprezintă un alt factor care predispune la consumul de droguri;
- vârsta mica la prima utilizare.

Factori de risc familial includ:

- antecedente de utilizare a substanțelor psihoactive în familie;
- viața familială dezorganizată - familiile în care exista diferite conflicte sau abuzuri fizice, sexuale și/sau psihoemoționale, stres psihic intens, familiile disfuncționale se disting printr-un risc sporit de a recurge la consumul de droguri;
- implicarea parentală inadecvată în educația și viața adolescentului, la fel, sporește riscul pentru abuzul și dependența de droguri. Extremele educaționale, precum pedepsele grave (deseori corporale) sau permisivitatea exagerată din partea părinților, cresc riscul pentru abuzul de droguri;
- abuzul fizic, sexual și/sau psihoemoțional la femei este direct corelat cu consumul de droguri.

Factori de risc de ordin social includ:

- accesul la droguri. Posibilitatea de a procura relativ ușor drogurile prin intermediul rețelelor online de comercializare contribuie actualmente la apariția abuzului de droguri și la dependență printre adolescenți;
- prețul accesibil al SNPP-urilor în Republica Moldova.

C.2.2.2. SCREENINGUL

Caseta 3. Testele de screening pentru consumul de SNPP-uri și stimulatoare

1. Reprezintă o componentă importantă de evaluare, în special în cadrul populațional, pentru evidențierea factorilor de risc sau de prezență a dependenței față de anumite substanțe psihoactive.
2. *Screeningul* privind consumul produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora se va efectua doar cu acordul informat al pacientului.
3. *Screeningul* privind determinarea gradului de dependență se va efectua la toate persoanele consumatoare în timpul vizitelor consultative și al consultațiilor în cadrul comisiilor de expertiză narcologică.
4. Testul **DAST-10** – preconizat pentru evaluarea riscului de dependență în consumul de medicamente. Conține 10 întrebări. Este utilizat la adulți (anexa 5).
5. Testul **ASSIST** – screening-test (OMS ASSIST 11) la depistarea dependenței de alcool, produse de tutungerie și de alte substanțe (anexa 4).

Caseta 4. Criteriile de sevraj (abstinență)

Sindromul de sevraj se manifestă prin tulburări psihopatologice, neurologice și somatovegetative care apar la 6-12 ore după sevraj. Abstinența este un set de simptome de diferite combinații și severitate care apar atunci când o substanță este întreruptă complet sau doza acesteia este redusă după doze repetate, de obicei prelungite și/sau mari ale substanței. Debutul și evoluția sindromului de sevraj sunt limitate în timp și corespund tipului de substanță și dozei care preced imediat abstinența.

Tabloul clinic al sindromului de sevraj include trei componente:

1. simptome toxicogenice: manifestările sindromului de sevraj sunt diametral opuse efectului farmacologic direct al substanței consumate. Aceste manifestări sunt asociate cu o homeostazie perturbată a organismului în condiții de intoxicație cronică;
2. simptome de dependență care sunt specifice nosologic și includ manifestări ale unei poftă patologice de substanțe psihoactive (SPA) - tulburări afective și comportamentale;
3. semne de exacerbare a unei varietăți de patologii latente - insuficiență organică a creierului, slăbiciune funcțională a ficatului, etc. - care este asociată atât cu boli concomitente, cât și cu consecințele somatice acumulate ale intoxicației cronice cu SPA.

Caracteristici clinice: dorință mare de a consuma drogul, anxietate, neliniște, nervozitate, disforie, agitație, iritabilitate, furie, agresivitate, anxietate, dispoziție scăzută, stare depresivă, tulburări de somn (insomnie, vise tulburătoare), lipsa poftei de mâncare sau scădere în greutate, hiperactivitatea sistemului nervos autonom: transpirație, tahicardie mai mare de 100 bătăi/min, hipotensiune ortostatică, cefalee, gânduri suicidare; idei de relație și persecuție.

Caseta 5. Recomandări generale cu privire la profilaxie

Prevenirea consumului poate (și ar trebui) să fie susținută de teorie la trei niveluri:

1. în ceea ce privește **conținutul măsurilor** întreprinse;
2. **metodologia și didactica** implementării acestora; și
3. **modul** în care sunt introduse și **aplicate** în practică (Pentz, 2003).

- Eforturile de prevenire se pot concentra asupra individului sau a mediului acestuia.
- Un concept cunoscut ca „prevenirea mediului” se concentrează pe schimbarea condițiilor sau politicilor comunitare, astfel încât disponibilitatea substanțelor să fie redusă, precum și cererea. Prevenirea individuală a abuzului de substanțe, cunoscută și ca prevenirea abuzului de droguri, implică o serie de sesiuni diferite, în funcție de individ, pentru a contribui la încetarea sau reducerea consumului de substanțe.
- Perioada de timp necesară pentru a ajuta o anumită persoană poate varia în funcție de multe aspecte și caracteristici individuale.
- Tipul eforturilor de prevenire ar trebui să se bazeze pe necesitățile individuale care pot varia de asemenea.
- Eforturile de prevenire a abuzului de substanțe se concentrează de obicei pe minori (copii și adolescenți) și tineri, în special între 12 și 35 de ani.
- Substanțele vizate, de obicei, în cadrul eforturilor preventive includ alcoolul (inclusiv consumul excesiv de alcool, beția și conducerea mijloacelor de transport sub influența băuturilor alcoolice), tutunul (inclusiv țigările și diverse forme de produse alternative fără fum), marijuana, inhalanții (solvenți volatili, inclusiv printre altele lipici, benzină, aerosoli, eter, fum din lichidul de corecție și stilouri de marcare), cocaina, metamfetamina, steroizii, drogurile de club (cum ar fi MDMA) și opioidele.
- Efortul întreprins la nivel de comunitate pentru a combate abuzul de substanțe este imperativ din cauza creșterii semnificative a cazurilor de supradoze cu opioide.

C.2.3. CONDUITA PACIENTULUI

Caseta 6. Pașii obligatorii pentru examinarea pacientului cu consum de SPA

- **Examene de bază:**
 - ✓ examenul clinic psihiatric și somatic, neurologic complet;
 - ✓ obținerea informației din surse adiționale (rude, prieteni, colegi etc.);
 - ✓ examenul paraclinic
- **Examene suplimentare:**
 - ✓ examenul psihologic;
 - ✓ consultul medical

Caseta 7. Evaluarea multidisciplinară a pacientului

- Evaluarea multidisciplinară a persoanelor consumatoare de SNPP-uri și stimulative implică evaluarea de către:
 - narcolog;
 - psihiatru;
 - psiholog;
 - asistentul social;
 - lucrătorul de la egal la egal.
- Evaluarea acoperă următoarele domenii:
 - **narcologic** (anamneza consumului de droguri, tratamentele și intervențiile anterioare aplicate, identificarea comorbidităților psihiatrice, a disfuncțiilor somatice, riscurilor de supradozaj, de infectare cu HIV, hepatite virale și tuberculoză); evaluarea necesităților de tratament, a aplicabilității tratamentului și a asistenței disponibile în raport cu aceste necesități, a gradului de pregătire a pacientului pentru implicarea în tratament și asistență specializată;
 - **psihiatric** (probleme de sănătate mintală, risc de vătămare a propriei persoane sau a altor persoane, consum de alcool și/sau policonsum de droguri, precum și domenii forte, abilități sociale și vocaționale, reușite sociale). Utilizați interviul semi-structurat de diagnosticare (SCAN, mini-SCAN) în cazul când suspectați o tulburare psihotică;
 - **psihologic**, inclusiv conexiunile sociale și familiale, factorii de risc și factorii de protecție, potențialul personal și abilitățile vocaționale ale pacientului;
 - **social**: situația social-economică, condițiile de trai, nivelul educației și angajarea în câmpul muncii/educației, situația familială, inclusiv conexiunile sociale și familiale, factorii de risc și factorii de protecție/mediul de suport, riscurile de infectare cu HIV, hepatite virale și tuberculoză, aspecte de ordin juridic.

C.2.3.1. ANAMNEZA

Caseta 8. Recomandări pentru culegerea anamnezei la pacienții cu consum de substanțe noi cu proprietăți psihoactive și stimulatoare

1. **Anamneza familiei** – ereditatea, bolile psihice, alcoolismul cronic, dependența de droguri la careva din rudele persoanei intervievate
 2. **Anamneza vieții** – educația și condițiile de viață ale beneficiarului, studiile, condițiile locative și materiale ale familiei, atitudinea față de viața în familie; tratamentele anterioare pentru consumul de alcool sau droguri, factori de risc (infecții, supradozaj), episoade de comportament antisocial, probleme de ordin juridic, financiar
 3. **Anamneza bolii** – la ce vârstă a consumat prima dată, primele cazuri de ebrietate pronunțată, particularitățile stării de ebrietate: fără schimbări evidente, cu afecțiuni somatice și cu dereglări psihice; durata consumului până la apariția primelor simptome de sevraj; evaluarea toleranței; înregistrarea de halucinații, idei delirante, stări obsesive, stări confuzionale; tratamentul precedent, evaluarea remisiunii
 4. **Activitatea profesională** – profesia, stagiul de muncă, cauzele schimbării locului de muncă, conflictele la serviciu, sancțiuni disciplinare
 5. **Antecedente personale** – maladii și traume psihice în copilărie, boli somatice și neurologice, traume cranio-cerebrale, probleme în familie (conflicte, divorțuri, decesul partenerului), conflicte la locul de muncă, tentative de suicid etc.
- A. Funcționarea generală:** nivelul de funcționare este în declin sau nu corespunde nivelului necesar pentru a face față cerințelor (familiale, sociale etc.) cotidiene; prezența familiei și a rudelor; nivelul de comunicare cu familia și comunitatea; vocațiile și profesiunea, părțile tari și hobby-urile persoanei; sursele financiare și acomodarea
- B. Conținutul gândirii:** anormal (de ex., deliruri, idei de referință, sărăcie de conținut)
- C. Forma gândirii:** illogică (de ex., deraieri, slăbire a asociațiilor, incoerență, circumstanțialitate, tangențialitate, hiperinclusivitate, neologisme, blocări, ecolalie)
- D. Percepția:** distorsionată (de ex., halucinații (de regulă, pseudo-): vizuale, olfactive, tactile și, cel mai frecvent, auditive)
- E. Afect:** anormal (de ex., plat, tocit, nătâng/caraghios, labil, inadecvat)
- F. Sentimentul sinelui (perceperea de sine):** deficitar (de ex., pierderea limitelor ego-ului, neclaritate în legătură cu genul, incapacitatea de a distinge realitatea internă de cea externă, fuga de realitate în propriile imaginații distorsionate)
- G. Voința:** afectată (de ex., pulsuni sau motivații inadecvate și ambivalență marcată)
- H. Funcționarea interpersonală:** deficitară (de ex., retragere socială și detașare emoțională, agresivitate, inadecvare sexuală)
- I. Comportamentul psihomotor:** anormal sau modificat (de ex., agitație sau retragere, grimase, posturare, ritualuri, catatonie, bizarerii comportamentale)
- J. Cognația:** afectată (de ex., concretețe, inatenție, procesare alterată a informației)

C.2.3.2. MANIFESTĂRILE CLINICE

C.2.3.2.1. SNPP-URI CU EFECTE PRINCIPALE STIMULATOARE

Caseta 9. Cele mai frecvente simptome manifestate la pacienții cu consum de SNPP-uri cu efecte principale stimulative

- Stimulativele au efecte simpatomimetice. Ele sunt asociate cu hipertensiunea arterială, tahicardia, constricția vaselor de sânge și aritmia. Dozele mari pot genera hipertermie sau hipotermie, hiperglicemie și convulsii grand mal. Injectarea stimulativelelor poate fi asociată cu infecții bacteriene localizate și sistemice și cu viruși cu transmitere prin sânge (de exemplu, HIV, virusul hepatic B și virusul hepatic C).
- Consumul SNPP-urilor stimulative poate provoca simptome de dependență și de sevraj psihologic. Consumul SNPP-urilor stimulative va avea un impact asupra stării de spirit și poate precipita depresia și alte probleme de sănătate mintală, inclusiv gânduri de persecuție și psihoză.

Caseta 10. Efectele nocive acute ale stimulativelelor – Sindromul serotoninergic

Sindromul serotoninergic este o afecțiune clinică care apare ca urmare a creșterii nivelului intrasinpatic al serotoninei induse de medicamente, având ca rezultat principal activarea receptorilor 2A ai serotoninei la nivelul sistemului nervos central.

- Este o reacție adversă ce pune viața în pericol și există o relație doză-efect între cantitatea de SNPP-uri stimulative consumată și riscul de a dezvolta sindromul serotoninergic.
- În plus, consumul simultan al mai multor substanțe serotoninergice (de exemplu MDMA, metamfetamină, inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS-uri), inhibitori ai recaptării serotoninei-norepinefrinei (IRSN), antidepressive triciclice și inhibitori ai monoaminoxidazei (IMAO) crește riscul dezvoltării sindromului serotoninergic.
- Sindromul serotoninergic are trei caracteristici clasice, și anume:
 - modificări ale stării mintale;
 - hiperactivitate vegetativă;
 - anomalii neuromusculare.

Manifestările clinice ale sindromului serotoninergic variază de la abia perceptibile până la letale. Simptomele clinice ale sindromului serotoninergic sunt cu un spectru de severitate, de la ușoare până la cele care pun viața în pericol.

Ușoare: Pacienții pot fi afebrili; se mai atestă tahicardie, frisoane, diaforeză, midriază, tremor, diaree.

Moderate: tahicardie, hipertensiune, hipertermie (40°C este comun), midriază, sunete intestinale hiperactive, diaforeză, hiperreflexie și clonus (considerabil mai intense la nivelul extremităților inferioare decât al celor superioare); pacientul poate prezenta clonus ocular orizontal; agitație ușoară sau stare de hipervigilență, vorbire apăsată; rotirea repetată a capului cu gâtul menținut în extensie moderată

Severe: Hipertensiune arterială severă și tahicardie care poate degenera brusc în stare de șoc. Pacientul poate prezenta delir agitat, rigiditate musculară și creșterea tonusului muscular (considerabil mai sporit la nivelul extremităților inferioare decât la nivelul celor superioare).

- Din cauza hiperactivității musculare, în unele cazuri temperatura corpului poate crește până la > 41,1 °C.
- În asociere cu acidoză metabolică, rabdomioliză, valori crescute ale aminotransferazelor serice și ale creatininei poate cauza convulsii, insuficiență renală, coagulopatie intravasculară diseminată.

C.2.3.2.2. MDMA ȘI SNPP-URILE CU „EFECTE EMPATOGENE” SIMILARE

Caseta 11. Modul de consum, debutul și durata efectelor MDMA și SNPP-urilor cu „efecte empatogene” similare

- MDMA este disponibilă într-o serie de forme, în principal, în formă de pulbere/cristale sau în formă de comprimate.
- Este, de obicei, consumată pe cale orală, în formă de comprimate sau pulbere ori cristale, sau se inhalează pe nas (insuflație). Consumul pe cale rectală și injectarea sunt mai puțin frecvente, dar au fost raportate.
- Alte SNPP-uri cu efecte similare (cum ar fi 5-APB și 6-APB) sunt, de asemenea, consumate în mod obișnuit pe cale orală.
- MDMA se absoarbe rapid. În general, latența efectului este de 20-60 de minute, atingând efecte maxime între 60 și 90 de minute și având o durată de până la 5 ore.
- Debutul efectelor altor substanțe asemănătoare cu MDMA vândute ca ecstasy și al altor droguri cu efecte similare variază.
- De exemplu, debutul efectelor PMA are loc semnificativ mai târziu decât la MDMA. Acest lucru provoacă îngrijorare, mai ales atunci când utilizatorii consumă PMA crezând că este MDMA. Consumatorii pot lua a doua sau a treia doză din cauza impresiei că prima n-a avut niciun efect. Prin urmare, există un risc crescut de supradozaj, fenomen care a provocat decese în Europa.

Caseta 12. Efectele dorite ale MDMA și SNPP-urilor cu „efecte empatogene” similare

- Efect stimulant: aflux de energie și euforie
- Efect halucinogen: distorsiuni ale percepțiilor și, mai rar, halucinații
- Efecte empatogene: efecte pro-sociale, relaxare, stare de liniște sufletească, empatie, apropierea de alții și un grad sporit de intelectualizare a sentimentelor.

Caseta 13. Efectele nocive acute ale MDMA și SNPP-urilor cu „efecte empatogene” similare

- Consumul de MDMA este asociat cu mai multe efecte acute nedorite, printre care: greață, dureri de cap, halucinații, amețeli, încheștarea maxilarului (trismus), uscăciunea gurii, tahicardie, vărsături, senzație de frig și scăderea libidoului. Efectele nedorite ale MDMA pot dura câteva zile după consum. Efectele par să crească în intensitate și frecvență la persoanele care consumă aceste substanțe permanent.
- **Policonsumul** de droguri, inclusiv de alcool și alte substanțe, este un model comun al consumatorilor de MDMA și este asociat cu un nivel sporit de risc. Vânzarea produselor MDMA extrem de puternice pe piața ilicită s-a soldat, în ultimii ani, cu o creștere a numărului de decese, chiar și la cei care au consumat doar MDMA.
- Efectele nocive ale SNPP-urilor de tip MDMA prezintă în general tipare similare, dar unele sunt mai toxice și simptomele pot fi mai severe. PMA, de exemplu, a fost asociată cu hipoglicemia, hiperkaliemia și prelungirea complexului QRS, convulsii și coma. Aceste SNPP-uri au fost asociate cu o morbiditate și mortalitate crescute, ce pot fi atribuite în special hipertermiei. Ele au capacitatea de a provoca o toxicitate sporită serotoninergică.
- **Sindromul serotoninergic** – MDMA este un eliberator puternic al serotoninei și este asociată cu sindromul serotoninergic. Poate provoca sindromul serotoninergic atunci când este consumat singur sau în combinație cu alte droguri ilicite și medicamente serotoninergice. PMA prezintă o amenințare deosebită de toxicitate serotoninergică severă.

- **Hipertermia indusă de MDMA** – Hipertermia este una din reacțiile adverse predominante cele mai amenințătoare pentru viață provocate de MDMA și SNPP-uri similare. Cauzează, de asemenea, complicații secundare, precum insuficiența hepatică și leziuni ale creierului
- **Hiponatremia diluțională** – MDMA și drogurile cu efecte similare sunt asociate cu hiponatremia diluțională, care este rezultatul proprietăților farmacocinetice ale drogului, dar este, de asemenea, agravată de consumul unor cantități mari de bere și apă, în contexte sociale, care pot provoca niveluri scăzute de sodiu în sânge.
- **Simptomele de hiponatremie** – Simptomele pot varia de la niciunul la cele severe. Spre deosebire de alte sindroame acute provocate de MDMA, hiponatremia diluțională adesea urmează un curs uniform, cu simptome care rezultă mai ales din agravarea edemului cerebral. Simptomele ce includ dureri de cap, vărsături și stare mintală afectată sunt urmate de convulsii, somnolență, dezorientare și mușenie, progresează până la comă, hipoxie și potențial de deces, de multe ori ca urmare a herniei tentoriale. Există, de asemenea, dovezi că, din cauza unei combinații de factori, femeile prezintă un risc semnificativ sporit de a dezvolta hiponatremie asociată consumului de MDMA în comparație cu bărbații.
- **Efectele cardiace acute** – Tahicardia reprezintă efectul advers cel mai frecvent asociat cu vizitele la unitățile de urgență spitalicești în urma consumului de MDMA; cu toate acestea au fost raportate, la fel, și ischemia și infarctul miocardic.
- **Hemoragia intracraniană** – Consumul de MDMA a fost asociat cu hemoragia intracraniană, chiar și în absența aparentă a co-intoxicanților. Aneurismele sau malformațiile arteriale preexistente pot cauza o ruptură ca urmare a creșterii acute a tensiunii arteriale provocate de MDMA.
- **Leziuni hepatice** – MDMA provoacă insuficiență hepatică în două moduri: (1) Consumatorii pot dezvolta insuficiență hepatică acută secundară în caz de reacție hipertermică severă la MDMA. (2) Consumatorii pot suferi hepatotoxicitate izolată fără hipertermie. Acesta este, în general, un efect subacut care se poate dezvolta în zilele următoare consumului.

Caseta 14. Efectele psihiatrice în urma consumului de MDMA și SNPP-uri cu „efecte empatogene” similare

- În general, efectele adverse psihiatrice ale MDMA sunt, de obicei, mai puțin severe decât cele ale altor substanțe de tip amfetaminic.
- Anxietatea și panica sunt motivele comune pentru prezentarea consumatorilor de MDMA la spital.
- Câțeva studii au arătat că în rândul consumatorilor înrăiți și frecvenți, MDMA poate fi asociată cu afectări cognitive, în special cu cele legate de memoria verbală imediată și întârziată.
- Consumul de ecstasy/MDMA poate fi asociat cu simptome depresive. Perioada de „cădere” care urmează consumului de ecstasy/MDMA este caracterizată prin epuizarea serotoninei care generează o starea de spirit proastă, cu risc de simptome depresive severe.
- Dovezile sugerează că, ocazional, MDMA acționează ca un factor de stres care precipită psihoza acută, dar cu o frecvență mult mai redusă decât amfetamina.

C.2.3.2.3. CATINONELE SINTETICE

Caseta 15. Modul de consum și debutul efectelor la catinonele sintetice

- Mefedrona este vândută în mod obișnuit în formă de pulbere cristalină. Este solubilă în apă și este de regulă inhalată, înghițită (învelită într-o hârtie de țigară) sau adăugată într-o băutură. Este consumată și prin fumat sau injectare, prin frecarea pe gingie, pe cale rectală.
- Debutul efectelor dorite ale mefedronei este legat de calea de consum; debutul are loc în câteva minute la inhalarea pe cale nazală sau de la consumul prin injecție intravenoasă și în 15-45 minute la consumul pe cale orală. Consumul pe cale rectală a fost descris de către consumatori ca având un debut mai rapid, pentru producerea efectelor fiind necesare doze mai mici.
- Durata efectelor este, de asemenea, condiționată de modul de consum. Efectele durează până la 2-3 ore după consumul pe cale nazală sau orală, dar se mențin doar 15-30 de minute după administrarea pe cale intravenoasă. Unii consumatori au raportat combinarea căilor de consum într-o singură sesiune, de exemplu, mai întâi prizare și apoi administrare pe cale orală, cu scopul de a obține atât un efect mai rapid, cât și unul de lungă durată.
- Durata relativ scurtă a efectelor mefedronei este asociată cu administrarea repetată, pe durata unei singure sesiuni.
- Indiferent de calea de ingestie, majoritatea consumatorilor vor repeta administrarea de mefedronă în cadrul aceleiași sesiuni pentru a menține efectul dorit.

Caseta 16. Efectele dorite ale catinonelor sintetice

- Există unele diferențe între efectele diferitor catinone sintetice, dar, în linii mari, efectele scontate raportate includ: proprietăți de îmbunătățire a stării de spirit, fiind un stimulator psihomotor în situații sociale, euforie, stare de spirit mai bună, aflux de energie, capacitate de concentrare îmbunătățită, dorința sporită de a vorbi, poftă de mâncare redusă și stare de veghe.
- La doze mai mari de catinone sintetice au fost raportate distorsiuni de percepție sau halucinații, precum și proprietăți empatogene.

Caseta 17. Efectele nocive ale catinonelor sintetice

- Catinonele sintetice produc efecte simpatomimetice asemănătoare cu cele generate de intoxicația cu stimulatoare. Catinonele sintetice pot fi asociate cu neurotoxicitate sporită în comparație cu stimulatoarele tradiționale.
- Efectele cele mai frecvent raportate sunt simptomele cardiace, psihice și neurologice, care necesită îngrijire medicală.
- Poate să apară sindromul serotoninic, mai ales atunci când consumatorul a fost expus la două sau mai multe substanțe care sporesc efectele serotoninei.
- Consumul catinonelor sintetice poate fi asociat cu agitația. Pot să apară simptome psihotice.

Caseta 18. Caracteristici ale intoxicației acute cu catinone sintetice

- **Efecte neurologice, cognitive și psihice** – Anxietate, agitație, agresivitate, confuzie, depresie, disforie, anhedonie, insomnie, bruxism, dureri de cap, amețeli/amețeli ușoare, tinitus, convulsii, nistagmus, midriază, vedere încețoșată, senzație de amorțeală, extremități reci/cianotice, hipertermie, parestezii, intensificarea experiențelor senzoriale, halucinații vizuale și auditive, iluzii paranoide, psihoză tranzitorie, manie tranzitorie, conștiență redusă, amnezie
- **Efecte cardiovasculare** – hipertensiune arterială, tahicardie, dureri în piept, vasoconstricție periferică, infarct miocardic, eveniment vascular cerebral (de exemplu, accident vascular cerebral, hemoragie intracraniană)
- **Leziuni renale acute** – Se poate dezvolta acidoză metabolică sau cetoacidoza la pacienții cu diabet zaharat de tip 1 în urma consumului.
- **Efecte gastro-intestinale** – greață, vărsături, dureri abdominale
- **Efecte respiratorii** – dispnee
- **Efecte neuromusculare și musculo-scheletice** – creșterea tonusului muscular, trismus, rabdomioliză

Caseta 19. Efectele nocive cronice ale catinonelor sintetice

- Injectarea catinonelor sintetice a reprezentat o provocare privind sănătatea publică pentru unele țări, în mod special Ungaria și România.
- Catinonele sintetice pot fi asociate cu injectarea frecventă și compulsivă, crescând riscul infecțiilor cu transmitere prin sânge, precum și cel al infecțiilor sistemice și bacteriene.
- Injectarea de catinone sintetice este asociată cu niveluri ridicate de infecții virale, precum și cu infecție la locul de injectare, abcese la nivelul membrelor și coagulare a venelor, leziuni și receșiune venoasă. Consumatorii de catinone sintetice pe cale intravenoasă raportează paracitoză, paranoia, idei suicidare și insomnie severă. A fost raportată apariția simptomelor de tip Parkinson, sub formă de spasm, „instabilitate” și amorțeală permanentă la nivelul extremităților.
- În multe țări din Europa injectarea catinonelor a fost asociată cu transmiterea sporită a HIV și a hepatitei C.

Caseta 20. Efectele nocive cronice ale consumului nociv și dependent de catinone sintetice

- Informațiile privind efectele nocive pe termen lung asociate cu consumul prelungit al catinonelor sintetice sunt încă în curs de apariție. Sunt oferite dovezi conform cărora catinonele sintetice prezintă un potențial de dependență, psihică și/sau fizică și toleranță.
- Au fost raportate simptome de sevraj asociate cu catinonele sintetice care includ: oboseală, insomnie, congestie nazală, tulburări de concentrare, depresie, anxietate, creșterea poftei de mâncare, irascibilitate, miros neobișnuit al sudorii și poftă de consum.
- Comportamente sexuale cu risc ridicat - Unele catinone sintetice, cum ar fi mefedrona, prezintă efecte pro-sexuale, fiind unul din drogurile asociate cu „chemsex-ul” și cu practicile sexuale cu risc sporit.

C.2.3.2.4. METAMFETAMINA

S-a susținut că, la nivel global, consumul de metamfetamină reprezintă cea mai mare provocare ce ține de tot spectrul de droguri sintetice. Există unele dovezi că disponibilitatea de metamfetamină în Europa a crescut lent și s-a răspândit geografic încet.

Caseta 21. Efectele dorite ale metamfetaminei

- Efectele dorite ale metamfetaminei includ excitație, o senzație sporită de bine, vigilență crescută, energie și încredere, atenție extrem de concentrată, sociabilitate și euforie. De asemenea, este legată de scăderea poftelor de mâncare și de somn.
- Metamfetamina are un efect pro-sexual aparent, cu apetit sexual crescut, scăderea oboselii și pierderea inhibiției sexuale. Poate întârzia ejacularea, ajută la prelungirea actului sexual și diminuează secrețiile umorale.

Caseta 22. Efectele subiective nedorite ale metamfetaminei

- Cu toate că prezintă un efect pro-sexual, în mod paradoxal, consumul pe termen lung poate fi asociat cu descreșterea funcției sexuale la unii bărbați.
- Dozele mai mari provoacă disforie, neliniște și anxietate, fiind asociate cu tremor și dischinezie.
- În consumul compulsiv efectele euforice descresc în timp, iar pe parcurs disforia și comportamentele compulsive se amplifică.
- În cazul consumului compulsiv a fost raportat că această substanță induce insomnie, halucinații, paranoie și psihoză.
- Senzația de „epuizare” este unul din cele mai frecvente efecte nedorite indicate de către consumatori.
- Consumatorii pot resimți irascibilitate, agitație, anxietate, depresie și letargie.

Caseta 23. Modul de consum și de acțiune al metamfetaminei

- Cea mai comună formă de metamfetamină disponibilă în Europa este sarea clorhidratului de metamfetamină, solubilă în apă.
- Metamfetamina este absorbită rapid după ingestie, iar timpul de înjumătățire constituie 8-13 ore.
- Metamfetamina este consumată prin fumat, inhalare, injectare intravenoasă, pe cale rectală sau fiind introdusă în uretră.
- Efectele stimulatoare depind de o serie de factori, inclusiv de calea de consum și de doză: injecția intravenoasă și fumatul metamfetaminei au un debut mai rapid de acțiune decât alte forme de consum.

Caseta 24. Efectele nocive acute ale metamfetaminei

- **Efectele cardiovasculare ale metamfetaminei** – Metamfetamina poate afecta puternic sistemul cardiovascular, formând cardiomiopatie. Tahicardia, hipertensiunea arterială și durerile în piept sunt caracteristicile obișnuite ale intoxicației cu metamfetamină. Consumatorii prezintă risc de aritmie și infarct miocardic indus de metamfetamină din cauza spasmului coronarian. Consumul de metamfetamină poate, de asemenea, duce la disecția de aortă, ischemia cerebrală și hemoragia intracraniană.
- **Efecte neurologice, psihice și cele asupra sistemului nervos central** – Tremurături, transpirație, dilatare a pupilelor, agitație, confuzie, dureri de cap, anxietate, convulsii, halucinații și delir, sindrom serotoninergic (mai ales dacă a fost consumat mai mult de un drog stimulator).

Caseta 25. Caracteristicile intoxicației acute cu metamfetamină

- **Efecte gastro-intestinale și urinare** – Dureri abdominale, vărsături, acidoză metabolică, insuficiență renală și hepatică
- **Efecte cardiovasculare și respiratorii** – Tahicardie, inclusiv tahicardie ventriculară sau fibrilație, dureri în piept, hipotensiune sau hipertensiune arterială, dispnee
- Consumul unor cantități mari de metamfetamină a fost asociat cu hipertermie, de peste 41°C, rabdomioliză, pierdere acută unilaterală a vederii.

Caseta 26. Efectele psihologice, psihice și cele asupra sănătății mintale provocate de metamfetamină

- Simptomele psihice, care includ psihoza acută, depresia și tulburările de anxietate, au fost asociate atât cu intoxicațiile acute, cât și cu consumul repetat și prelungit de metamfetamină.
- Cele mai frecvente simptome de psihoză indusă de metamfetamină includ credințe supraevaluate și delirante, halucinații auditive și vizuale și agitație extremă. Psihoza indusă de metamfetamină a fost, în principal, observată în rândul consumatorilor cu vulnerabilitate la probleme de sănătate mintală, dar poate să apară și la persoanele fără nicio problemă de sănătate mintală pre-existentă.
- Deși psihoza indusă de metamfetamină de obicei se remite spontan, un număr mic de consumatori dezvoltă simptome psihotice care necesită îngrijire în cadrul unităților de asistență medicală de urgență și/sau al unităților psihiatrice.
- Ocazional, consumatorii pot dezvolta simptome psihotice care continuă săptămâni sau luni de la debut, chiar dacă este atinsă abstinența față de metamfetamină.

Caseta 27. Efectele nocive cronice sau pe termen lung și consumul frecvent de metamfetamină

- **Psihoze asociate metamfetaminei** – Dezvoltarea psihozei este legată, în general, de cantitatea cumulată de metamfetamină consumată.
- **Riscuri asociate injectării** – Injectarea de metamfetamină comportă riscuri similare injectării altor stimulatoare. Acestea includ riscul de infecții bacteriene, virale și sistemice inclusiv virusuri cu transmitere prin sânge.
- **Riscul ridicat asociat comportamentelor sexuale și riscurile asociate injectării** – Consumul de metamfetamină este asociat cu „chemsex-ul”. Cu toate că asocierea ar putea să nu fie cauza, totuși mai multe dovezi indică o creștere a riscurilor de natură sexuală asociate cu consumul de metamfetamină, inclusiv relațiile sexuale fără prezervativ.
- Abuzul cronic al metamfetaminei poate cauza **inflamarea mucoasei inimii** și, în rândul utilizatorilor care injectează medicamentul, la deteriorarea vaselor de sânge și a abceselor cutanate.
- Consumatorii cronici pot avea, episoade de **comportament violent, paranoia, anxietate, confuzie și insomnie**. Utilizatorii care admit abuz de consum prezintă deteriorări sociale și profesionale progresive. Simptomele psihotice pot persista uneori luni sau ani de la încetarea utilizării.

Caseta 28. Dependența și sevrăjul provocate de metamfetamină

Riscul de dezvoltare a dependenței față de consumul de metamfetamină este mare.

- Consumul repetat și frecvent de metamfetamină este asociat cu toleranța.
- Consumatorii dependenți de metamfetamină experimentează frecvent simptome de sevrăj care sunt caracterizate prin simptome psihologice și psihiatrice, mai degrabă decât prin simptome fizice.

Caseta 29. Simptomele de sevraj la metamfetamină

- Simptomele acute de sevraj la metamfetamină sunt similare cu cele ale sevrajului față de alte stimulatoare.
- O severitate sporită a simptomelor de sevraj a fost raportată printre utilizatorii mai în vârstă care au consumat metamfetamină mai mult timp și care prezintă tulburări mai severe asociate consumului de metamfetamină.

Caseta 30. Efectele fiziologice adverse pe termen lung ale consumului de metamfetamină

- **Efecte cardiovasculare** – Pe termen lung, consumul de metamfetamină poate avea ca rezultat complicații cardiovasculare severe legate de hipertensiunea cronică și bolile cardiovasculare, cum ar fi angina, aritmiile, boala valvulară, accidentele vasculare cerebrale hemoragice/ischemice și o incidență crescută a infarctului miocardic.
- **Efecte neurologice** – Hiperstimularea cronică a sistemului nervos central în urma consumului de metamfetamina poate conduce cauza dureri de cap frecvente, tremor, mișcări atetoide și convulsii.
- **Efecte respiratorii** – Fumatul de metamfetamină poate provoca simptome respiratorii și tulburări, cum ar fi edem pulmonar, bronșită, hipertensiune pulmonară, hemoptizie și granulom. Metamfetamina este asociată cu hipertensiunea arterială pulmonară, deși rolul său exact rămâne neclar.

Alte efecte pe termen lung

- necroză hepatică și degenerare centrolobulară, chiar și în absența hepatitei;
- infarct mezenteric, colită ischemică segmentară, vasculită și vasospasm cu rezoluție spontană;
- simptome orale și dentare; cu toate acestea, pot fi semnificativi factori ce țin de stilul de viață mai curând decât drogul în sine.

Caseta 31. Efectele psihologice și psihice ale consumului de metamfetamină

- Există o asocierie bine stabilită între consumul de metamfetamină pe termen lung și problemele de sănătate mintală.
- Consumul de metamfetamină poate fi asociat cu tulburări de dispoziție, tulburări de anxietate și tulburări și simptome depresive, chiar și după tratament și abținere.

Caseta 32. Tulburările psihotice induse de metamfetamină

- Consumul pe termen lung al metamfetaminei în doze mari poate duce la tulburări psihotice.
- Manifestările simptomatice: sentimente de persecuție, halucinații auditive, vizuale și tactile, precum și tulburări ale dispoziției.

C.2.3.2.5. SNPP-URILE HALUCINOGENE ȘI AGONIȘTI SINTETICI AI RECEPTORILOR CANABINOIZI (SCRA)

Caseta 33. Debutul și durata efectelor SNPP-urilor halucinogene

- Există diferențe semnificative între substanțele halucinogene în ceea ce privește viteza debutului efectelor, variind de la câteva secunde până la câteva ore. Spre exemplu:
- N,N-dimetiltriptamina (DMT) are un efect aproape imediat.
- Efectele LSD apar la aproximativ 60 de minute după consumul pe cale orală.
- În cazul unor SNPP-rui halucinogene poate dura multe ore până la debutul efectelor, existând riscul ca unii consumatori să-și administreze noi doze, având falsă credință că prima doză n-a avut niciun efect.
- Durata de acțiune a drogurilor halucinogene variază între câteva minute și zile, în funcție de substanța consumată. Spre exemplu:
 - DMT consumat prin vaporizare (încălzire și pulverizare) este un drog cu o durată foarte scurtă de acțiune, atingând efectul maxim chiar și în 5 minute.
 - Halucinogenele cu durată intermediară includ 2C-B, cu efecte cu o durată de 2-3 ore.
 - LSD este un halucinogen cu acțiune mai prelungită cu o durată preconizată de 8-12 ore.
 - Halucinogenele cu acțiune de durată foarte lungă includ 2,5--dimetoxi-4-metilamfetamina (DOM) și altele din seriile DOx 4-substituit-2,5-dimethoxyamphetamine (DOx), 2,5-dimetoxi-4-n-propilfenetilamină (2C-P) și bromo-dragonfly, cu efecte raportate că durează 1-3 zile.

Caseta 34. Modul de consum ale SNPP-urilor halucinogene

- Halucinogenele sunt, de obicei, ingerate pe cale orală sau consumate pe căi sublinguale/bucale, adesea prin mici porții de hârtie sugativă (numite uneori „colițe”), care sunt ținute în gură pentru a permite absorbția prin mucoasa orală.
- Căi mai puțin comune de administrare sunt cele prin prizare, fumat, inserție rectală și injectare intravenoasă.

Caseta 35. Efectele nocive acute ale drogurilor halucinogene

- **Efecte psihologice și psihice: „călătorii de groază”** – Cea mai frecventă cauză a prezentărilor la spital legate de halucinogene este așa numita „călătorie de groază” („horror trip”). Reacțiile adverse psihologice pot apărea la doze obișnuite și includ sentimente de pierdere a controlului, tulburări de percepție și atacuri de disforie, anxietate, agitație și panică și/sau paranoia, care pot fi severe.
- **Intoxicația acută** – Halucinogenele clasice, precum LSD-ul și psilocibina prezintă toxicitate intrinsecă scăzută, cu excepția cazului ingerării unei doze foarte mari.
- **Efecte sub-acute** – Chiar și în absența intoxicației acute, efectele adverse pot include greață, diaree, senzații de căldură și frig, tremur și slăbiciune, amețeli, somnolență, parestezii, vedere încețoșată, pupile dilatate, tahicardie și hipertensiune arterială, creșterea reflexelor tendinoase și dureri de cap.
- **Efecte nocive acute** – Supradozajul cu LSD este rar, dar au fost raportate colapsul, coma, vărsăturile, stopul respirator, hipertermia și rabdomioliza.
- Unele SNPP-uri au o toxicitate mai mare și rate terapeutice și de siguranță mai înguste, implicând astfel un risc sporit de intoxicație acută și de producere a efectelor nocive severe.

Caseta 36. Modele ale intoxicației acute în urma consumului de SNPP-urilor halucinogene

Modelele de toxicitate sistemică variază în clasele de droguri halucinogene și în funcție de tipurile halucinogenelor, dar includ următoarele:

- **Intoxicația simpatomimetică** a fost raportată după ingerarea mai multor agenți halucinogeni, inclusiv LSD, mescalina și seriile de droguri 2C și alfa-metiltriptamină.
- **Sindromul serotoninergic.** Unele SNPP-uri pot provoca în mod obișnuit simptome ale sindromului serotoninergic (de exemplu, 5-MeO-DIPT), mai ales atunci când sunt consumate în combinație cu alte substanțe serotoninergice.

Caseta 37. Efectele psihologice și psihice ale SNPP-urilor halucinogene

- Drogurile halucinogene par să nu fie în mod de obicei asociate cu dezvoltarea unor tulburări cronice ale sănătății mintale, cum ar fi schizofrenia și depresia.
- Halucinogene sunt o cauză rară de psihoză indusă de substanțe, când drogul declanșează un episod psihotic care poate persista după ce efectele intoxicației și-au urmat cursul.
- **Efecte neuro-comportamentale și psihice** – Pupile dilatate, halucinații, distorsiuni senzoriale și halucinații, în orice modalitate, sinestezie, afectarea răspunderii, euforie sau disforie, paranoia, idei de referință, iluzii, depersonalizare, anxietate, dezorientare, disociere, agitație, ideeați suicidare, convulsii, confuzie, ataxie, dureri de cap, paretezii.

Caseta 38. Alte efecte ale SNPP-urilor halucinogene

- Acidoză metabolică, hipertermie, hipoglicemie, înroșirea feței, transpirație, rabdomioliză. Intoxicația cu droguri halucinogene poate cauza răniri și deces accidental, inclusiv prin accident rutier, cădere sau hipotermie.
- **Efecte gastro-intestinale/urinare/renale** – greață, vărsături, diaree, leziuni renale acute.
- **Efecte cardiovasculare, scheleto-musculare și respiratorii** – tahicardie, hipertensiune, mialgie, convulsii, tensiune musculară și înclăștarea maxilarului, tahipnee.

Caseta 39. Efectele nocive cauzate de consumul frecvent și de durată

- Nu există în prezent nicio dovadă că halucinogenele „clasice” ar avea efecte cronice neurotoxice.
- De obicei nu există niciun model persistent și compulsiv de consum și nici dovezi privind dependența de LSD sau de alte halucinogene clasice. Halucinogenele nu par să fie asociate cu modele clasice de toleranță sau de sevraj. Efectele LSD-urilor și cele ale altor halucinogene par a fi puternic atenuate pe parcursul unei perioade de după consum sau atunci când sunt consumate 2 zile la rând, de exemplu.
- DMT consumat prin vaporizare/fumat pare să constituie o excepție de la această regulă, având atât o durată neobișnuit de scurtă de acțiune, cât și o durată proporțional de scurtă de tahifilaxie.

Caseta 40. Tulburările persistente de percepție provocate de halucinogene

- Tulburările persistente de percepție provocate de halucinogene (HPPD) și „flashback-urile” au fost asociate în special cu consumul halucinogenelor clasice. Simptomele pot include tulburări continue în orice modalitate, deși tulburările vizuale par a fi cel mai frecvente. Astfel, tulburările vizuale includ halucinații geometrice, flash-uri de culoare sau dungi, intensificarea culorii și a mișcării, în special la nivelul vederii periferice, persistența imaginii, trasee și halouri în jurul obiectelor. În contrast cu psihoza, apar rareori interpretări greșite ale percepțiilor în sensul de persecuție, deși anxietatea ridicată este adesea asociată cu HPPD.
- Nu există un tratament stabilit pentru HPPD și cercetările sunt foarte limitate, dar natura multifactorială a tulburării și preeminența comorbidităților sugerează necesitatea unui tratament extrem de individualizat, cu reducerea stresului, diminuarea consumului de substanțe sau chiar cu abținerea de la consumul lor (inclusiv alcool și, probabil, cofeină), precum și tratamentul tulburărilor comorbide, incluzând anxietatea.
- S-a raportat ameliorarea în unele cazuri de consum al HPPD-urilor prin utilizarea psihoterapiei și prin modificarea comportamentului.

C.2.3.2.6. AGONIȘTII SINTETICI AI RECEPTORILOR CANABINOIZI

Caseta 41. Modul de consum al agoniștilor sintetici ai receptorilor canabinoizi

- În timp ce toate SCRA-urile sunt asociate cu efecte nocive mai sporite decât cele ale canabisului natural, noile generații de SCRA-uri sunt asociate cu niveluri sporite ale efectelor nocive, în comparație cu generațiile anterioare.
- În stare pură, SCRA-urile sunt fie solide, fie în formă de uleiuri.
- Produsele SCRA sunt, de obicei, pulverizate pe materiale vegetale inerte. Totuși, acestea pot fi teoretic pulverizate pe orice material și există rapoarte de SCRA-uri pulverizate pe hârtie sau materiale textile, în special pentru a evita detectarea lor.

De asemenea, au fost raportate și alte forme, incluzând:

- pulbere, forme injectabile și lichide pentru țigări electronice;
- în produse asemănătoare cu rășina de cannabis, precum și în eșantioane de iarbă de cannabis;
- în amestecuri care conțin alte SNPP-uri, cum ar fi stimulatoare, halucinogene și sedative/hipnotice, și în tablete „ecstasy” (MDMA);
- Produsele care conțin SCRA-uri sunt adesea foarte variate, atât în ceea ce privește conținutul chimic, cât și concentrația. Un produs vândut ca SCRA poate conține mai multe SCRA-uri, cu o potențială interacțiune cu drogul.

Caseta 42. Efectele dorite și nedorite ale consumului de agoniști sintetici ai receptorilor canabinoizi

- Efectele dorite și motivația consumului includ:
 - un efect sedativ puternic;
 - posibilitatea de a ascunde consumul din motivul inexistenței analizelor toxicologice pentru depistare.
- În unele țări europene, SCRA-urile sunt folosite în special de către grupurile vulnerabile, inclusiv de către persoanele fără adăpost și persoanele aflate în locuri de detenție.
- Durata efectului diferitor compuși ai SCRA-urilor este diferită și poate varia de la 1-2 ore pentru unii compuși până la 6-8 ore pentru alții.
- SCRA-urile produc efecte subiective unice și diferite de cele ale cannabisului. Există și rapoarte privind efecte de mahmureală, precum și alte efecte negative neatribuite cannabisului natural.

Caseta 43. Intoxicația acută în urma consumului de agoniști sintetici ai receptorilor canabinoizi

- Intoxicația cu SCRA-uri se caracterizează prin efecte asemănătoare acelorale ale canabisului, incluzând psihoză și efecte simpatomimetice, convulsii, tahicardie, hipertensiune, diaforeză, hipertermie, agitație și combativitate. Unele SCRA-uri pot fi asociate cu sindromul serotoninergic.
- S-a raportat că SCRA-urile ar provoca o serie de alte efecte toxice, inclusiv leziuni renale acute. Unele SCRA-uri, mai ales generațiile mai noi (de exemplu, MDMB CHMICA), sunt legate de toxicitate severă și au fost asociate cu decese.

Caseta 44. Efectele adverse acute psihologice, psihice, cognitive și neurologice în urma consumului de agoniști sintetici ai receptorilor canabinoizi

- Râs necontrolat, agitație, furie, tristețe, afect plat, anxietate, atacuri de panică, mania persecuției, halucinații auditive și vizuale, modificări ale percepției, depresie și gânduri suicidare
- Deficiențe ale memoriei de scurtă durată și cognitive, gânduri blocate, confuzie, somnolență și sedare
- Amorțeli, furnicături, amețeli, paloare, nistagmus, tinitus, diaforeză, tremor, convulsii, amnezie, nivel redus de conștiență, sincopă, stări catatonice și comă. De asemenea, a fost raportată pierderea temporară a vederii și a vorbirii.

Consumul SCRA-urilor a fost asociat cu psihoza, eventual cu un risc mai mare de psihoză în cazul SCRA-urilor, decât în cazul canabisului natural.

- Psihoza legată de SCRA-uri a fost asociată cu o stare de agitație mai semnificativă decât ar fi de așteptat de la canabisul natural.
- Există rapoarte de psihoză acută tranzitorie asociată cu SCRA-uri, precum și rapoarte conform cărora unele persoane pot experimenta psihoză care persistă săptămâni după intoxicația acută.
- Psihoza indusă de SCRA-uri a fost raportată la persoanele vulnerabile, inclusiv cele cu antecedente de psihoză, dar și la persoanele sănătoase, fără antecedente de psihoză.

Caseta 45. Efectele fiziologice acute ale consum de agoniști sintetici ai receptorilor canabinoizi

Efectele nocive acute fiziologice asociate cu consumul de SCRA-uri includ:

- **Efecte neuro-musculare și musculo-scheletale:** hipertonie, mioclonii, convulsii musculare, mialgie, rabdomioliză.
- **Efecte cardio-toxice:** s-a raportat că sunt de două sau de trei ori mai susceptibile de a fi asociate cu efecte simpatomimetice, precum tahicardia și hipertensiunea, decât canabisul natural
- **Efecte renale:** leziuni renale acute.
- **Efecte cardiovasculare** – tahicardie, hipertensiune sau hipotensiune arterială, hipokaliemie, dureri toracice, tahicardie, ischemie miocardică, infarct miocardic, accidente cerebrovasculare.
- **Efecte gastro-intestinale** – greață, vărsături.
- **Alte efecte** – hipokaliemie, efecte pulmonare, extremități reci, uscăciunea gurii, dispnee, midriază, vărsături.

Caseta 46. Efectele neurologice, cognitive și psihice în urma consumului de agoniști sintetici ai receptorilor canabinoizi

- Anxietate, agitație, agresivitate, anxietate acută, gândire dezorganizată, blocarea gândirii, gânduri de persecuție, delir, halucinații auditive și vizuale, depresie, gânduri suicidare, psihoză acută, niveluri reduse de conștientă; comă, amorțeală, furnicături, senzație de leșin, amețeli, paloare, tinitus, diaforeză, tremor, somnolență, sincopă, apatie, nistagmus și convulsii, deficiențe ale memoriei de scurtă durată și cognitive, confuzie, sedare și somnolență, vorbire incoerentă și amnezie.

Caseta 47. Efectele nocive cronice asociate consumului pe termen lung și frecvent de agoniști sintetici ai receptorilor canabinoizi

Consumul nociv și dependent: toleranță și sevraj:

- SCRA-urile par susceptibile de a provoca dependență.
- Toleranța se dezvoltă mai repede pentru SCRA-uri decât pentru cannabisul natural, cu un sindrom de sevraj mult mai sever și mai prelungit.

Caracteristicile raportate ale sevrăului cauzat de SCRA-uri includ:

- dureri de cap, anxietate, tuse și tulburări de somn/insomnie;
- nerăbdare, dificultăți de concentrare, furie/irascibilitate, neliniște, depresie și poftă de consum;
- greață, diaforeză, tremor, hipertensiune și tahicardie.

Caseta 48. Alte efecte ale consumului pe termen lung și frecvent al agoniștilor sintetici ai receptorilor canabinoizi

Consumul nociv și dependent: toleranță și sevraj:

- Se cunosc puține despre efectele pe termen lung și efectele nocive ale consumului de SCRA-uri.
- Cercetările disponibile sugerează că un consum prelungit și frecvent de SCRA-uri este asociat cu psihoză, tulburări cognitive, carcinom (diferite forme) și boli pulmonare, cu toate că sunt necesare cercetări suplimentare pentru a confirma aceste constatări inițiale.

Caseta 49. Caracteristicile specifice ale consumului de SNPP-uri și stimulatoare la femei

- Conform Raportului Mondial Anual privind Drogurile pentru anul 2020⁴, fiecare al 4-lea consumator de droguri este femeie. Natura consumului de droguri de către femei este semnificativ diferită de cea a bărbaților. Experiențele negative din copilărie au efecte diferite asupra bărbaților și femeilor.
- Femeile încep, de obicei, să utilizeze substanțe psihoactive mai târziu decât bărbații, dar după inițiere, ratele lor de consum încep să crească mai repede decât la bărbați. Acest efect se numește „telescopare”.
- Femeile care se confruntă cu situații dificile din copilărie internalizează comportamentele și pot începe să utilizeze droguri pentru automedicație. Problemele internalizate, cum ar fi depresia și anxietatea, sunt mult mai frecvente la femei decât la bărbați. Experiențele negative din copilărie pot provoca emoții negative, precum sentimentul de rușine, vinovăție sau stima de sine scăzută. Studiile au arătat că consumul de droguri este o formă de sfidare socială pentru băieții care se confruntă cu condiții dezavantajate ale copilăriei. În același timp, fetele care au experimentat violența sunt mai susceptibile să o interiorizeze prin anxietate, depresie și excludere socială și este mai probabil să utilizeze substanțe psihoactive pentru automedicație.

⁴ <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>

- Spre deosebire de femei, în rândul bărbaților ratele de diagnostic dublu (tulburare de stres post-traumatic și tulburare de consum de substanțe) sunt de 2-3 ori mai mici și, de regulă, reprezintă rezultatul leziunilor suferite în timpul luptei sau al activităților infracționale.
- O altă diferență este că femeile sunt mai predispuse să consume droguri cu un partener intim, în timp ce bărbații sunt mai predispuși să consume droguri cu prietenii-bărbați.
- Femeile prezintă un risc mai mare de boli infecțioase decât bărbații. În comparație cu bărbații, femeile sunt mai vulnerabile la HIV, hepatita C și alte infecții transmisibile prin sânge. Femeile vulnerabile sunt, de obicei, excluse din servicii, precum programul seringii cu ac, tratamentul dependenței de droguri, serviciile de sănătate a reproducerii, îngrijirea perinatală, serviciile de asistență socială, fiind împinse înapoi în cercul vulnerabilității. Factorii specifici de risc sporit includ faptul că femeile au mai multe șanse decât bărbații să fie „al doilea în rând la ac” - adică se injectează după se injectează partenerul. De asemenea, femeile care consuma droguri se angajează în servicii sexuale pentru a rost de droguri și astfel își sporesc și mai mult vulnerabilitatea față de HIV și alte infecții transmisibile din sânge.
- De regulă, femeile au mai multe responsabilități casnice, de familie și de îngrijire a copiilor, respectiv, ajung mai greu la servicii de prevenire, tratament și îngrijiri psihosociale. Astfel de experiențe negative din copilărie cresc riscul consumului de substanțe la copiii femeilor cu tulburări de consum de droguri.
- Modelul feminin al consumului de droguri și daunele asociate sunt adesea determinate de partenerii intimi de sex masculin. Ele cer, de asemenea, partenerului lor de sex masculin, care le-a introdus în consumul de droguri, să le injecteze, inclusiv într-o companie în prezența altora.
- Femeile mai rar decât bărbații pot controla calitatea drogurilor, ustensile/echipament de consum, cel mai probabil, toate acestea fiindu-le oferite de partener. Poate fi, de asemenea, dificil pentru o femeie să negocieze comportamente sigure, cum ar fi utilizarea de seringi jetabile curate sau prezervative. În situațiile în care partenerii intimi ai femeilor sunt cei care le asigură droguri, există adesea așteptarea ca acestea, la rândul lor, să le ofere în schimb servicii sexuale, indicând un dezechilibru de gen exacerbat în ceea ce ține de consumul de substanțe. În aceste condiții, refuzul unei femei de a face sex sau încercările sale de a discuta despre utilizarea prezervativului pot provoca agresiuni ulterioare din partea partenerului, mai ales dacă acesta se află sub influența drogurilor.
- Utilizarea de droguri de către femei se poate solda cu dereglări ale ciclului menstrual. În timpul sarcinii, consumul de droguri are un efect nociv asupra copiilor nou-născuți: nașteri premature, greutate mică la naștere, sindrom de abținere și fetal.
- Mamele cu tulburări de consum de droguri pun în pericol sănătatea și dezvoltarea copiilor lor.

C.2.3.3. INVESTIGAȚIILE PARACLINICE

Caseta 50. Investigațiile de laborator și testele psihologice la SNPP-uri și stimulatoare

A. Aceste substanțe nu sunt determinate prin testele tradiționale. De asemenea, în prezent, nu există metode CTI (studii chimice și toxicologice) care să permită izolarea substanțelor respective din mediul biologic uman, deși metodele GC-MS și spectrometria de masă tandem ar trebui considerate cele mai adecvate pentru această sarcină.

Notă: Pacienților cu comorbidități li se vor efectua investigații paraclinice suplimentare la recomandarea medicilor de profilul respectiv.

B. Parametrii analizei generale a sângelui, trombocitele, coagulograma, EAB, transaminaze (ALT, AST) sporesc de zeci de ori față de valorile normale, au creștere bruscă și progresie rapidă; GGT – glutatión transferaza, bilirubină, fosfatază alcalină serică, coagulograma desfășurată, timpul de protrombină (TQ), ureea, creatinina serică cresc în manifestări ale insuficienței renale; glicemia – hipoglicemia apare la copii în stări foarte grave.

C. Investigațiile de laborator obligatorii în prima etapă la un pacient intoxicat:

- analiza generală a sângelui completă, timpul de sângerare, grupul sanguin și factorul Rh;
- EAB – pentru evaluarea oxigenării, detectarea acidozei decompensate sau a alcalozei;
- analize biochimice: ureea, creatinina, glicemia, ALT, AST, bilirubina, osmolaritatea;
- coagulograma (în intoxicații specifice, precum salicilați, fier etc., este necesar de efectuat coagulograma desfășurată);
- examenul toxicologic și sumar de urină, densitatea urinară;
- examenul toxicologic specific;
- ECG, ecocardiografie la necesitate;
- Imagistica: radiografie toracică și abdominală, imagistica organelor interne și/sau CT cerebral (utile în traumatismele asociate intoxicației);
- Interval de monitorizare: unii parametri se măsoară continuu.

D. Teste neuropsihologice.

Testul **DAST-10** – preconizat pentru evaluarea riscului de dependență în consumul de medicamente. Conține 10 întrebări. Este aplicat în cazul adulților (anexa 5).

Testul **ASIST** – screening-test (OMS ASSIST 11) la depistarea dependenței de alcool, produse de tutungerie și alte substanțe (anexa 4).

C.2.3.4. DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL (OBLIGATORIU)

În procesul de diagnosticare, alte tulburări și afecțiuni cu prezentări similare sau identice trebuie luate în considerație pentru a le exclude sau a le include. După cum s-a menționat deja, mulți utilizatori de stimulatoare suferă de boli psihice coexistente, cum ar fi tulburări bipolare, personalitate limită și așa mai departe. În mod similar, cauza unui atac de cord sau a unei convulsii trebuie determinată pentru o îngrijire continuă optimă și un management medical.

Înainte de a putea fi stabilit pus un diagnostic diferențial al unei tulburări psihiatrice coexistente (diagnostic dual), persoana trebuie să fie abstinentă pe parcursul unei anumite perioade de timp, cel puțin, de la 3 până la 4 săptămâni. Sindromul și simptomele prezentate pot fi tratate între timp și se poate diagnostica o tulburare psihotică, nespecificată altfel (NOS). Mai multe informații cu privire la procesul de diagnostic pentru pacienții cu simptome care indică asupra consumului de substanțe coexistente și tulburări de dispoziție pot fi găsite în TIP 9, Evaluarea și tratamentul pacienților cu boli psihice coexistente și abuz de alcool și alte droguri (CSAT, 1994a).

Caseta 51. Criteriile de diagnostic diferențial în consumul de SNPP-uri și stimulatoare

În pofida unor diferențe farmacologice între anumite substanțe psihoactive, semnele de dependență și de intoxicație sunt similare, tratamentul fiind în majoritatea cazurilor aproximativ același. Pentru diagnosticul diferențial este necesară evaluarea clinică specifică a stării de ebrietate, consumului și/sau ale consecințelor. Diagnosticul diferențial se va efectua în cazul consumului concomitent de multiple substanțe. Diagnosticul diferențial cu maladii psihice:

- schizofrenie
- tulburare delirantă
- tulburare afectiv bipolară – episod maniacal
- tulburare histrionică
- consecințele traumatismului cranio-cerebral

Pacienții cu intoxicație severă cu canabinoide sintetice au caracteristici comune multor altor intoxicații și afecțiuni medicale, în special celor care provoacă agitație, stare epileptică sau psihoză acută.

Gestionarea intoxicației cu canabinoide sintetice este una de susținere, fiind determinată de prezența și severitatea manifestărilor clinice specifice.

- Agitație și psihoză – Pacienții cu agitație severă din cauza intoxicației cu **agoniști sintetici ai receptorilor canabinoizi**.
- Nu răspund de obicei la decalarea verbală și necesită sedare cu benzodiazepine (de exemplu, cu „Midazolam” sau „Lorazepam”).
- Hipertermia – hipertermia (temperatura rectală > 38,5° C poate rezulta din activitatea miotonică produsă de canabinoidele sintetice, convulsii, rabdomioliză sau o combinație a celor trei și ar trebui gestionată agresiv cu măsuri mecanice de răcire.
- Convulsii – Convulsiile cauzate de canabinoizi sintetici justifică tratamentul inițial cu benzodiazepine (de exemplu, „Lorazepam” sau „Diazepam”), cu doze repetate, după cum este necesar. Dacă convulsiile nu sunt controlate de dozele adecvate de benzodiazepine, trebuie administrat un al doilea agent anticonvulsivant, cum ar fi „Fenobarbitalul”.

Tabelul 2. Diagnosticul diferențial al stărilor morbide care se manifestă cu simptome de consum de substanțe noi cu proprietăți psihoactive și stimulatoare

<i>Diagnosticul</i>	<i>Etiologia</i>	<i>Starea prodromală</i>	<i>Debut</i>	<i>Deosebiri vizând manifestările clinice</i>	<i>Durata psihozei</i>	<i>Markeri „paraclinici” specifici</i>	<i>Nivelul intelectual până la declanșare</i>	<i>Conștiența</i>
Tulburările delirante	necunoscută	în anamneză – date care confirmă prezența modificărilor caracteriale de tip paranoid, anankast	acut	idei de supravaloare și delirante fără tulburări de percepție	luni	nu sunt atestați	poate fi intact	păstrată
Schizofrenie	necunoscută	Retragere sociala, semne deficitare, „intoxicații filosofice”, modificări de personalitate din clusterul A	lent	Semne psihotice: halucinații prevalent auditive, idei delirante, tulburări psihosenzoriale, tulburări psihomotorii, apatie, abulie, semne cognitive	luni	nu sunt atestați	poate fi intact	păstrată
Tulburare de personalitate histrionică si/sau de limită	diferită: organică și nonorganică	în anamneză – date care confirmă prezența modificărilor caracteriale de tip histrionic	acut	acutizarea pe fundal stresogen	ore, zile	nu sunt atestați	poate fi intact	afectată sau păstrată
Tulburare afectiv bipolară	endogenă	în anamneză – date care confirmă schimbările emoționale pozitive sau/și negative pronunțate	acut	corelația (prezentă sau absentă) tulburărilor de gândire și de percepție și fundalul emoțional al pacientului	zile, luni	schimbarea nivelului de neuro-mediatori (dopamină, serotonină, noradrenalină)	poate fi intact	păstrată

C.2.3.5. PROGNOSTICUL

Ca și în cazul altor afecțiuni cronice, consumul de SNPP-uri și stimulatoare are o evoluție progredientă și depinde de tipul și diversitatea intervenției.

Pe termen scurt prognosticul este relativ favorabil, ținând cont de ameliorarea funcționalității sociale după remiterea simptomelor din cadrul episodului de consum.

Pe termen lung prognosticul depinde de tratamentul farmacologic și metodele de reabilitare psihosocială, care asigură sporirea calității vieții, adaptarea și integrarea psihosocială.

Doar intervențiile psihosociale s-au dovedit eficiente în reducerea consumului de SNPP-uri și stimulatoare la pacienții cu tulburări de utilizare a stimulatorului, dar aceste tratamente singure sunt insuficiente pentru mulți pacienți. În studiile randomizate nu s-a demonstrat că medicamentele sunt în mod constant eficiente pentru tulburările de utilizare a SNPP-urilor și stimulatoare. Niciun medicament nu a demonstrat dovezi consistente ale eficacității tulburării de utilizare a SNPP-urilor și stimulatoarelor în studiile clinice.

C.2.3.6. CRITERIILE DE SPITALIZARE

Caseta 52. Criteriile de spitalizare a pacienților cu consum de substanțe noi cu proprietăți psihoactive și stimulatoare

- Secțiile narcologice, UPU, în funcție de caz:
 - o Pacient cu simptome de consum care nu a fost posibil de gestionat în condiții de ambulator;
 - o Pacient cu simptome psihotice care prezintă pericol pentru sine sau cei din jur;
 - o Pacient cu simptome psihotice și risc vital cauzat comorbidităților (B.2., C.1.6., C.61-C.63.);
 - o Pacient care prezintă semne de consum, stare de ebrietate de grad mediu, intoxicație, sau otrăvire (la adresare benevolă, inclusiv în condiții de anonim).
- Spitalele de psihiatrie, în funcție de caz:
 - o Pacient cu simptome psihotice care nu a fost posibil de gestionat în condițiile secțiilor narcologice.

Caseta 53. Criteriile de spitalizare în secțiile de terapie intensivă și reanimare a pacienților cu consum de substanțe noi cu proprietăți psihoactive și stimulatoare

- Pacient cu semne de pericol vital - decompensarea funcțiilor vital-importante în cazuri de: supradozaj, intoxicație acută etc.
- Pacient cu stări grave după tentativele de suicid.

C.2.3.7. CRITERIILE DE TRANSFER DE LA UN NIVEL DE ASISTENȚĂ MEDICAL LA ALTUL

Caseta 54. Servicii și intervenție în cazul consumului de substanțe noi cu proprietăți psihoactive și stimulatoare

Nivelul de asistență medicală prespitalicească		
AMU	Asistența medicală de ambulator	Asistența medicală spitalicească
- Evaluarea persoanei cu simptome de intoxicație acută și supradozaj care a solicitat serviciul (inclusiv în cazul, în care este solicitată evaluarea de către aparținători) - Evaluarea persoanei cu simptome psihotice agitate, auto și/sau hetero-agresivă, comportament cu pericol social - Acordarea ajutorului simptomatic, în funcție de starea particulară a pacientului (referirea la DRN, cabinetele narcologice teritoriale, spitalele psihiatrice, secțiile de terapie intensivă și reanimare, CCSM, după caz)	Asistența medicală primară - Evaluarea persoanelor cu risc înalt de consum. - Suspectarea semnelor de consum de SPA de către medicul de familie. - Educația privind comportamentele adictive. - Descurajarea consumului de droguri. - În cazul depistării unui consum de SPA, referire la DRN și medicul specialist psihiatru-narcolog. - Prevenirea recidivelor prin evaluarea și monitorizarea sănătății.	Secțiile narcologice din cadru DRN și spitalelor de psihiatrie (adulți și adolescenți) - Admiterea pacienților care manifestă simptome psihotice care au fost referiți de către medicii de familie, narcologul din serviciile de ambulator și la adresa lor de sine stătător; - Admiterea pacienților care manifestă simptome psihotice la solicitarea serviciilor de urgență și poliției cu informarea imediată a narcologului și DRN; - Tratament de dezintoxicare și farmacologic după caz în condiții de staționar; - Referirea pacientului care este în stare de remisiune (medicul de familie, narcologul) către serviciile de ambulator și reabilitare (Centrul de reabilitare din cadrul DRN, asociații obștești și instituții private din domeniu, programe de asistență psihosocială și Programul 12 pași, confesiuni religioase)

	<p>Cabinetul narcologic teritorial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serviciul de bază narcologic care asigură supravegherea medico-socială a persoanelor consumatoare de droguri din regiunea deservită (municipiu, raion), cu acordarea de consultații, prescrierea de medicamente și oferirea serviciilor de recuperare psihosocială după caz - Dispensarizarea pacienților consumatori de SNPP-uri și stimulatoare din regiunea deservită (municipiu, raion) 	
	<p>CCSM</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serviciul de bază de sănătate mintală ce deține informație despre toate persoanele cu tulburări psihice din regiunea deservită (municipiu, raion) - CCSM este un serviciu medico-social care oferă consultații, prescrie medicamente și prestează servicii de recuperare psihosocială - Dispensarizarea pacienților cu tulburări psihice din regiunea deservită (municipiu, raion) Dacă într-un raion nu este narcolog asistența este asigurată de CCSM 	
	<p>IMSP DRN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serviciul de bază narcologic care asigură supravegherea medico-socială a persoanelor consumatoare de SNPP-uri și stimulatoare din regiunea deservită (municipiu, raion), cu oferirea de consultații, prescrierea de medicamente și prestarea serviciilor de recuperare psihosocială, după caz - Servicii staționarului de zi (dezintoxicare, tratament medicamentos, după caz) - serviciu de reabilitare - serviciu de consiliere psihologică individuală și de grup - asistența comorbidităților (HIV, TB, hepatitele virale) 	

Support comunitar

- Identificarea persoanelor consumatoare de SNPP-uri și stimulative și prestarea serviciilor de reducere a riscurilor (informare, comunicare și educare, acces la dispozitive/ustensile sterile de consum, mijloace de protecție/prezervative, testare la HIV, ITS, hepatite virale, Prep, asigurarea complianței la tratamentele inițiate și în curs, screeningul tuberculozei, managementul supradozelor), inclusiv prestate de la egal la egal și prin intervențiile online;
- Informarea și motivarea persoanelor pentru tratament;
- Consilierea psihologică individuală după modelul terapiei cognitiv-comportamentale;
- Terapia interpersonală (rolul conflictului, rolul tranziției și mecanisme de abordare a problemelor);
- Terapia de grup îndelungată, prin grupuri de suport reciproc pentru pacienți sau Programul de 12 pași;
- Intervenții familiale, grup de suport reciproc pentru părinți și rude (persoane codependente);
- Dezvoltarea serviciilor de voluntariat pentru pacienții care au ajuns la o anumită etapă de reabilitare, conform Programului de 12 pași;
- Referirea către servicii de plasament/adăpost;
- Facilitarea suportului social și a accesului la servicii de asistență socială;
- Referirea și însoțirea la serviciile medicale, serviciile specializate și serviciile sociale;
- Achitarea serviciilor medicale, sau a medicamentelor care nu sunt acoperite din CNAM, poliței de asigurare etc;
- Reintegrarea socială și restabilirea legăturilor familiale și sociale; suport în elaborarea CV-ului și angajarea în câmpul muncii;
- Organizarea serviciilor de reabilitare complexă în cadrul comunităților terapeutice în baza Programului de 12 pași.

C.2.3.8. TRATAMENTUL

C.2.3.8.1. TRATAMENTUL NEMEDICAMENTOS

Caseta 55. Principiile intervenției nemedicamentoase

Obiectivele tratamentului nemedicamentos:

- ✓ crearea mediului propice aplicării tratamentului medicamentos;
- ✓ remisia/încetarea și/sau reducerea abuzului de SNPP-uri și stimulative;
- ✓ reducerea riscurilor asociate consumului de SNPP-uri și stimulative;
- ✓ îmbunătățirea stării fizice, sociale, psihologice și spirituale a pacientului;
- ✓ prevenirea recăderilor.

Suportul și îngrijirile adresate consumatorilor de SNPP-uri și stimulative sunt orientate spre reducerea riscurilor asociate pentru consumatorii activi și care vor include:

- ✓ Programe de distribuire a prezervativelor, lubrifianților și programe de promovare a sexului sigur
- ✓ Schimb de seringi
- ✓ Servicii de testare la HIV
- ✓ Terapie antiretrovirală (ART)
- ✓ Intervenții psihosociale bazate pe dovezi și tratamentul dependențelor
- ✓ Prevenirea, diagnosticarea și tratamentul ITS, hepatitelor și tuberculozei (TB)
- ✓ Informare, educare și comunicare (IEC) pentru persoanele care consumă droguri și partenerii lor sexuali
- ✓ Prevenirea și managementul supradozelor și a intoxicațiilor acute.

Tratamentul nemedicamentos, reabilitarea și suportul psihosocial pentru grupul de pacienți în remisie presupune intervenții pe termen lung pentru a combate tulburările de consum, fiind concepute pentru a oferi sprijin pacientului pe tot parcursul procesului de tratament și la etapa post-tratament medicamentos. Aceste forme de suport vizează pacientul în stare stabilă, ulterior perioadei de abinență:

- ✓ Consilierea psihologică individuală după modelul terapiei cognitiv-comportamentale;
- ✓ Consilierea de la egal la egal cu privire la păstrarea complianței la tratamentul farmacologic cu „Metadonă” și „Buprenorfină”;
- ✓ Terapie interpersonală (rolul conflictului, rolul tranziției și mecanisme de abordare a problemelor);
- ✓ Testarea rapidă la HIV, sifilis și consilierea pentru complianță la tratamentul ARV;
- ✓ Terapie de grup, prin grupuri de suport reciproc pentru pacienți (Programul de 12 pași);
- ✓ Intervenții familiale, grup de suport reciproc pentru părinți și rude (co-dependenți);
- ✓ Servicii de voluntariat pentru pacienții care au ajuns la o anumită etapă de reabilitare, conform Programului de 12 pași;
- ✓ Asistență socială;
- ✓ Însoțirea la serviciile medicale generale;
- ✓ Reintegrarea socială și restabilirea legăturilor familiale și sociale; suport pentru elaborarea CV-ului și angajarea în câmpul muncii;
- ✓ Servicii de reabilitare complexă în cadrul comunității terapeutice (urmând Programul de 12 pași).

Accentul este pus pe reducerea riscului de recădere/revenire la consumul de substanțe printr-un sprijin comprehensiv de restabilire a funcționalității sociale, bunăstării și reintegrării sociale.

Se recomandă ca după tratamentul intensiv în condiții de ambulator pacienții să treacă la un nivel mai puțin intensiv de tratament și la menținerea pe termen lung, inclusiv de suport psihosocial și comunitar. Monitorizarea post-tratament medicamentos, instruirea în menținerea remisiei, referire și suportul în accesarea serviciilor comunitare, stabilirea legăturilor cu comunitățile de suport (de la egal la egal și specializate) (de exemplu, prin intermediul grupurilor de suport reciproc, Programului 12 de pași), inclusiv reluarea tratamentului, dacă este necesar.

Caseta 56. Managementul contingenței⁵

Managementul contingenței este o intervenție care vizează eliminarea sau modificarea specifică a comportamentelor asociate consumului de substanțe prin utilizarea procedurilor de consolidare pozitivă sau recompense (monetare și nemonetare). Managementul contingenței se bazează pe principiile condiționării, demonstrând că în timp comportamentele recompensate sunt susceptibile să devină dominante.

⁵ Treatment of stimulant use disorders: current practices and promising perspectives, UNODC discussions paper 2019

Caseta 57. Asistența psihologică a persoanelor cu consum de SNPP-uri și stimulatoare – intervenții recomandate

În procesul de asistență a persoanelor consumatoare de SNPP-uri se recomandă efectuarea unor intervenții psihologice (și farmacologice) bazate pe dovezi.

Intervenții recomandate	Efect
<ul style="list-style-type: none"> • Psihoeducație <ul style="list-style-type: none"> - individuală - orientată spre formarea capacității de luare a deciziilor pe parcursul tratamentului - focusare pe abilitare și recuperare • Interviul motivațional 	<ul style="list-style-type: none"> - ședințe individuale ca parte a informării suficiente privind boala, tratamentul și efectele acestuia
<ul style="list-style-type: none"> • Intervenții orientate spre familie <ul style="list-style-type: none"> - minim 10 ședințe - de la 3 luni la un an - preferabil să fie prezent și pacientul, și familia - activitatea respectivă ar putea începe în perioada de consum, odată cu stabilizarea stării pacientului, sau în perioada de remisie 	<ul style="list-style-type: none"> - reducerea frecvenței recidivelor - reducerea riscurilor asociate
Terapie cognitiv-comportamentală, atât în faza de consum, cât și în stadiile ulterioare	<ul style="list-style-type: none"> - reducerea frecvenței recidivelor - reducerea riscurilor asociate

Caseta 58. Psihoterapia cognitiv-comportamentală (PCC)

PCC este recomandată la toate etapele.

Terapia cognitiv-comportamentală trebuie să fie disponibilă pentru fiecare pacient. Este aplicată pentru tratamentul semnelor de dependență, simptomelor psihotice, anxietății, depresiei, imaginii de sine, disfuncționalității sociale și a altor tulburări psihiatrice comorbide.

În tratamentul psihologic, se recomandă de a acorda atenție în mod sistematic suferințelor, respectului față de sine, autodefinirii și rezilienței sociale în raport cu limitările percepute.

C.2.3.8.2. TRATAMENTUL MEDICAMENTOS

Caseta 59. Tratamentul farmacologic pentru consumul de SNPP-uri și stimulatoare

Nu există deocamdată o farmacoterapie eficientă pentru tulburările consumului de SNPP-uri și stimulatoare, dar acest subiect este cercetat intens. Din cauza diferențelor în neurochimia drogurilor există motive întemeiate să credem că pot fi necesare farmacoterapii diferite pentru tratarea acestor forme de utilizare a stimulatoarelor și SNPP-urilor. Cu toate acestea, deoarece substanțele respective produc efecte similare asupra nivelului de dopamină al creierului, tratamentul tulburărilor de consum de cocaină sunt examinate și pentru tratamentul consumului de SNPP-uri și stimulatoare.

Antidepresivele și-au demonstrat eficiența în tratamentul dependenței de cocaină, inclusiv preparatele „Fluoxetin”, „Maprotilin” și „Gepiron”. Datorită efectelor foarte pronunțate ale cocainei în sistemul dopaminei a fost studiată o varietate de compuși dopaminergici diferiți, inclusiv „Amantadin”, „Bromocriptin”, „Bupropion”, „Flupentixol”, „Carbidopa”, „Mazindol”, „Metilfenidat” și „Tirozin”.

Caseta 60. Tratamentul farmacologic pentru consumul de SNPP-uri și canabinoizi sintetici

Efectele clinice ale unor agenți pot avea mai multe caracteristici similare intoxicației cu cannabis (marijuana), inclusiv agitație, tahicardie, injecție conjunctivală, nistagmus, vomă, ataxie, sedare și vorbire neclară. Cu toate acestea, spre deosebire de cannabis, canabinoizii sintetici au un potențial semnificativ de a provoca toxicitate gravă și care pune viața în pericol.

• **Intoxicație severă cu agitație marcată sau convulsii** – Din cauza riscului de rhabdmioliză, acidoză, accident vascular cerebral, hemoragie intracraniană și leziuni renale acute, pentru pacienții cu agitație marcată sau convulsii se recomandă următoarele investigații de laborator:

- Electroliții serici
- Azotemia și creatinină din sânge
- Creatinkinază
- Cromatografia cu gaze
- Lactat seric
- Alcoolemia
- Numărul complet de trombocite în sânge
- Mioglobină în urină
- Test rapid la determinarea substanțelor narcotice și a medicamentelor în remediile biologice
- Saturația oxigenului prin pulsoximetrie
- Electrocardiogramă și monitorizare continuă ECG
- Test la sarcină prin urină (femeile postmenarhice)
- Neuroimagică (pacienții cu convulsii)

Testarea canabinoizilor sintetici – Testul rapid al urinei nu va detecta canabinoizii sintetici, deoarece compușii chimici și metabolizii lor nu reacționează încrucișat cu delta-9 tetrahidrocannabinol (THC) sau metabolizii săi.

Caseta 61. Managementul intoxicației cu SNPP-uri și stimulatoare

Intoxicația acută, cu excepția cazului în care se atestă delir sau psihoză, rareori ajunge în atenția personalului medical specializat, iar majoritatea pacienților ajung la serviciile de urgență. Intoxicația ușoară necesită doar observare și monitorizare pe parcursul mai multor ore într-un mediu favorabil până la potolirea simptomelor. Măsurile generale includ monitorizarea semnelor vitale pentru normalizarea frecvenței pulsului, a temperaturii și a tensiunii arteriale; asigurarea unui mediu liniștit și răcoros care ajută la reducerea agitației și a reacțiilor exagerate la stimulii externi. Efortul fizic și un mediu supraîncălzit pot potenția efectele adverse, deoarece stimulatoarele afectează mecanismul de reglare a căldurii al corpului în același timp în care constricția vaselor de sânge păstrează căldura. În cazul agitației și anxietății este indicată utilizarea **benzodiazepinelor** cu acțiune rapidă, cum ar fi „Lorazepamul” sau „Diazepamul”.

Caseta 62. Managementul supradozelor cu stimulatoare și SNPP-uri

Cele mai multe supradoze fatale și subfatale se întâmplă la consumatorii începători sau la persoanele care ingeră accidental cantități mari, cum ar fi în cazul copiilor și a „body packers/mules” (persoane care își folosesc propriul corp pentru transportarea ilegală a drogurilor). Doza toxică în cazul stimulatoarelor are o variabilitate enormă și pare a fi idiosincronică și imprevizibilă, fără corelație cu greutatea corporală.

Simptomele unui supradozaj subletal pot include: amețeli, tremor, irascibilitate, confuzie, ostilitate, halucinații, panică, cefalee, înroșirea pielii, dureri în piept, palpitații, aritmii cardiace, hipertensiune, vomă, crampe, transpirație excesivă, hipersensibilitate vizuală și auditivă (vezi casetele 13, 25, 30, 36, 39, 42).

Dozele mari de stimulatoare pot provoca hipertermie, dereglări ale ritmului cardiac, respirație neregulată, convulsii și accident vascular cerebral. Intoxicația caracterizată prin stările de agitație, agresivitate crescută sau manifestări psihotice poate apărea, în special în cazul consumului de stimulatoare. Dezvoltarea hiperpirexie (febră excesiv de mare), hipertensiune arterială severă, convulsiile și colapsul cardiovascular semnaleză o situație care pune viața în pericol.

Caseta 63. Managementul unei supradozelor potențial letale

Utilizatorii de stimulatoare care prezintă semne clinice ce le pun viața în pericol trebuie tratați cu tehnici standard de salvare a vieții (ABC-ul resuscitării), în corespundere cu caseta 62. Simptomele neurologice acute, cum ar fi dereglările semnelor vitale sau apariția convulsiilor, necesită intervenție imediată. În managementul corect al supradozelor, pacientul trebuie, evaluat pentru consumul multiplu de substanțe. Pacienții cu supradoză de stimulatoare urmează a fi spitalizați, în special în cazul policonsumului de substanțe.

În prezent, nu există antidot sau antagoniști specifici supradozajului provocat de stimulatoare și substanțe noi cu proprietăți psihoactive, spre deosebire de „Naloxonă” pentru opioide și „Flumazenil” – antagonistul benzodiazepinelor. Cu toate acestea, sunt sugerate următoarele intervenții eficiente:

- Aerisirea încăperii, reducerea stimulilor auditivi și vizuali;
- Gestionarea hipertermiei prin sedare pentru a încetini și a opri mișcărilor agitate. Se recomandă inducerea hipotermiei prin aplicarea pachetelor de gheață, stropirea cu apă rece (tehnica ceții), reducerea temperaturii camerei, păături de răcire sau alte tehnici. În cazul hipertermiei necontrolate, foarte gravă și escaladantă, se administrează „Dantrolen” (miorelaxant)
- Gestionarea hipertensiunii arteriale necontrolate prin administrarea intravenoasă a „Fentolaminei” sau „Dopaminei”. Agenții antihipertensivi cu acțiune rapidă și ușor de controlat, cum ar fi „Nitroprusiatul de sodiu” (vasodilatatoare) sau „Fentolamina” (blocant alfa-adrenergic), sunt recomandate.
- Cuparea convulsiilor, statut epileptic cu „Diazepam” intravenos sau alte benzodiazepine. „Diazepamul” este eficient, fiind administrat înainte sau la scurt timp după consumul drogului, dar are o eficiență redusă după începerea convulsiilor; „Fenobarbitalul” sau „Fenitoina” pot fi utilizate dacă „Diazepamul” este ineficient.
- În cazul durerii toracice sunt evaluate semnele ischemiei miocardice și ale infarctului. Nitrații sunt indicați pentru ischemia miocardică pentru a atenua vasoconstricția coronariană. Blocanții beta-adrenergici, cum ar fi „Propranololul”, nu trebuie utilizați, deoarece pot spori vasospasmul. „Acidul acetilsalicilic” trebuie administrat, cu excepția cazului în care este contraindicat, pentru a reduce agregarea plachetară mediată de stimulatoare și SNPP-uri;
- Utilizarea tratamentelor standard pentru aritmii, inclusiv administrarea de „Fenitoină”. Aritmiile atriale care nu răspund la răcire și sedare pot necesita utilizarea precaută a blocantelor canalelor de calciu sau a blocantelor mixte alfa/beta-adrenergice, cum ar fi „Verapamil” și „Labetalol”. „Lidocaina” este contraindicată pentru aritmiile ventriculare care încep imediat după consumul de droguri ca răspuns la excesul de catecolamină, dar este adecvată pentru aritmiile ventriculare care indică un miocard ischemic. Bicarbonatul de sodiu intravenos s-a dovedit util pentru aritmiile complexe induse de consumul de stimulatoare.
- Administrarea Fenotiazinelor, în special a „Clorpromazinei”, în general sunt contraindicate deoarece aceste medicamente scad pragul convulsivant.
- Gestionarea manifestărilor psihiatrice acute ale intoxicației cu stimulatoare și SNPP-uri prin sedare, are un efect pozitiv asupra complicațiilor cardiovasculare urgente. „Haloperidolul” poate avea utilitate pentru psihozele induse de stimulatoare și SNPP-uri. În cazul asocierii psihozei cu agitația și hipertermia, se va administra „Haloperidol” pentru retragerea sedativ-hipnotică. „Haloperidolul” poate precipita sau exacerba reacțiile distonice acute asociate cu consumul de stimulatoare.

Caseta 64. Tratamentul farmacologic la toate etapele consumului de SNPP-uri și stimulatoare

Unele dovezi sugerează că combinația de medicamente („Desipramină” sau „Citalopram”) și intervenții psihosociale (managementul contingenței sau terapia cognitiv-comportamentală) pentru tulburarea de utilizare a stimulatoarelor poate fi mai eficientă decât oricare dintre modalități.

- „Mirtazapina” – Un studiu clinic a sugerat că „Mirtazapina” poate fi eficientă în tratamentul tulburării consumului de metamfetamină.

Utilizare în afara indicațiilor aprobate („off-label”):

- „Fenibut” – din grupa GABA, cu proprietăți anxiolitice și sedative.

Caseta 65. Particularitățile de aplicare a tratamentului pentru tulburările legate de consumul de SNPP-uri și stimulatoare în cazul pacienților cu maladii infecțioase

Infecția cu HIV

În cazul utilizatorilor de droguri **de substanțe noi cu proprietăți psihoactive și stimulatoare**, infectați cu HIV, după stabilizarea stării acute a sănătății se recomandă terapia antiretrovirală (ARV). În acest caz, supravegherea medicală se va efectua în colaborare cu medicul infecționist. Din cauza riscului ridicat de răspândire a HIV prin intermediul dispozitivelor/ustensilelor de injectare, prin contactul sexual neprotejat pacienților **consumatori de substanțe noi cu proprietăți psihoactive și stimulatoare** li se va acorda prioritate la terapia antiretrovirală și li se va asigura acces facil la serviciile de testare la HIV, inclusiv prin intermediul testelor rapide, profilaxia preexpunerii (în special în cazul bărbaților care practică sex cu bărbați și cuplurilor discordante) și profilaxia postexpunere. SPNP-urile și stimulatoarele sunt strâns legate de activitățile sexuale în grup, de practicarea **chemsex-ului** (o combinație dintre droguri stimulatoare cu preparate pentru potențierea funcției erectile).

Hepatita virală B și C

1. Se recomandă ca utilizatorii de droguri **ce conțin substanțe noi cu proprietăți psihoactive și stimulatoare** să fie testați la marcherii hepatitelor virale B și C și să fie vaccinați contra hepatitei B.
2. Beneficiarii tratamentului vor fi încurajați urmeze tratamentul hepatitelor virale.

ITS-uri (infecții cu transmitere sexuală):

1. Consumatorii de chemsex sunt încurajați pentru testarea regulată la ITS.

Caseta 66. Intoxicația acută exogenă la copii și adolescenți

Este necesar examenul clinic toxicologic – Toxicodrom – asociere de semne și simptome, uneori foarte sugestive pentru diagnostic.

Sindromul intoxicației toxice este un ansamblu de semne și simptome determinate de toxine particulare și poate ajuta la stabilirea agentului toxic implicat prin sugerarea clasei de toxine la care pacientul a fost expus.

În cazul **copiilor** care s-au intoxicat accidental a se vedea **PCS – Intoxicații acute exogene la copii (2021) – Ordinul MS nr. 913 din 5.10.2021, Intoxicația acută exogenă cu alcool (etanol) la copii (2013) – Ordinul MS nr. 1930 din 3.10.2013.**

Managementul general:

- evaluare rapidă și stabilizare a pacientului (ABCDE)
- acces vascular și inițiere a PEV (potențialul de evocare vizual), resuscitare volemică și hidroelectrolitică
- tratament simptomatic
- stabilizare a pacientului

- decontaminarea externă a pacientului
- evacuarea gastrică – lavaj gastric
- decontaminarea intestinală, limitarea absorbției intestinale
- acces vascular
- antidoturi – neutralizare specifică
- intensificarea eliminării toxinelor
- tratament simptomatic
- programe de reabilitare

Antidoturi: „Naloxonă” – 0,4 mg pînă la 10 mg i.v., „Flumazenil” 0,5%-5ml, se indică 3 ml i.v., benzo-diazepine și barbiturice.

Principii generale de conduită

- ABCDE (Initial assessment and treatment: Airways, Breathing, Circulation, Disability, Exposure);
- Reechilibrare hidro-electrolitică și acido-bazică;
- Monitorizare cardiacă;
- În caz de manifestări de tip psihotic: benzodiazepine în doze uzuale.

Monitorizarea în SPU și secțiile reanimare pediatrică și toxicologie

- Sistemului respirator: frecvența și ritmul respirator
- Sistemului cardiac: frecvența cardiacă, T/A, ECG, TRC, SpO2
- Evaluarea neurologică rapidă: scala AVPU (nivelul de alerta, răspuns verbal, răspuns doloros, lipsa de răspuns spontan) și scala Glasgow
- Consult de către neurolog, cardiolog
- Greutatea corporală (balanța hidrică), diureza, termometria; majoritatea parametrilor se măsoară continuu

Tratamentul simptomatic

Tratamentul este nespecific și se adresează principalelor simptome pe care le prezintă pacientul:

- reechilibrare hidro-electrolitică și acido-bazică
- monitorizare cardiacă
- în caz de manifestări de tip psihotic: „Clopromazină” (0,3 mg/kg) și/sau benzodiazepine în doze uzuale (0,2-0,3 mg/kg)

Transfer în secția de reanimare pediatrică și toxicologie

- acces vascular;
- oxigen, la necesitate IOT cu VAP
- ECG, cardiomonitoring permanent
- EAB
- repleție volemică – sol. Clorură de sodiu 0,9% - 20 ml/kg + „Norepinefrină” 0,01mg/kg/h
- corecția aritmiilor cardiace
- convulsii – benzodiazepine 0,3-0,5 mg/kg (de specificat), barbiturice 10-15 mg/kg (de specificat)
- enterosorbenți
- terapie simptomatică⁶

⁶ <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/06/14484-PCS-20Intoxicatia20acuta20cu20etnobotanice-aprobat.pdf>

C.2.3.9. EVOLUȚIA

Caseta 67. Efectele consumului de SNPP-uri și stimulatoare

Consumatorii de SNPP-uri și stimulatoare pot dezvolta rapid toleranță la efectele dorite ale substanței consumate și pot simți un efect mai redus cu fiecare doză, ceea ce-i poate determina să ia doze din ce în ce mai mari. În plus, la consumul dozelor mai mari și repetate se pot declanșa anxietate, irascibilitate și se poate instala un disconfort general. Persoanele pot deveni agitate, hipervigilente, agresive, suspicioase și pot dezvolta simptome psihotice, cum ar fi idei delirante și halucinații. Dozele foarte mari pot produce tulburări de conștiință în formă de delirium, o stare cu confuzie și dezorientare cu anxietate severă.

Adițional schimbărilor comportamentale, consumul de SNPP-uri și stimulatoare poate avea, de asemenea, următoarele consecințe: pupile mărite, ritm cardiac crescut și tensiune arterială, dureri în piept sau aritmii, greață și vomă, febră, transpirație excesivă sau frisoane, convulsii, accident vascular cerebral, comă și moarte. În caz de supradozaj, cu excepția cazului în care se aplică intervenția medicală, febra mare, convulsiile și colapsul cardiovascular pot cauza moartea.

Efectele acute ale consumului de SNPP-uri și stimulatoare:

- supradozajul;
- hipertermia;
- sindromul serotoninic;
- cardiotoxicitatea;
- alte complicații neprevăzute.

Efectele cronice:

- tulburări de percepție persistente
- injectarea compulsivă („maraton”) însoțită de riscul de infectare cu HIV, hepatite virale, ITS;
- abcese;
- insomnie;
- tentative suicidale;
- comportament sexual compulsiv, chemsex;
- altele.

Utilizarea SNPP-urilor și stimulatoarelor pe parcursul unei perioade îndelungate de timp poate provoca o varietate de simptome psihologice, precum și schimbări comportamentale și fizice. Efectul pe termen lung al utilizării stimulatoarelor poate include dezvoltarea toleranței și a simptomelor de sevraj, în cazul abținerii de la utilizare. De asemenea, poate avea ca rezultat diverse efecte fizice, psihiatrice, neurologice și neurocognitive.

Caseta 68. Complicațiile consumului de SNPP-uri

Complicațiile psihice

Modificările de dispoziție (manie sau depresie) și anxietate sunt frecvente la consumatorii de SNPP-uri și stimulatoare. Atunci când severitatea și durata acestor simptome sunt mai mari decât se observă de obicei în timpul intoxicației sau sevrăului, aceste sindroame sunt diagnosticate ca tulburări de dispoziție sau anxietate induse de substanțe.

În mod similar, perioadele scurte de gândire paranoidă sunt frecvente în timpul intoxicației cu stimulatoare și SNPP-uri, dar când aceste simptome persistă mai multe zile după episodul de consum de metamfetamină, de exemplu, și includ simptome rar observate în timpul intoxicației, cum ar fi halucinațiile și iluziile, poate fi diagnosticată o tulburare psihotică indusă de consumul de stimulatoare. Psihoza cauzată de stimulatoare este observată mai frecvent la persoanele cu consum cronic de amfetamină. Psihoza provocată de stimulatoare seamănă cu schizofrenia paranoică și, deși simptomele dispar de cele mai multe ori în timpul abstenenței, 5-15% dintre consumatori totuși nu reușesc să se recupereze complet. Alte dereglări psihice pot include comportamentul sexual compulsiv și tulburările de alimentație.

Tulburările de utilizare a stimulatoarelor apar frecvent în asociere cu alte comorbidități mintale importante, cum ar fi schizofrenia, depresia majoră, tulburarea de stres posttraumatic sau tulburarea de hiperactivitate cu deficit de atenție. Diagnosticul altor tulburări psihice care apar simultan la pacienții ce utilizează activ stimulatoare este foarte dificil, deoarece intoxicația și abstenența pot imita simptomele altor tulburări mintale și de comportament.

Complicațiile neurologice

Studiile recente au documentat că amfetaminele, în special metamfetamina, au un efect toxic asupra celulelor nervoase, afectând, în primul rând, sistemul dopaminic. Utilizarea cronică a stimulatoarelor a fost asociată cu dezvoltarea tulburărilor cognitive, probabil secundare din cauza neuroinflamării și perturbării barierei hematoencefalice cronice, precum și a constricției vaselor de sânge și a deficitului de aprovizionare cu sânge a creierului. Persoanele cu antecedente de utilizare a amfetaminei pot fi mai susceptibile la apariția tulburărilor neurodegenerative, cum ar fi boala Parkinson. Unele, dar nu toate aceste modificări se pot atenua și dispărea în timpul abstenenței prelungite. S-au detectat modificări ale structurii creierului la utilizatorii cronici de stimulatoare, aceste modificări persistând mai mult de un an, chiar și după încetarea consumului.

Alte complicații medicale

Alte posibile complicații medicale cauzate de utilizarea SNPP-urilor și a stimulatoarelor includ probleme dentare severe (osteomielitei mandibulei); reacții alergice severe la locurile de injectare, precum și infecții cardiace ca urmare a injectării metamfetaminei; complicații respiratorii grave, inclusiv pneumonie, hemoragie și insuficiență respiratorie din cauza fumatului și alte boli pulmonare; răni faciale și corporale de la zgârieturi, uneori degenerând în infecții; pierdere extremă în greutate și subnutriție; infecții cu transmitere sexuală, precum și leziuni ale rinichilor și ale ficatului.

Complicațiile la femei

Atunci când sunt folosite de o femeie însărcinată, substanțele psihostimulatoare cresc riscul de separare placentară și hemoragie, naștere prematură, malformații congenitale (inclusiv defecte cardiace), hemoragii și accident vascular cerebral fetal.

C.2.3.10. SUPRAVEGHEREA

Caseta 69. Principiile terapiei de menținere

Accentul va fi plasat pe managementul pe termen lung al dependențelor, astfel, persoanele cu tulburări de consum ale SNPP-urilor și stimulatoarelor au nevoie pe tot parcursul vieții de intervenții medicale și psihosociale, a intensitatea acestor intervenții va corespunde severității simptomelor și situației (consum activ sau remisie). Personalul medical va încuraja implicarea activă a pacienților în programe de sprijin, individuale sau de grup, inclusiv de la egal la egal.

Obiectivele terapiei de menținere:

- identificarea, menținerea și dezvoltarea abilităților de management a crizelor personale, și motivarea în identificarea resurselor interne și externe de valoare pentru pacient în perioada de menținere
- asigurarea flexibilității programelor de asistență, oferind o gamă largă de intervenții, asistență și servicii care răspund nevoilor în schimbare ale fiecărui pacient
- asigurarea autonomiei și responsabilizarea pacientului pentru recuperarea sa
- implicarea comunității: participarea membrilor familiei și a comunității, permite îmbunătățirea aspectelor sociale ale recuperării. Este încurajată participarea altor persoane la menținerea remisiei și crearea mediului de suport.
- asigurarea accesului pacientului la utilizarea resurselor comunitare, bunăoară, centre specializate, ONG-uri, grupuri de suport, organizații religioase, comunități terapeutice și instituții de învățământ/educație, activități de recreere, precum și la activități sportive.

Caseta 70. Intervențiile terapiei profilactice – prevenirea recăderilor

Asistența profilactică este orientată spre prevenirea recăderilor și integrarea socială a pacientului. Intervențiile terapiei profilactice includ:

- asistență și consiliere în formatul ședințelor individuale și de grup cu scopul de a preveni recăderile;
- suport în asigurarea complianței la alte forme de tratament prescrise pacientului (farmacoterapie, ARV, intervenții psihosociale etc);
- deși își propun drept obiectiv abținerea, nu o formulează ca obiectiv unic și obligatoriu;
- reducerea riscurilor asociate consumului de droguri, reducerea consumului, scăderea frecvenței și duratei recăderilor, sporirea respectului de sine și implicării pacientului;
- responsabilizarea și implicarea pacientului în propriul proces de recuperare;
- mentoring și supervizare de la egal la egal în cadrul programelor comunitare de asistență;
- intervenții cognitiv-comportamentale în recunoașterea situațiilor de risc de consum și gestionarea eficientă a acestora.

Prevenirea recăderilor și intervențiile profilactice acceptă episoadele de recădere, acestea fiind percepute drept fenomene firești, parte a procesului de recuperare a persoanei care alege să-și schimbe comportamentul de consum. Specialiștii în comun cu pacienții vor identifica cât mai mulți factorii de risc pentru recădere și vor concepe împreună strategii care să prevină recăderea.

Caseta 71. Supravegherea multidisciplinară a pacienților

Succesul tratamentului pacienților este direct proporțional cu implicarea multidisciplinara în procesul de supraveghere și recuperare. Intervențiile comunitare de menținere și cele psihosociale vor deveni parte a programelor complexe de tratament și asistență individuală sau de grup adresate consumatorilor de SNPP-uri și stimulatoare. Argumente în favoarea acestei sugestii:

- Nu există dovezi care să susțină vreo abordare sau intervenție unică.
- Intervențiile trebuie să ia în considerație contextul de consum al fiecărui pacient în parte (de exemplu, comportamentul și riscurile sexuale).
- Asistența combinată, medicală și psihosocială, este mai probabil să fie eficientă, inclusiv pentru persoanele cu afecțiuni și dependențe severe.
- Astfel, asistența și supravegherea multidisciplinară a pacientului cu consum de SNPP-uri și stimulatoare va fi realizată de către instituțiile medicale în colaborare cu cele de asistență psihosocială, comunitară și organizațiile neguvernamentale ce dezvoltă și implementează servicii specializate.
- În cazul remisiei stabile timp de minim 3 ani, confirmata prin supravegherea medicală, pacientul poate fi exclus din aceasta supraveghere multidisciplinară.

C.2.3.11. REABILITAREA – RECUPERAREA PSIHOSOCIALĂ

Caseta 72. Programele de suport psihosocial adresate consumatorilor de SNPP-uri și stimulatoare

Activități recomandate în cadrul programelor de suport psihosocial adresate consumatorilor de SNPP-uri și stimulatoare⁷:

- Consolidarea rezilienței personale, a stimei de sine și a încrederii în sine pentru a face față dificultăților și stresurilor zilnice, menținând în același timp un angajament de abținere și evitarea utilizării substanțelor psihoactive;
- Crearea unui mediu de suport (cerc de oameni care îi susțin – partenerul, îngrijitorii, membrii familiei, prietenii etc) care poate monitoriza stabilitatea remisiei, abținerea de la consumul de droguri și respectarea regimului de tratament și rehabilitare;
- Informarea pacienților cu privire la factorii care contribuie la consumul de droguri și strategiile pentru crearea și menținerea unui mediu social de suport în vederea recuperării;
- Informarea pacienților cu privire la posibilitățile sistemelor de asistență și protecție socială;
- Oferirea accesului pacienților la tratament farmacologic pe termen lung, atunci când este indicat;
- Informarea pacienților despre programele de reducere a riscurilor, inclusiv prevenirea și managementul supradozelor;
- Asigurarea oportunităților de angajare în câmpul muncii;
- Informarea cu privire la strategiile de reducere a poverii stigmatizării/autostigmatizării și discriminării asociate dependenței sau altor condiții de sănătate;
- Informarea cu privire la strategiile de prevenire a violenței (inclusiv a celei de gen și a violenței împotriva comunității LGBTQI+) și de supraviețuire în caz de violență;
- Integrarea în activități educaționale și profesionale, inclusiv voluntariat sau participarea la evenimente ale comunității locale;
- Participarea activă în cadrul grupurilor de autoajutor, suport reciproc, dezvoltare personală etc.;
- Asigurarea plasamentului temporar sau acces la locuințe stabile;
- Asistență în cadrul comunităților terapeutice existente;
- Suport în soluționarea problemelor juridice și financiare.

⁷ International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. Geneva: WHO and UNODC; 2020.

Caseta 73. Intervențiile recomandate pentru recuperarea psihosocială

Intervenții recomandate:

- metode psihodiagnostice (interviul, observarea, testarea etc.)
- consiliere informațională
- consiliere motivațională/interviul motivațional
- consiliere psihologică
- psihoeducație
- psihoterapie, inclusiv terapie cognitiv-comportamentală
- grupuri de suport reciproc și autosuport (de ex., Programul de 12 pași)
- terapie prin artă
- ergoterapie
- consiliere socială/managementul cazului
- referire și însoțire la serviciile specializate, de ex., servicii de reducere a riscurilor, inclusiv prestate de la egal la egal și în mediul online.

Totodată, intervențiile psihosociale și terapiile comportamentale, cum ar fi terapia cognitiv-comportamentală (TCC), și prevenirea recidivelor (individual sau/și în grup) sunt în prezent cele mai eficiente terapii pentru consumul și dependența provocată de substanțele psihoactive.

Caseta 74. Grupurile de suport de la egal la egal (contacte sociale)

- Examinați posibilitatea acordării suportului de la egal la egal persoanelor cu consum și dependență de SNPP-uri și stimulatoare pentru a le ajuta să depășească problemele de consum și să-și îmbunătățească experiența și calitatea vieții. Suportul de la egal la egal trebuie oferit de către un specialist în consiliere de la egal la egal instruit, recuperat, în stare stabilă de remisie. Specialiștii în consiliere de la egal la egal trebuie să beneficieze de suport din partea întregii echipe, precum și de suport și mentorat oferite de un specialist de la egal la egal cu experiență. Clasificatorul Ocupațiilor din Republica Moldova (ediția 3) prevede profesia respectivă: „8952 Specialist consiliere de la egal la egal – Специалист, консультирующий по принципу «равный-равному» 341210”.
- Programele de suport de la egal la egal trebuie să includă informații și recomandări despre:
 - a. riscurile de consum și modalitățile de reducere a riscurilor;
 - b. programele și serviciile de reducere a riscurilor;
 - c. prevenirea și managementul supradozelor;
 - d. accesarea serviciilor de sănătate mintală, a serviciilor sociale și a altor servicii de suport;
 - e. depășirea barierelor de acces la tratament și suport;
 - f. referirea și însoțirea la serviciile specializate;
 - g. crearea și menținerea rețelei de suport social;
 - h. prevenirea recidivelor și suport în recuperare.

Caseta 75. Reabilitarea vocațională, ocupațională și profesională (lucru și educație)

Examinați posibilitatea efectuării altor activități ocupaționale sau educaționale, inclusiv instruirea pre-profesională, pentru persoanele consumatoare de SNPP-uri și stimulatoare în perioada de remisie și în proces de reabilitare:

- Referiți către programele de susținere la angajare persoanele care doresc să-și găsească un loc de muncă sau să revină la serviciu.
- Recomandați și susțineți incluziunea socială și angajarea în câmpul muncii, în special pentru a evita recăderile, dorința pacientului fiind importantă.
- Evitați căile lungi de instruire profesională, inițial ajutați persoana să se angajeze, iar ulterior susțineți-o ca aceasta să-și mențină serviciul.
- Alegeți o metodologie de reabilitare specifică și individualizată pentru fiecare beneficiar în parte.

C.2.4. STĂRILE DE URGENȚĂ

Caseta 76. Intoxicația cu SNPP-uri și stimulatoare

Intoxicația necomplicată necesită doar observare și monitorizare pe parcursul mai multor ore într-un mediu favorabil până la încetarea simptomelor. Măsurile generale includ monitorizarea semnelor vitale pentru normalizarea frecvenței pulsului, a temperaturii sau a tensiunii arteriale; asigurarea unui mediu liniștit și răcoros care ajută la reducerea agitației și a reacțiilor exagerate la stimulii externi și observație atentă. Efortul fizic și o încăpere supraîncălzită pot potenția efectele adverse, deoarece stimulatoarele afectează mecanismul de reglare a căldurii al corpului în același timp în care constricția vaselor de sânge conservă căldura. Deși reasigurarea verbală, este de obicei, suficientă pentru liniștea pacientului, indicațiile că agitația se intensifică și ar putea degenera în paranoia și psihoză potențială, cu risc crescut de violență, pot justifica intervenția farmacologică. Benzodiazepinele cu acțiune rapidă, cum ar fi „**Lorazepam**” sau „**Diazepam**”, sunt utile pentru calmarea unui pacient agitat, anxios.

Caseta 77. Supradozajul cu SNPP-uri și stimulatoare

Simptomele unui supradozaj subletal cu stimulatoare pot include amețeli, tremor, irascibilitate, confuzie, ostilitate, halucinații, panică, cefalee, înroșirea pielii, dureri în piept, palpitații, aritmii cardiace, hipertensiune, vărsături, crampe și transpirație excesivă. Dozele mari de stimulatoare pot provoca febră mare, aritmii cardiace și stop cardiac, respirație neregulată, convulsii și accident vascular cerebral. Stările agitate caracterizate prin agresivitate crescută sau trășături psihotice pot fi însoțite și de intoxicație (Weis, 1997). Dezvoltarea hiperpirexiei (febră excesiv de mare), hipertensiunea arterială severă, convulsiile și colapsul cardiovascular semnaleză o situație care pune viața în pericol (Ellinwood, 1975).

Dozele letale de stimulante reprezintă o succesiune previzibilă de evenimente care culminează cu convulsii generalizate și moarte. Ritmul cardiac, tensiunea arterială, debitul cardiac și temperatura corpului cresc rapid și se observă un delir toxic înainte de a începe convulsiile generalizate și terminale (Ellinwood, 1975; Rowbotham, 1993; Wetli, 1993).

Caseta 78. Tratamentul intoxicației acute cu SNPP-uri și agoniști sintetici ai receptorilor canabinoizi (SCRA)

Agoniști sintetici ai receptorilor canabinoizi (SCRA)

- Managementul intoxicației cu SCRA-uri este simptomatic și de susținere, întrucât nu există antidoturi.
- **Benzodiazepinele** sunt benefice pentru pacienții care manifestă simptome de anxietate, panică și agitație, precum și de psihoză asociată consumului de SCRA-uri. Este de menționat că benzodiazepinele au un potențial înalt de adicție, de aceea se recomandă utilizarea acestora doar ca urgență și nu ca tratament permanent.
- **Antipsihotice** pentru unii pacienți, în special pentru cei care se prezintă cu agitație severă sau agresivitate, atunci când pacientul are antecedente de tulburări psihotice și atunci când simptomele psihotice nu cedează, cu asistență de susținere.

Caseta 79. Sindromul serotoninergic

Sindromul serotoninergic are trei caracteristici clasice, și anume:

- modificări ale stării mintale;
- disfuncții vegetativă;
- tulburări neuromusculare.

Pacienții care prezintă manifestări moderate sau severe ale sindromului serotoninergic pot necesita spitalizare.

Trebuie să fie controlate agitația, instabilitatea vegetativă și hipertermia. **Benzodiazepinele** constituie tratamentul standard pentru agitație și tremor.

Caseta 80. Managementul hiperpirexie și al hipertermiei

Pacienții cu o temperatură de bază a corpului de $> 39^{\circ}\text{C}$ trebuie să fie tratați ca urgență medicală. Intervențiile includ:

- managementul adecvat al lichidelor;
- **benzodiazepine.**

Pot fi indicate măsuri de răcire mai agresive. Măsurile de răcire pot include băi în gheață, pachete de gheață în zona inghinală și axilară, pulverizare, folosirea ventilatoarelor și de altor dispozitive externe de răcire. Uneori pot fi indicate măsuri interne/invazive, cum ar fi lavajul cu fluid rece (gastric, al vezicii urinare, peritoneal) sau prin tehnici de răcire intravasculare.

Hipertermia severă are o rată ridicată a mortalității, astfel încât se recomandă intervenția agresivă. Intubarea cu miorelaxare este, de obicei, justificată când temperatura crește rapid și dacă nu este controlată de alte măsuri, sau în cazul în care temperatura depășește 41°C . Poate fi luată în considerare administrarea de „**Dantrolen**” în caz de hiperactivitate musculară (1 mg/kg prin injecție intravenoasă până la un maxim de 10 mg/kg).

Caseta 81. Managementul intoxicației acute cu MDMA, catinone sintetice și metamfetamină

MDMA

Pacienții cu o temperatură de bază a corpului $> 39^{\circ}\text{C}$ trebuie să fie tratați ca urgență medicală. Intervențiile includ:

- managementul adecvat al fluidelor;
- **benzodiazepine.**

Pot fi indicate măsuri de răcire mai agresive. Măsurile de răcire pot include băi în gheață, pachete de gheață în zona inghinală și axilară, pulverizare, folosirea ventilatoarelor și de altor dispozitive externe de răcire. Uneori pot fi indicate măsuri interne/invazive, cum ar fi lavajul cu fluid rece (gastric, al vezicii urinare, peritoneal) sau prin tehnici de răcire intravasculare.

Hipertermia severă are o rată ridicată a mortalității, astfel încât se recomandă intervenția agresivă. Intubarea cu paralizie este, de obicei, justificată când temperatura crește rapid și dacă nu este controlată de alte măsuri, sau în cazul în care temperatura depășește 41°C . Poate fi luată în considerare administrarea de **Dantrolen**” în caz de hiperactivitate musculară (1 mg/kg prin injecție intravenoasă până la un maxim de 10 mg/kg).

Dovezile sugerează că managementul intoxicației acute este similar cu cel al altor tipuri de intoxicații cu stimulatoare și include monitorizarea clinică, observarea, liniștirea, și tratamentul simptomatic.

Trebuie evaluate mai multe probleme, inclusiv echilibrul lichidelor, deoarece în timp ce majoritatea pacienților vor fi deshidratați, vor exista unii pacienți care vor prezenta edeme. De aceea, managementul lichidelor, inclusiv alegerea celor administrate pe cale intravenoasă, trebuie să fie adecvat la stadiul pre-existent al fluidelor, pentru fiecare pacient în parte.

Catinonele sintetice

În general, în unitățile clinice nu sunt disponibile teste rapide de urină sau sânge pentru confirmarea consumului de catinone sintetice. Managementul intoxicației acute cu catinonele sintetice ar trebui să conștie din îngrijirea de susținere orientată pe simptome. Îngrijirea de susținere orientată pe simptome pentru intoxicația acută cu stimulatoare poate include managementul agitației, convulsiiilor, acidozei metabolice, hipertensiunii, hipotensiunii și rabdomiolizei. **Benzodiazepinele** sunt raportate ca fiind medicamentele cel mai frecvent utilizate pentru tratarea agitației asociate intoxicației cu catinonele sintetice.

Metamfetamina

Managementul intoxicației acute cu metamfetamină trebuie să conștie din tratament de susținere orientat pe simptom, cu accent pe suportul respirator, în mod special dacă este afectată conștiința. În comparație cu alți pacienți care se prezintă la secția de urgență pentru probleme ce țin de abuzul de droguri, unele studii sugerează că persoanele cu probleme legate de metamfetamină sunt mai agitate, violente și agresive și este mai probabil să prezinte la internare tahicardie și hipertensiune. Managementul și tratamentul pe termen scurt, precum și răspunsul la psihoza acută indusă de consumul de metamfetamină sunt foarte asemănătoare cu cele pentru schizofrenie, antipsihoticele producând rezultate similare.

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

INSTITUȚIILE DE AMP	
Asistența medicală primară	Personal: <ul style="list-style-type: none">• medic de familie;• asistentă medicală
	Dispozitive medicale: <ul style="list-style-type: none">- tonometru;- termometru;- stetofonendoscop;- cântar;- trusă pentru acordarea primului ajutor medical;- masca chirurgicală, mănuși și halat de unică folosință;- ochelari/vizieră.
	<ul style="list-style-type: none">• Medicamente de prim ajutor: antidot – „Naloxon”, Benzodiazepine („Diazepam”, „Lorazepam”, „Alprazolam”)• Medicamente generale, blocați beta-adrenergici, „Propranolol” („Inderal”)• Nitrați (sindrom serotoninic)

ECHIPELE DE AMUP	
Asistența Medicală Urgentă Prespitalicească	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • medic de urgență; • asistentă medicală; • paramedic
	Dispozitive medicale: <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • stetofonendoscop; • electrocardiograf; • glucometru portabil; • pulsoximetru; • termometru; • defibrilator/reanimabile; • mască chirurgicală, mănuși și halat de unică folosință; • ochelari/vizieră
	Medicamente: antidot – „Naloxon”, antidot – „Flumazenil”, miorelaxante – „Dantrolen,, <ul style="list-style-type: none"> • Antipsihotice (neuroleptice) („Clorpromazină”, „Levomepromazină”, „Clozapină”, „Risperidonă”, „Carbidină”) – forme injectabile și tabletate; • Benzodiazepine („Diazepam”, „Clordiazepoxid” etc.) – forme injectabile și tabletate; • Antidepresive („Amitriptilină”, „Mirtazapină”) – forme injectabile și tabletate • Anticonvulsivante („Carbamazepină”) • Blocante beta-adrenergice („Propranolol”), • Nitrați
ASISTENȚĂ ÎN STAȚIONAR SAU INSTITUȚII SPECIALIZATE	
IMSP – spitalele raionale, municipale și republicane IMSP „Dispensarul Republican de Narcologie”*	Personal: <ul style="list-style-type: none"> - psihiatru-narcolog; - medic generalist; - psihoterapeut; - psiholog clinician; - asistent medical; - asistent social; - laborant; - farmacist; - specialist în consultarea de la egal la egal
	Dispozitive medicale: <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • termometru; • pulsoximetru; • stetofonendoscop; • ciocănaș neurologic; • electrocardiograf; • teste rapide pentru determinarea drogurilor; • utilaj de laborator pentru examinarea remediilor biologice;

	<ul style="list-style-type: none"> • *cromatograf cu gaze; • pahare de unică folosință; • safeu; • mască chirurgicală, mănuși și halat de unică folosință; • ochelari/vizieră <p>Medicamente: Antidot – „Naloxon”, „Flumazenil”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antipsihotice (neuroleptice) („Clorpromazină”, „Clozapină”, „Risperidon”, „Levomepromazină”, „Tioridazină”, „Amisulprid”, „Cariprazină”, „Aripiprazol”) • Anxiolitice (tranchilizante) („Diazepam”, „Clordiazepoxid”, „Alprazolam”) • Hipnotice („Zolpidem”, „Zopiclon”) • Antidepresive („Amitriptilină”, „Sertralină”, „Escitalopram”, „Paroxetină”, „Fluoxetină”, „Fluvoxamină”, „Venlafaxină”, „Desipramină”, „Bupropion” sau „Citalopram”) • Anticonvulsive („Carbamazepină”) • Opioide („Metadonă”, „Buprenorfină”) • Beta-adrenoblocante („Propranolol”) • Nitrați
<p style="text-align: center;">Servicii comunitare/ reabilitaționale</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • asistent social/manager de caz; • asistent medical; • psiholog; • specialist în consilierea de la egal la egal; • lucrător social <p>Dispozitive și resurse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • materiale informaționale; • prezervative și lubrifianți; • teste rapide – la HIV, hepatite virale, ITS; • seringi și șervețele cu alcool; • alte echipamente de protecție – pipe, apă salină, „Clorhexidină”/„Miramistină”, ruj igienic, alte echipamente necesitatea cărora a fost documentată; • „Naloxon”; • truse de prim-ajutor, unguenți, dezinfectanți, altele; • pachete igienice femei (absorbante, cupe menstruale, șervețele intime, lubrifianți, prezervative feminine); • mască chirurgicală, mănuși și halat de unică folosință

SECȚIILE NARCOLOGICE INCLUSIV DIN CADRUL SPITALELOR DE PSIHIATRIE, UPU**Secțiile narcologice, inclusiv din cadrul spitalelor de psihiatrie, UPU*****Personal:**

- psihiatru-narcolog;
- psiholog clinician/psihoterapeut;
- medic generalist;
- asistent medical;
- asistent social;
- laborant

Dispozitive medicale:

- tonometru;
- termometru;
- pulsoximetru;
- stetofonendoscop;
- ciocănaș neurologic;
- electrocardiograf;
- teste rapide pentru determinarea drogurilor;
- containere de laborator;
- pahare de unică folosință;
- safeu;
- masca chirurgicala, mănuși și halat de unică folosință;
- ochelari/vizieră

Medicamente: Antidot – „Naloxon”, „Flumazenil”

- Antipsihotice (neuroleptice) („Clorpromazină”, „Clozapină”, „Risperidon”, „Levomepromazină”, „Tioridazină”, „Amisulprid”, „Cariprazină”, „Aripiprazol”)
- Anxiolitice (tranchilizante) („Diazepam”, „Clordiazepoxid”, „Alprazolam”)
- Hipnotice („Zolpidem”, „Zopiclon”)
- Antidepresive („Amitriptilină”, „Sertralină”, „Escitalopram”, „Paroxetină”, „Fluoxetină”, „Fluvoxamină”, „Venlafaxină”, „Desipramină”, „Bupropion” sau „Citalopram”)
- Anticonvulsive („Carbamazepină”)
- Opioide („Metadonă”, „Buprenorfină”)
- Beta-adrenoblocante („Propranolol”)
- Nitrați

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PREVEDERILOR PCN

Nr.	Scopurile protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Facilitarea procesului de diagnosticare a persoanelor consumatoare	1.1. Ponderea pacienților suspectați de consum de SNPP-uri la care diagnosticul s-a confirmat pe parcursul ultimului an	Numărul de pacienți suspectați de consum de SNPP-uri la care diagnosticul s-a confirmat pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți suspectați de consum de SNPP-uri care se află la evidența narcologului, pe parcursul ultimului an
2.	Sporirea calității managementului, tratamentului și a vieții pacientului cu consum de SNPP-uri	2.1. Ponderea pacienților cu consum de SNPP-uri tratați în condiții de ambulator, conform recomandărilor din protocolul clinic național, pe parcursul unui an	Numărul de pacienți cu consum de SNPP-uri tratați în condiții de ambulator, conform recomandărilor din protocolul clinic național, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu consum de SNPP-uri tratați în condiții de ambulator, pe parcursul ultimului an
		2.2. Ponderea pacienților cu consum de SNPP-uri tratați în spital de profil general, conform recomandărilor din protocolul clinic național, pe parcursul unui an	Numărul de pacienți cu consum de SNPP-uri tratați în spital de profil general conform, recomandărilor din protocolul clinic național, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți diagnosticați cu consum de SNPP-uri tratați în spital de profil general, pe parcursul ultimului an
		2.3. Ponderea pacienților cu consum de SNPP-uri tratați în spital specializat, conform recomandărilor din protocolul clinic național, pe parcursul unui an	Numărul de pacienți cu consum de SNPP-uri tratați în spital specializat, conform recomandărilor din protocolul clinic național, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți diagnosticați cu consum de SNPP-uri tratați în spital specializat, pe parcursul ultimului an
		2.4. Ponderea pacienților cu consum de SNPP-uri cu o remisiune completă, pe parcursul unui an	Proporția pacienților cu consum de SNPP-uri cu o remisiune completă, pe parcursul unui an x 100	Numărul total de pacienți diagnosticați cu consum de SNPP-uri supravegheați de către narcolog, pe parcursul ultimului an

3.	Evitarea dezvoltării dizabilității și a stigmatizării pacienților cu consum de SNPP-uri	3.1. Ponderea pacienților cu consum de SNPP-uri care au beneficiat de reabilitare psihosocială, pe parcursul unui an	Numărul de pacienți cu consum de SNPP-uri care au beneficiat de reabilitare psihosocială, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți diagnosticați cu consum de SNPP-uri supravegheați de către narcolog, pe parcursul ultimului an
		3.2. Ponderea pacienților cu consum de SNPP-uri care pe parcursul unui an n-au beneficiat de tratament staționar	Numărul de pacienți cu consum de SNPP-uri care n-au beneficiat de tratament staționar, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți diagnosticați cu consum de SNPP-uri supravegheați de către narcolog, pe parcursul ultimului an
		3.3. Ponderea pacienților cu consum de SNPP-uri care au făcut tentative de suicid și/ori s-au sinucis, pe parcursul unui an	Numărul de pacienți cu consum de SNPP-uri care au făcut tentative de suicid și/ori s-au sinucis, pe parcursul unui an	Numărul total de pacienți diagnosticați cu consum de SNPP-uri supravegheați de către narcolog, pe parcursul ultimului an

ANEXE

ANEXA 1. Fișa standardizată de audit medical

Domeniul	Definiții și note
Denumirea IMSP evaluate (în cazul auditului extern)	
Numărul fișei medicale a bolnavului staționar f.300/e	
Mediul de reședință al pacientului	0 = urban; 1 = rural; 9 = nu se cunoaște
Vârsta pacientului	Ani ____ sau 9 = necunoscută
Genul/sexul pacientului	0 = masculin; 1 = feminin; 9 = nu este specificat
Data debutului simptomelor	LL: AAAA sau 9 = necunoscută
Data stabilirii diagnosticului	DD: LL: AAAA sau 9 = necunoscută
Adresarea primară a pacientului	
Asistența medicală primară	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Asistență medicală urgență prespitalicească	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Asistență medicală spitalicească	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Centrul Comunitar de Sănătate Mintală	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Organizații neguvernamentale sau comunități terapeutice	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
SCREENINGUL	
Interviul clinic	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Evaluarea inițială/Evaluarea complexă	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Testele:	
- DAST-10	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- CRAFT	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- ASIST	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
SPITALIZAREA	
Data referirii pentru internare	DD: LL: AAAA sau 9 = necunoscut
Data internării în spital	DD: LL: AAAA sau 9 = necunoscut
Stabilizarea stării psihice și somatice	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Evaluarea criteriilor de spitalizare	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
DIAGNOSTICUL	
Evaluarea factorilor de risc	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Evaluarea semnelor caracteristice consumului de SNPP-uri	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Evaluarea comorbidităților	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Examenul de laborator	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Evaluarea multidisciplinară de către	
- narcolog	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- psihiatru	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- psiholog	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- asistent social	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Evaluarea efectelor nocive acute aferente consumului	
- neurologice	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- cognitive	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- psihice	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- somatice	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9

Evaluarea efectelor nocive cronice aferente consumului pe termen lung	
- neurologice	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- cognitive	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- psihice	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- somatice	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
TRATAMENTUL	
Terapie nemedicamentoasă	
- intervenții psihosociale	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- psihoeducație	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- psihoterapie	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- terapia cognitiv-comportamentală	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- Programul 12 pași/metoda Minnesota	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Tratament farmacologic	
- tratament medicamentos asistat	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- intervenții în urgențe	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Plan de tratament și/sau plan de intervenție în criză	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Recuperare psihosocială	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Intervenții de reducere a riscurilor	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
MONITORIZARE ȘI MEDICAȚIE	
Data externării	Include și data transferului la alt serviciu medical sau nemedical (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
Data externării	(ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
Prescrierea tratamentului la externare	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Tratament de susținere	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Evaluarea rezultatului intervențiilor medicamentoase și nemedicamentoase (Instrumentului de evaluare a procesului de tratament/asistență)	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Recomandări pentru supravegherea pacientului	
la medicul de familie	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
la medicul narcolog	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
a organizația neguvernamentală specializată în asistența dependențelor	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
la comunitatea terapeutică	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
la psihiatrul din CCSM	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9

ANEXA 2. GHID PENTRU CONSUMATOR

Ghid pentru consumatorii de substanțe noi cu proprietăți psihoactive Informație pentru persoanele care consumă droguri

(„Sărurile” și „spice-urile”)

În acest material vom vorbi despre cele mai noi și mai puțin studiate substanțe pe piața drogurilor – substanțele noi cu proprietăți psihoactive, printre care mefedrona (sarea) și amestecurile de fumat (spice-urile). Aceste substanțe diferite combină mai multe proprietăți comune:

- **Accesibilitatea:** sunt oferite spre comercializare pe Internet și „pot fi procurate cu un singur click”.
- **Complexitatea** și incertitudinea compoziției chimice: formulele chimice ale acestor substanțe se schimbă în mod constant.
- **Consecințele** utilizării: tulburări psihice severe, dependență, dorință irezistibilă de a repeta consumul.

„Sărurile” – ce sunt acestea?

Mefedrona (4-metilmecatatonă (4-MMC) sau 4-metilfedronă) este o substanță sintetică bazată pe compușii catinonici ai plantei khat și se include în clasa catinonelor și a amfetaminei. Mefedrona și-a revendicat extrem de rapid „locul sub soare” printre consumatorii de droguri din diferite pături sociale, dar îndeosebi acest preparat este popular în rândul adolescenților/tinerilor, amatorilor de distracții în cluburile de noapte, precum și altor subiecți ai pieței de droguri.

Mefedrona este fabricată ilegal în formă de capsule, comprimate, pulbere și este administrată prin oricare din căile disponibile: orală (prin gură), injectabilă, nazală (prin nas și alte mucoase).

După consum, persoana este copleșită de euforie, vigoare, energie, entuziasm, dispoziție bună pe termen relativ scurt, exacerbare a tuturor sentimentelor, efectul însă dispare foarte repede, provocând o dorință insistentă de a repeta consumul.

Efectele mefedronei sunt comparate cu astfel de stimulatoare, cum ar fi cocaina, metamfetamina etc. La nivel de acțiune aceasta seamănă cu ceva între stimulatoare și empatogeni cu o euforie puternică și un grad foarte mare de dependență, chiar și după primul consum. Un pericol deosebit constă în faptul că toate „sărurile” comercializate liberă au o compoziție chimică necunoscută, pe care chiar și dealerii n-o cunosc, de aceea și consecințele consumului acestor substanțe pot fi imprevizibile.

Probabil acum fiecare cititor care are experiență de consum se gândește: „Oh, nu este vorba despre mine, eu mă pot opri în orice moment”. Dar, din păcate, acest lucru nu este adevărat...

Una din trăsăturile caracteristice ale substanței respective este dorința aprigă și obsesivă de a repeta consumul acesteia, iar persoana se dovedește a fi practic incapabilă să se opună. Și cât substanța poate fi achiziționată în mod liber, este aproape imposibil să te oprești – acest lucru este cauzat de un efect specific asupra organismului și asupra psihicului. Anume din cauza acestei caracteristici este extrem de dificil ca o persoană să renunțe de sine stătător la consum.

Deseori, la etapa inițială de consum apare o atracție sexuală irezistibilă, consumatorii întrețin contacte sexuale dezordonate și neprotejate, care în consecință pot condiționa diferite infecții cu transmitere sexuală, inclusiv și HIV. În astfel de momente, dorința copleșitoare de sex prevalează asupra rațiunii și persoana nu se mai gândește la metodele de protecție.

Efectele utilizării mefedronei asupra organismului sunt diverse. Iată doar o listă scurtă a unor din efectele asupra organismului cauzate de utilizarea substanțelor noi cu proprietăți psihoactive:

- puls accelerat, adesea însoțit de o stare de panică;
- înrăutățirea memoriei de scurtă durată;
- compresia mușchilor maxilarului, crampe și spasme musculare;

- amețeli, îngustarea lumenului vaselor de sânge și al arterelor;
- leziunea membranei mucoase în locurile de contact cu substanța;
- crize hipertensive, infarct miocardic;
- disfuncție sexuală la bărbați (probleme de erecție și ejaculare); la femei se atestă tulburări menstruale, iar pe termen lung infertilitate;
- deshidratarea și epuizarea organismului;
- insomnie;
- altele.

Drept urmare a epuizării psihice și fizice în timpul „maratoanelor” (perioadele de consum neîntrerupt) apar următoarele consecințe foarte periculoase:

- dezorientarea în spațiu;
- halucinații – vizuale, auditive;
- pierderea simțului realității;
- psihoze și reacții paranoide (persoanei se pare că peste sunt polițiști, dispozitive de spionaj – de ascultare și filmare, lunetiști, agenți, colaboratori secreți ai „Guvernului Mondial” etc.).

Stările și senzațiile descrise mai sus sunt însoțite foarte des de acțiuni necontrolate (de exemplu, persoana dezasamblează electrocasnicele, mobilierul, blochează geamurile și ușile, stă zile întregi la pândă lângă vizorul ușii etc.). Comportamentul autodistructiv, irațional este, de asemenea, caracteristic, manifestându-se prin tentative de a-și provoca diverse vătămări, de a se expune nud în public etc. Din cauza halucinațiilor, persoana nu conștientizează ce face, aceasta poate ieși din mașină în timpul traficului, poate sări din fereastră din cauza că are senzația că este urmărită de cineva.

În special trebuie remarcat faptul că persoanele consumatoare de mefedronă și analogii acesteia o perioadă îndelungată de timp încep să trăiască în așa-numita „realitate de frontieră” care nu dispare nici chiar și atunci când efectul substanței asupra organismului încetează. Consecințele sau efectele ireversibile pot apărea chiar și după primul consum, mai ales dacă consumatorul este un adolescent sau o persoană predispusă la anumite tulburări psihice.

De asemenea, este important de menționat faptul că utilizarea acestei substanțe, precum și a psihostimulatoarelor în general, cauzează epuizare fizică, scade rezistența organismului la bolile infecțioase, inclusiv implică riscul de contractare a hepatitelor virale B și C, a infecției HIV.

Subliniem încă o dată faptul că formula chimică a substanțelor care fac parte din componența acestor săruri nu este cunoscută dealerilor, și nici consumatorilor de droguri. În plus, compoziția lor adesea este modificată. Prin urmare, probabilitatea unei supradoze este foarte mare!

Spice-urile – ce sunt acestea?

„Spice-urile” reprezintă niște amestecuri de fumat, care sunt furnizate spre comercializare în formă de ierburi prelucrate cu o substanță chimică și au un puternic efect psihoactiv asupra organismului.

Aceste amestecuri sunt comercializate ca niște substanțe biologice active cu proprietăți psihoactive ce conțin analogi sintetici ai tetrahidrocanabinolului (THC, substanța activă de bază a marihuanei). În prezent, amestecurile de fumat sunt interzise în majoritatea țărilor lumii, inclusiv în Moldova.

Acțiunea spice-urilor poate dura de la cinci minute până la câteva ore. Ele provoacă o dependență rapidă, astfel încât persoana poate deveni dependentă chiar după prima utilizare. Respectiva substanță narcotică s-a răspândit rapidă datorită disponibilității și accesibilității, prețului relativ scăzut, puterii de acțiune și dificultății de detectare a acesteia în organism, precum și datorită unei concepții false în rândul consumatorilor că „iarba nu este un drog”, „este mai bine să fumezi decât să bei vodcă”.

Utilizarea acestor substanțe narcotice sintetice este foarte periculoasă, deoarece ele afectează în primul rând psihicul, deși afectează suficient de mult și starea fizică.

Supradozele cu „spice-uri” sunt destul de frecvente, deoarece este dificil să determini concentrația substanței active. Episoadele de supradozaj sunt însoțite de vărsături, amețeli, greață, pierderea subită a cunoștinței. Pericolul supradozei și a intoxicației severe constă în dezvoltarea unor psihoze acute

care nu dispar nici după încetarea efectului substanței asupra organismului. Așa-numiții „amatori de droguri ușoare” devin foarte des pacienți ai spitalelor de psihiatrie, dar sunt cazuri când aceștia nu pot fi ajutați nici chiar acolo.

Consecințele consumului de spice-uri pentru organism

Consumul spice-urilor dereglează psihicul – este afectat enorm sistemul nervos central, apar accese de panică, halucinații puternice, paranoia și, prin urmare, persoana manifestă acțiuni și comportamente iraționale (de exemplu, este cuprinsă de dorința de a sări prin geam, de a se arunca în fața automobilului etc.). Bărbații suferă de impotență, la femei ciclul menstrual este dereglat, apar tulburări hormonale și infertilitatea.

Se dezvoltă activ bolile cardiovasculare, apare insuficiența respiratorie acută, renală și hepatică, are loc otrăvirea cu toxine a sângelui, ceea ce provoacă ulterior distrugerea țesuturilor și a organelor – brațele/picioarele pot înceta să funcționeze, iar deteriorarea sistemului sanguin afectează saturația creierului cu oxigen și cauzează moartea neuronilor, precum și a altor celule ale creierului.

Una din cele mai grave consecințe fizice este hipertermia necontrolată și dezvoltarea edemului cerebral. Tot mai frecvent sunt înregistrate cazuri cu final tragic, adică decese.

Sfaturi pentru reducerea riscurilor asociate consumului de substanțe noi cu proprietăți psihoactive:

- Fiecare nouă de substanță ar trebui consumată la fel ca cea dintâi – diferite loturi pot conține concentrații complet diferite, ceea ce implică riscul de supradozaj. Controlați doza – este mai bine să luați mai puțin, iar această decizie vă poate salva viața.
- În cazul în care ați început brusc să vă sufocați sau aveți senzația că sunteți pe cale de a muri, cel mai probabil este doar o psihoză, dar dacă simțiți durere în piept sau în hipocondru (regiunea subcostală), sunați imediat la numărul unic de urgență 112 și solicitați ajutor. Chiar dacă starea dvs. va fi doar o alarmă falsă medicii, cel mai probabil, va vor injecta un calmant și, cel puțin, vor efectua pe loc o cardiogramă.
- Consumați cât mai mult lichid.
- Îngrijiți arsurile din cavitatea bucală și cavitatea nazală cauzate de consumul de SNPP-uri.
- Faceți-vă un obicei din a avea întotdeauna cu dvs. prezervative și seringi de unică folosință în număr suficient.
- Testați-vă cu regularitate la HIV, hepatitele virale și infecțiile cu transmitere sexuală (de două ori pe an).
- Dacă sunteți pacient încadrat într-un program care presupune terapie de substituție cu opioide atunci perspectiva de a consuma și spice-uri poate fi una foarte „tentantă” pentru dvs. Dar vă rugăm să rețineți că substanțele ilegale în combinație cu preparatele terapiei de substituție reprezintă un amestec periculos pentru sănătate și viață.
- Adresați-vă specialiștilor serviciilor narcologice și celor ce oferă suport comunitar psihosocial!

**SCREENING-TEST (OMS ASSIST 11)
PENTRU DEPISTAREA DEPENDENȚEI
DE ALCOOL, PRODUSE DE TUTUNGERIE ȘI ALTE SUBSTANȚE**

**RECOMANDAT DE ORGANIZAȚIA MONDIALĂ A SĂNĂȚĂȚII (WHO ASSIST V 3.0 – ALCOHOL,
SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT SCREENING TEST)**

ID-ul MEDICULUI

PENITENCIARUL

ID-ul PACIENTULUI

DATA

INTRODUCERE (*Citiți-i interviewatului*)

Multe droguri și medicamente vă pot afecta sănătatea. Este foarte important pentru mine, medicul dvs., să cunosc informații detaliate despre utilizarea diferitor substanțe. Acest lucru mă va ajuta să vă ofer cea mai bună și de calitate asistență medicală.

Prin următoarele întrebări voi încerca să aflu experiența dvs. în consumarea alcoolului, produselor de tutungerie și a altor droguri pe parcursul vieții și, în special, în ultimele 3 luni. Respectivul substanțe pot fi fumate, inhalate, injectate, înghițite, inspirate pe nas sau administrate în formă de pastile (prezentați împreună cu cardul de droguri).

Unele din substanțele enumerate puteau fi prescrise de către un medic (cum ar fi amfetamine, sedative, medicamente pentru durere). Pentru acest interviu, nu vom înregistra medicamentele administrate la indicația medicului dvs.. Cu toate acestea, dacă ați luat medicamentele prescrise pentru alte motive decât prevedeau recomandările medicului sau le-ați luat mai des sau în doze mai mari decât cele prescrise, vă rog să-mi spuneți. La fel, sunt interesat să știu despre utilizarea diferitor droguri ilicite. Vă asigur că informațiile privind consumul lor vor fi tratate cu maximă confidențialitate.

NOTA: ANTERIOR INTERVIEWĂRII OFERIȚI-I PACIENTULUI CARDUL DE RĂSPUNSURI LA TEST

Întrebarea 1

Care din următoarele substanțe le-ați utilizat vreodată în viață (numai NON-MEDICALE)	NU	DA
a. Produse de tutungerie (țigări, tutun de mestecat, trabucuri etc.)	0	3
b. Băuturi alcoolice (bere, vin, băuturi spirtoase etc)	0	3
c. Cannabis (marijuană, iarbă, hașiș etc.)	0	3
d. Cocaină (praf alb, crack etc.)	0	3
e. Amfetamine de tip stimulative (speed, pastile de dietă, ecstasy etc.)	0	3
f. Substanțe inhalatorii (vopsea, clei, petrol, diluante etc.)	0	3
g. Sedative sau hipnotice („Valium”, „Serepax”, „Rohypnol” etc.)	0	3
h. Halucinogene (LSD, acid, ciuperci, PCP, Special K etc.)	0	3
i. Opioide (heroină, morfină, metadonă, codeină etc.)	0	3
j. altele - specificați:	0	3

Încercați să întrebați în cazul tuturor răspunsurilor negative:
„Nici măcar când erai la școală?”

*Dacă răspunsul este „NU” la toate punctele, opriți interviul.
Dacă la unele puncte a fost oferit răspunsul este „DA”
treceți la întrebarea 2 pentru fiecare substanță utilizată.*

Întrebarea 2

În ultimele trei luni, cât de des ați utilizat substanțele pe care le-ați menționat anterior (prima substanță, a doua substanță etc.)?	niciodată	o dată/ de două ori	lunar	saptamânal	zilnic
a. Produse de tutungerie (țigări, tutun de mestecat, trabucuri etc.)	0	2	3	4	6
b. Băuturi alcoolice (bere, vin, băuturi spirtoase etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marijuană, iarbă, hașiș etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaină (praf alb, crack etc.)	0	2	3	4	6
e. Amfetamine de tip stimulative (speed, pastile de dietă, ecstasy etc.)	0	2	3	4	6
f. Substanțe inhalatorii (vopsea, clei, petrol, diluante etc.)	0	2	3	4	6
g. Sedative sau hipnotice („Valium”, „Serepax”, „Rohypnol” etc.)	0	2	3	4	6
h. Halucinogene (LSD, acid, ciuperci, PCP, Special K etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiacee (heroină, morfină, metadonă, codeină etc.)	0	2	3	4	6
j. altele – specificați:	0	2	3	4	6

Dacă răspunsul este „NU” la toate punctele treceți la întrebarea 6.

Dacă unele substanțe din întrebarea 2 au fost folosite pe parcursul a 3 luni anterioare interviului continuați cu întrebările 3, 4 și 5 pentru fiecare substanță administrată.

Întrebarea 3

Pe parcursul ultimelor trei luni, cât de des ați avut o dorință puternică sau nevoia de a administra (prima substanță, a doua substanță etc.)?	niciodată	o dată/ de două ori	lunar	saptamânal	zilnic
a. Produse de tutungerie (țigări, tutun de mestecat, trabucuri etc.)	0	3	4	5	6
b. Băuturi alcoolice (bere, vin, băuturi spirtoase etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marijuană, iarbă, hașiș etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaină (praf alb, crack etc.)	0	3	4	5	6
e. Amfetamine de tip stimulative (speed, pastile de dietă, ecstasy etc.)	0	3	4	5	6
f. Substanțe inhalatorii (vopsea, clei, petrol, diluante, etc.)	0	3	4	5	6
g. Sedative sau hipnotice („Valium”, „Serepax”, „Rohypnol” etc.)	0	3	4	5	6
h. Halucinogene (LSD, acid, ciuperci, PCP, Special K etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiacee (heroină, morfină, metadonă, codeină etc.)	0	3	4	5	6
j. altele - specificați:	0	3	4	5	6

Întrebarea 4

Pe parcursul ultimelor trei luni, cât de des ați utilizat (prima substanță, a doua substanță etc.), ceea ce s-a soldat cu probleme sociale, juridice, financiare sau de sănătate?	niodată	o dată/ de două ori	lunar	saptamânal	zilnic
a. Produse de tutungerie (țigări, tutun de mestecat, trabucuri etc.)	0	4	5	6	7
b. Băuturi alcoolice (bere, vin, băuturi spirtoase etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marijuană, iarbă, hașiș etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaină (praf alb, crack etc.)	0	4	5	6	7
e. Amfetamine de tip stimulative (speed, pastile de dietă, ecstasy etc.)	0	4	5	6	7
f. Substanțe inhalatorii (vopsea, clei, petrol, diluante etc.)	0	4	5	6	7
g. Sedative sau hipnotice („Valium”, „Serepax”, „Rohypnol” etc.)	0	4	5	6	7
h. Halucinogene (LSD, acid, ciuperci, PCP, Special K etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiacee (heroină, morfina, metadonă, codeină etc.)	0	4	5	6	7
j. altele - specificați:	0	4	5	6	7

Întrebarea 5

Pe parcursul ultimelor trei luni, cât de des ați eșuat (ați renunțat) să faceți ceea ce în mod normal ar fi fost de așteptat de la dvs. din cauza utilizării (primei substanțe, a celei de a doua substanțe etc.)	niodată	o dată/ de două ori	lunar	saptamânal	zilnic
a. Produse de tutungerie (țigări, tutun de mestecat, trabucuri etc.)	0	5	6	7	8
b. Băuturi alcoolice (bere, vin, băuturi spirtoase etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marijuană, iarbă, hașiș etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaină (praf alb, crack etc.)	0	5	6	7	8
e. Amfetamine de tip stimulative (speed, pastile de dietă, ecstasy etc.)	0	5	6	7	8
f. Substanțe inhalatorii (vopsea, clei, petrol, diluante etc.)	0	5	6	7	8
g. Sedative sau hipnotice („Valium”, „Serepax”, „Rohypnol” etc.)	0	5	6	7	8
h. Halucinogene (LSD, acid, ciuperci, PCP, Special K etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiacee (heroină, morfina, metadonă, codeină etc.)	0	5	6	7	8
j. altele - specificați:	0	5	6	7	8

Adresați întrebările 6 și 7 pentru toate substanțele utilizate vreodată (cele menționate de pacient la întrebarea 1)

Întrebarea 6

Și-a exprimat vreodată cineva dintre prieteni, rude sau oricare altă persoană îngrijorarea cu privire la utilizarea de către dvs. a (primei substanțe, a celei de-a doua substanțe etc.)?	Nu, niciodată	Da, în ultimele 3 luni	Da, dar nu în ultimele 3 luni
a. Produse de tutungerie (țigări, tutun de mestecat, trabucuri etc.)	0	6	3
b. Băuturi alcoolice (bere, vin, băuturi spirtoase etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marijuană, iarbă, hașiș etc.)	0	6	3
d. Cocaină (praf alb, crack etc.)	0	6	3
e. Amfetamine de tip stimulator (speed, pastile de dietă, ecstasy etc.)	0	6	3
f. Substanțe inhalatorii (vopsea, clei, petrol, diluante etc.)	0	6	3
g. Sedative sau hipnotice („Valium”, „Serepax”, „Rohypnol” etc.)	0	6	3
h. Halucinogene (LSD, acid, ciuperci, PCP, Special K etc.)	0	6	3
i. Opiacee (heroină, morfină, metadonă, codeină etc.)	0	6	3
j. altele - specificați:	0	6	3

Întrebarea 7

Ați încercat vreodată și n-ați reușit să controlați, să reduceți sau să opriți utilizarea a (primei substanțe, a celei de a doua substanțe, etc.)?	Nu, niciodată	Da, în ultimele 3 luni	Da, dar nu în ultimele 3 luni
a. Produse de tutungerie (țigări, tutun de mestecat, trabucuri etc.)	0	6	3
b. Băuturi alcoolice (bere, vin, băuturi spirtoase etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marijuană, iarbă, hașiș etc.)	0	6	3
d. Cocaină (praf alb, crack etc.)	0	6	3
e. Amfetamine de tip stimulator (speed, pastile de dietă, ecstasy etc.)	0	6	3
f. Substanțe inhalatorii (vopsea, clei, petrol, diluante etc.)	0	6	3
g. Sedative sau hipnotice („Valium”, „Serepax”, „Rohypnol” etc.)	0	6	3
h. Halucinogene (LSD, acid, ciuperci, PCP, Special K etc.)	0	6	3
i. Opiacee (heroină, morfină, metadonă, codeină etc.)	0	6	3
j. altele - specificați:	0	6	3

Întrebarea 8

	Nu, niciodată	Da, în ultimele 3 luni	Da, dar nu în ultimele 3 luni
Ați utilizat vreodată orice drog prin injectare? (numai NON-MEDICALE)	0	2	1

NOTĂ:

Pacienții care au utilizat droguri injectabile în ultimele 3 luni ar trebui să fie întrebați despre modul de injectare în această perioadă, pentru a determina nivelul de risc în cazul lor și cea mai bună tactică de intervenție.

MOD DE INJECTARE**TACTICĂ DE INTERVENȚIE**

O dată pe săptămână
sau
mai puțin de 3 zile la rând

Intervenție de scurtă durată
inclusiv oferirea cardului
„Reducerea riscurilor asociate
injectării drogurilor”

Mai mult de o dată pe săptămână
sau
3 sau mai multe zile la rând

Evaluare suplimentară și
tratament mai intensiv

CUM SE CALCULEAZĂ SCORUL

Pentru fiecare substanță (enumerată de la a la j) adunați punctajul obținut la întrebările 2-7 inclusiv. Nu includeți rezultatele întrebării 1 sau întrebării 8 în acest scor.

Rețineți că întrebarea 5 pentru tutun nu se calculează, doar răspunsurile la întrebările 2a, 3a, 4a, 6a, 7a.

TIPUL DE INTERVENȚIE ÎN FUNCȚIE DE SCORUL ÎNREGISTRAT

Substanța	Scorul înregistrat	Fără intervenție	Intervenție de scurtă durată	Tratament intensiv*
a. Produse de tutungerie		0 - 3	4 - 26	27+
b. Băuturi alcoolice		0 - 10	11 - 26	27+
c. Cannabis		0 - 3	4 - 26	27+
d. Cocaină		0 - 3	4 - 26	27+
e. Amfetamine		0 - 3	4 - 26	27+
f. Substanțe inhalatorii		0 - 3	4 - 26	27+
g. Sedative sau hipnotice		0 - 3	4 - 26	27+
h. Halucinogene		0 - 3	4 - 26	27+
i. Opiacee		0 - 3	4 - 26	27+
j. altele		0 - 3	4 - 26	27+

NOTĂ: *EVALUAREA SUPLIMENTARĂ ȘI TRATAMENTUL MAI INTENSIV POT FI OFERITE DE CĂTRE MEDICII GENERALIȘTI ÎN CADRUL SERVICIILOR MEDICALE DIN PENITENCIARE SAU DE CĂTRE UN SPECIALIST ÎN DOMENIUL TRATAMENTULUI DEPENDENȚEI DE DROGURI ȘI DE ALCOOL, DACĂ ESTE DISPONIBIL.

ANEXA 4. TESTUL DAST - 10

Nume _____

Data _____

Scor _____

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

ANEXA 5.

GHID DE INTERVIU INDIVIDUAL PENTRU REALIZAREA EVALUĂRII INIȚIALE

Domeniul 1. COMPETENȚE SOCIALE
<ul style="list-style-type: none">• Sunteți o persoană sociabilă sau mai retrasă?• Găsiți ușor limbaj comun cu alte persoane?• Cât de mare este cercul de persoane cu care comunicați?• Descrieți cercul de persoane cu care comunicați.• Comunicarea cu alte persoane este pentru dvs. o plăcere sau o activitate obositoare?• În ce măsură vă caracterizează următoarea afirmație: Tind să spun ce gândesc fără să-mi pese de cum vor percepe ceilalți acest lucru.• Sunteți uneori surprins să aflați că alte persoane n-au înțeles ce ați spus?
Domeniul 2. EMOȚII ȘI AFECTIVITATE
<ul style="list-style-type: none">• În ce măsură se referă la persoana dvs. următoarea afirmație: În cadrul discuțiilor lungi îmi pot pierde calmul.• Continuați: Sunt unele situații sau oameni care mă fac să-mi pierd calmul...• Vă dați mereu seama de sentimentele proprii și înțelegeți motivul apariției lor?• Vă puteți recupera rapid după ce ați verbalizat niște emoții stresante și după situații de conflict?• Sunteți capabil să înțelegeți sau să simțiți ce experimentează cealaltă persoană, punându-vă în locul ei?• Din ce perspectivă trăiți principiul „jumătății de păhar”? Este plin sau gol?• Vă simțiți confortabil cu sine înșivă?• Sunteți capabil să iertați, să uitați trădarea cuiva, să iubiți cu adevărat, să aveți încredere în oameni, să mențineți o prietenie adevărată? Aduceți exemple din viața dvs.
Domeniul 3. COMPORTAMENTE
<ul style="list-style-type: none">• Vă păstrați calmul în timpul activității și în timpul situațiilor dificile?• Ce vă poate dezechilibra emoțional? Descrieți o situație în care v-ați pierdut calmul și povestiți cum ați reușit s-o gestionați și să vă calmați ulterior.• Sunt cazuri când cei apropiați nu vă înțeleg și nu vă susțin sau apar situații de conflict? Vă este ușor să găsiți cuvintele potrivite pentru a exprima ceea ce vă deranjează? Cum procedați, de regulă, în astfel de situații: încercați să vă apărați opinia, discutați mai mult pentru a afla opinia altei persoane, vă conformați sau cedați dacă aceasta este prea insistentă ori vă exprimați tranșant poziția fără a lua în calcul ce zic alte persoane?• Cât de frecvent ajungeți în situații de conflict în cadrul comunicării cu alte persoane?• Cât de repede și cum anume vă reușește să atenuați situația de conflict? Cui aparține inițiativa de a relua comunicarea?
Domeniul 4. TENDINȚE ȘI MOTIVARE
<ul style="list-style-type: none">• Unde și cum vă vedeți peste 5 sau 10 ani?• Enumerați expres cel puțin 3 dorințe care la moment sunt relevante pentru dvs.• Ce ar fi necesar să știți, să cunoașteți nou ca să reușiți în viață?• Ce ați fi gata să schimbați în viața dvs.?

Domeniul 5. ATITUDINI FAȚĂ DE PERSOANE

- Vă rog să povestiți despre părinții dvs. Ce amintiri legate de ei aveți?
- Cât de apropiați ați fost/sunteți cu părinții/mama/tata/bunei? Cu ce v-au ajutat ei în viață? Cu ce i-ați ajutat dvs.?
- Cum v-ar caracteriza persoanele care vă cunosc bine (prieteni, părinții, copii, partenerul de viață)?
- Cineva spunea că copiii sunt ființe iraționale. Dvs. personal ce atitudine aveți față de copii? Aveți copii proprii? În ce relații sunteți cu ei? Cât de des vă vedeți și comunicați cu ei? Ce succese au copiii dvs., vă puteți mândri cu ei? La cine se adresează ei după ajutor? Cum îi susțineți în situațiile dificile? Cum credeți în caz de necesitate puteți conta pe ei?
- Sunteți realizat ca părinte?/Doriți să deveniți părinte?
- Când ați vorbit sau v-ați văzut ultima dată cu copiii dvs., a cui a fost inițiativa și care a fost motivul vizitei sau discuției?
- Credeți că există prietenie adevărată? Aveți prieteni care v-au fost alături în momente grele și v-au susținut? Dvs. ați ajutat pe cineva dintre prieteni când a avut probleme? Alegeți afirmația care credeți că este adevărată:
 - a) Oamenii sunt răi și nu poți conta pe ei.
 - b) Oamenii sunt buni și săritori la nevoie.
 - c) Oamenii sunt diferiți și nu poți ști la ce să te aștepti de la ei.
 - d) Oamenii nu sunt răi, dar viața îi determină să fie duri și ostili.
 - e) Nimeni niciodată nu m-a ajutat și nu pot să spun nimic.

Domeniul 6. ATITUDINI FAȚĂ DE DOMENIILE VIEȚII

- Aș admite așa un gând:
 - a) Aș dori să învăț ceva nou;
 - b) Aș putea face față unui program de învățare;
 - c) Pot munci și fără careva studii.
- Alegeți afirmația care credeți că este adevărată:
 - a) Studiile nu sunt necesare pentru viață
 - b) Îmi place să muncesc, dar cu condiția să fiu remunerat cât mai bine.
 - c) Îmi place să muncesc.
 - d) Muncesc, dar nu cu mare plăcere și dorință, mai mult din necesitate.
 - e) Pot trăi și fără ca să muncesc din greu.
 - f) Munca este grea și plictisitoare și adesea mă obosește.
 - g) Obişnuiesc oricum să fac lucrul până la capăt.
 - h) Se poate întâmpla ca lucrul să rămână nefinalizat.
 - i) Îmi pierd repede interesul și îmi caut altceva de lucru.
- Vă place să lucrați în echipă sau preferați sarcinile individuale?
- Care ar fi lucrul pe care l-ați realiza cu mare drag?
- Sunteți pregătit pentru a putea realiza acest lucru?
- Care ar fi salariul pentru care ați fi gata să munciți?
- Studiile vă pot ajuta să obțineți un loc de lucru mai bun?

Domeniul 7. RESURSE

- Pe cine puteți conta în situații dificile de viață?
- Cine poate conta pe ajutorul dvs.?
- Spuneți, vă rog, unde locuiți și în ce măsură sunteți mulțumit de condițiile de trai pe care le aveți?
- Din ce venituri vă acoperiți necesitățile, din ce surse financiare trăiți?
- În ce măsură ele vă acoperă necesitățile?
- Cum vă apreciați starea actuală de sănătate?
- Este sănătatea o prioritate pentru dvs.?

Domeniul 8. ADICȚIE

- Aveți careva probleme legate de comportamentul adictiv (dependență de droguri, alcool)?
- Recunoașteți că sunteți o persoană dependentă?
- Povestiți despre relația dvs. cu drogurile. De cât timp durează, care au fost cauzele pentru care ați adoptat acest comportament, care sunt riscurile și gradul în care sunteți afectat de această adicție. Cât de grav este impactul asupra stării generale a dvs., asupra sănătății și asupra relațiilor sociale?

Domeniul 9. PERSPECTIVE PENTRU VIITOR

- Vă interesează mai mult viitorul decât trecutul?
- Povestiți despre trecutul dvs..
- Cum vedeți viitorul, aveți careva planuri de viitor, dorințe?
- Care sunt temerile dvs. legate de prezent și viitor?
- Ce vă înspăimântă mai mult în legătură cu perspectivele dvs. de viață?
- Ce credeți că ar putea fi în viitorul apropiat? Când vă simțiți mai calm, mai satisfăcut – atunci când vă gândiți la trecut, la prezent sau la viitor? Sunt aceste trei perspective diferite ca intensitate a emoțiilor?

Domeniul 10. PROIECTAREA TRATAMENTULUI/ASISTENȚEI

- Cum credeți poate cineva sau ceva să vă ajute în situația în care vă aflați la moment?
- La cine vă adresați când simțiți necesitatea de a comunica sau preferați să faceți altceva în aceste momente dificile pentru dvs.?
- Cine, de regulă, vă înțelege și poate veni cu un sfat util sau cu ajutor?
- Considerați că veți fi în stare să soluționați mai târziu de sine stătător eventualele probleme?

GHID DE INTERVIU INDIVIDUAL PENTRU REALIZAREA EVALUĂRII FINALE

Domeniul 1. COMPETENȚE SOCIALE
<ul style="list-style-type: none">• La finele programului ați putea spune că ați devenit mai sociabil sau vă este la fel de dificil să comunicați?• Cum credeți vă este acum mai ușor să găsiți limbaj comun cu alte persoane?• Cum s-a schimbat cercul persoane cu care comunicați în perioada de intervenție?• Descrieți cercul persoane cu care comunicați actualmente.• Cu care persoane comunicarea a fost interesantă sau obositoare pentru dumneavoastră?• În ce măsură vă caracterizează acum următoarea afirmație: Tind să spun ce gândesc fără să-mi pese de cum vor percepe ceilalți acest lucru.• Cum procedați când realizați că altă persoană nu v-a înțeles?
Domeniul 2. EMOȚII ȘI AFECTIVITATE
<ul style="list-style-type: none">• Cum procedați în cadrul discuțiilor lungi când vă pierdeți calmul?• Continuați: Cum reacționați când anumite situații sau oameni vă provoacă și vă pierdeți calmul...• Ce sentimente ați trăit în ultima perioadă? Care a fost motivul apariției lor?• V-ați putut recupera rapid după ce ați experimentat aceste emoții stresante și situații de conflict?• Cum ar fi procedat o altă persoană în această situație stresantă pe care ați trăit-o în ultima perioadă?• Vă simțiți confortabil cu sine înșivă?• Cum credeți merită să iertați, să uitați trădarea cuiva, să iubiți cu adevărat, să aveți încredere în oameni, să mențineți o prietenie adevărată? Pentru ce ar fi nevoie de toate acestea?• Aduceți exemple din viața dvs.
Domeniul 3. COMPORTAMENTE
<ul style="list-style-type: none">• Cum reușiți să vă păstrați calmul în timpul activității și în timpul situațiilor dificile?• Ce vă poate acum dezechilibra emoțional?• Descrieți o situație recentă în care v-ați pierdut calmul și povestiți cum ați reușit s-o gestionați și să vă calmați ulterior?• Mai sunt încă situații în care cei apropiați nu vă înțeleg și nu vă susțin sau apar situații de conflict? Vă este ușor să găsiți cuvintele potrivite pentru a exprima ceea ce vă deranjează? Cum e mai rezonabil să procedați în așa situații?• Cât de frecvent ajungeți acum în situații de conflict în cadrul comunicării cu alte persoane?• Cât de repede și cum anume vă reușește să atenuați situația de conflict? Cui aparține inițiativa de a relua comunicarea?
Domeniul 4. TENDINȚE ȘI MOTIVARE
<ul style="list-style-type: none">• Cum s-au schimbat planurile de viață? Unde și cum vă vedeți peste 5 sau 10 ani?• Enumerați expres cel puțin 3 dorințe care sunt la moment relevante pentru dumneavoastră.• Ce ați aflat nou și care vă ajută ca să reușiți în viață?• Ce ați reușit să schimbați în viața dvs.?
Domeniul 5. ATITUDINI FAȚĂ DE PERSOANE
<ul style="list-style-type: none">• Ce ați dori să le spuneți acum părinților?• Cât de apropiați ați devenit cu părinții/mama/tata/bunicii? Cum v-au ajutat ei în viață? Cu ce i-ați ajutat dvs.?• Cum v-ar caracteriza acum persoanele care vă cunosc bine (prietenii, părinții, copiii, partenerul de viață)?• Cât de des vă vedeți și comunicați cu copiii? Ce succese au copiii dvs., vă puteți mândri cu ei? La cine se adresează ei după ajutor?• Cum îi susțineți în situațiile dificile? Cum credeți ați putea conta pe ei în caz de necesitate?• Sunteți realizat ca părinte?/Doriți să deveniți părinte?

- Când ați vorbit sau v-ați văzut ultima dată cu copiii, a cui a fost inițiativa și care a fost motivul vizitei sau discuției?
- Credeți că există prietenie adevărată? Aveți prieteni care v-au fost alături în perioada de intervenție și v-au susținut? Dvs. ați ajutat pe cineva dintre prietenii când a avut probleme?
- Continuați afirmația:
 - a) Oamenii sunt răi...
 - b) Oamenii sunt buni...
 - c) Oamenii sunt diferiți...
 - d) Oamenii nu sunt răi, dar viața îi determină să fie duri și ostili...

Domeniul 6. ATITUDINI FAȚĂ DE DOMENIILE VIEȚII

- Aș admite așa un gând:
 - a) Aș dori să învăț ceva nou;
 - b) Aș putea face față unui program de învățare;
 - c) Pot munci și fără careva studii.
- Alegeți afirmația care credeți că este adevărată:
 - a) Studiile nu sunt necesare pentru viață.
 - b) Îmi place să muncesc, dar cu condiția să fiu remunerat cât mai bine.
 - c) Îmi place să muncesc.
 - d) Muncesc, dar nu cu mare plăcere și dorință, mai mult din necesitate.
 - e) Pot trăi și fără să muncesc din greu.
 - f) Munca este grea și plictisitoare și adesea mă obosește.
 - g) Obişnuiesc oricum să fac lucrul până la capăt.
 - h) Se poate întâmpla ca lucrul să rămână nefinalizat.
 - i) Îmi pierd repede interesul și îmi caut altceva de lucru.
- Care ar fi lucrul pe care l-ați realiza cu mare drag?
- Sunteți pregătit pentru a putea realiza acest lucru?
- Care ar fi salariul pentru care ați fi gata să munciți?
- Studiile vă pot ajuta să obțineți un loc de lucru mai bun?

Domeniul 7. RESURSE

- Pe cine puteți conta în situații dificile de viață?
- Cine poate conta pe ajutorul dvs.?
- Spuneți, vă rog, unde locuiți acum și în ce măsură sunteți mulțumit de condițiile de trai pe care le aveți?
- Din ce venituri vă acoperiți necesitățile, din ce surse financiare trăiți?
- În ce măsură ele vă acoperă necesitățile?
- Cum vă apreciați starea actuală de sănătate?
- Este sănătatea pentru o prioritate pentru dvs.?

Domeniul 8. ADICȚIE

- Aveți careva consecințe legate de comportamentul adictiv (dependență de droguri, alcool)?
- Recunoașteți că sunteți/ați fost o persoană dependentă?
- Povestiți ce ați încercat/reușit să schimbați în relația dvs. cu drogurile. De cât timp nu le mai consumați? Care au fost cauzele acestui comportament, care sunt riscurile și gradul în care sunteți afectat acum de această adicție? Cât de grav este impactul asupra stării generale a dvs., asupra sănătății și asupra relațiilor sociale?

Domeniul 9. PERSPECTIVE PENTRU VIITOR

- Vă interesează mai mult viitorul decât trecutul?
- Cum vă vedeți viitorul, aveți careva planuri de viitor, dorințe?
- Care sunt temerile dvs. legate de prezent și viitor?
- Ce vă înspăimântă mai mult în legătură cu perspectivele dvs. de viață?
- Ce credeți că ar putea fi în viitorul apropiat? Când vă simțiți mai calm, satisfăcut – atunci când vă gândiți la trecut, la prezent sau la viitor? Sunt aceste trei perspective diferite ca intensitate a emoțiilor?

Domeniul 10. PROIECTAREA TRATAMENTULUI/ASISTENȚEI

- Cum credeți v-a ajutat cumva participarea la PRAS în situația în care vă aflați la moment?
- La cine vă veți putea adresa când veți simți necesitatea de a comunica?
- Enumerați trei momente importante care s-au întâmplat în viața dvs. în perioada intervenției.
- Considerați că veți fi în stare să soluționați mai târziu de sine stătător eventualele probleme?

ANEXA 6. FIȘĂ INFORMATIVĂ – SUBSTANȚE NOI CU PROPRIETĂȚI PSIHOACTIVE

CE SUNT SUBSTANȚELE NOI CU PROPRIETĂȚI PSIHOACTIVE?

Substanțele noi cu proprietăți psihoactive (SNPP), cunoscute și ca „droguri sintetice” sau „droguri legale”, sunt niște substanțe chimice produse ca să acționeze similar drogurilor, precum canabisul, ecstasy, cocaina sau metamfetamina.

Acestea sunt disponibile în forme diferite, inclusiv:

- a) prafuri/comprimate
- b) canabis sintetic (substanțe chimice sintetice adăugate în materialul ierbos sau vegetal)

Deși unele numite „noi”, ele există deja de zeci de ani, fiind deseori vândute ca substanțe aromate, săruri de baie, alimente vegetale sau fiind comercializate în mod greșit ca alternative legale și mai sigure la alte medicamente.

CONCEPȚIA ERONATĂ DESPRE STATUTUL LOR LEGAL

În încercările de a devansa legea sau de a o eluda (ocoli), producătorii au modificat structura moleculară a SNPP-urilor. Astfel, SNPP-urile au fost modificate atât de des, fiind fost create atâtea substanțe noi, încât este practic imposibil să știți ce conțin produsele pe care le consumați.

Legislația referitoare la SNPP-uri nu acoperă toate formele și tipurile acestor substanțe. Cumpărarea lor în mediul online sau din surse nereglementate poate fi asociată cu numeroase riscuri, or, chiar dacă pe ambalajul lor este indicat „legal”, nu există nici o garanție că substanța conținută este cu adevărat una legală sau inofensivă.

De exemplu, două produse, fiecare fiind vândut în calitate de canabis sintetic, se pot dovedi a fi substanțe chimice absolut diferite, ele pot să nu aibă nimic în comun cu canabisul sau chiar cu ingredientele indicate pe ambalajul respectiv.

SEMNELE DE SUPRADOZAJ

Efectele SNPP-urilor variază de la o substanță la alta, astfel că pot apărea indicii de supradozaj. Ele pot include:

Semne fizice

- Spasme musculare/rigiditatea mușchilor
- Tremur/frisoane
- Febră/supraîncălzire
- Greață sau vomă
- Dificultăți de respirație/ stop respirator
- Persoana nu se poate trezi
- Convulsii

Semne psihologice

- Confuzie sau tulburare
- Paranoia, frică și panică
- Agitație și agresivitate

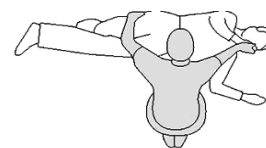
ACȚIUNILE ÎN CAZ DE SUPRADOZAJ

Dacă considerați că cineva a luat o supradoză efectuați următoarele acțiuni:

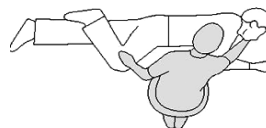
- **Înainte de a acționa**, verificați dacă există pericole, precum ace de seringi.
- **Chemați ambulanța**, spuneți operatorului unde vă aflați și rămâneți pe fir.
- **Dacă persoana este confuză sau panicată**, încercați s-o calmați.
- **Mențineți calmul** celor prezenți.
- **În caz de supraîncălzire**, încercați să reduceți temperatura corpului persoanei în cauză, reducând din strânsoarea hainelor sau punându-i un prosop umed pe ceafă ori sub brațe.
- **Dacă nu puteți efectua acțiunile necesare**, culcați persoana pe o parte în așa fel, încât căile respiratorii să rămână libere, fără ca ceva să împiedice respirației. Aceasta este poziția de recuperare.

Poziția de recuperare

Susținerea capului. Plasați brațul care se află mai aproape de dvs. în unghi drept față de corp. Puneți-i celălalt braț sub obraz.



Ridicarea piciorului. Apucați piciorul aflat deasupra, îndoiți-l de la genunchi și trageți-l în sus, lăsând celălalt picior dedesubt întins drept.



Răsucirea. Mențineți palma persoanei sub obraz și trageți-i piciorul aflat deasupra în jos, spre dvs.



CE NU TREBUIE SĂ FACEȚI ÎN CAZUL SUSPECȚIEI DE SUPRADOZAJ

- **NU** lăsați persoana singură.
- **NU** oferiți persoanei în cauză nimic de mâncat sau de băut și **NU** încercați să-i provocați voma.

E TIMPUL SĂ ȘTII!

E TIMPUL SĂ ACȚIONEZI!

ZIUA INTERNAȚIONALĂ DE SENSIBILIZARE LA SUPRADOZAJ!

O inițiativă a Institutului Penington

Pentru mai multe informații accesați www.overdoseday.com

ANEXA 7. INSTRUMENTUL DE EVALUARE A PROCESULUI DE TRATAMENT

Instrument de evaluare a procesului de tratament/asistență						
Instrumentul de evaluare este un instrument de monitorizare a rezultatelor obținute în procesul de tratament/asistență a pacientului. Include un set simplu de întrebări care pot contribui la îmbunătățirea/revederea procesului de asistență și tratament și ajustarea acestuia la necesitățile pacientului.						
Instrucțiuni pentru completare:						
1. Instrumentul va fi aplicat/completat la etapa de inițiere a tratamentului;						
2. Revizuirea planului de asistență este recomandată la fiecare 12 săptămâni, termen în care se propune aplicarea instrumentul de evaluare în mod repetat. La fel, instrumentul va fi aplicat la finalul procesului de tratament/asistență;						
3. Se evaluează retrospectiv, de la prezent la trecut, din săptămâna a 4-a (cea mai recentă săptămână) până în, săptămâna 1-a (cea mai puțin recentă săptămână).						
4. Este important de a efectua evaluarea inițială până la începerea intervențiilor medicale sau ne-medicale, pentru a asigura oportunitatea analizei progresului în timp.						
Data evaluării						
Nume, prenume pacient/ă sau cod						
Sex	f	b				
Etapă de tratament /asistență	inițiere	evaluare	ieșire	post-tratament		
Specialist/ă						
Consumul de substanțe	săpt. 4	săpt. 3	săpt. 2	săpt. 1	media per zi	Total 0-28 zile
<i>Înregistrați episoadele de consum pentru fiecare săptămâna per 0-7 zile</i>	(0 -7)	(0 -7)	(0 -7)	(0 -7)		
alcool						
opiacee/opioide						
amfetamine						
metamfetamine						
mefedronă						
MDMA						
LSD						
canabis						
tutun						
alte substanțe (specificați care)						
Comportamentul de consum	săpt. 4	săpt. 3	săpt. 2	săpt. 1	media per zi	Total 0-28 zile
<i>Înregistrați numărul zilelor în care pacientul și-a injectat substanțe neprescrise în decursul fiecărei săptămâni</i>	(0 -7)	(0 -7)	(0 -7)	(0 -7)		
injectări						
injectare cu o seringă folosită de altcineva	da		nu		da/nu	
injectare cu utilizarea de dispozitive/ustensile străine (linguriță, filtre, apă, altceva)	da		nu		da/nu	

consum prin fumare	(0 -7)	(0 -7)	(0 -7)	(0 -7)		
consum prin inhalare	(0 -7)	(0 -7)	(0 -7)	(0 -7)		
comportament sexual protejat/neprotejat	(0 -7)	(0 -7)	(0 -7)	(0 -7)		
Comportament delincvent/de încălcare a legii						
furt	da		nu		da/nu	
falsificări	da		nu		da/nu	
atacuri sau violențe fizice ori verbale	da		nu		da/nu	
autoagresivitate/tentative suicidale	da		nu		da/nu	
omucidere	da		nu		da/nu	
altele	da		nu		da/nu	
Condiții de sănătate și situația socială	săpt. 4	săpt. 3	săpt. 2	săpt. 1	media per zi	Total 0-28zile
	(0 -7)	(0 -7)	(0 -7)	(0 -7)		
zile de muncă plătită						
zile de muncă în folosul comunității						
zile de încadrare în studii/învățământ						
zile de interacțiune cu serviciile de suport psihosocial, inclusiv comunitare						
zile de încadrare în program de reabilitare						
zile de voluntariat						
implicare în viața familiei						
evaluarea sănătății psihologice – de la 0 (foarte rău) la 20 (foarte bine) (anxietate, depresie, labilitate emoțională etc.)	0 20					
evaluarea sănătății fizice – de la 0 (foarte rău) la 20 (foarte bine) (de la simptome la acuze despre boală)	0 20					
<i>Comentarii</i>						
probleme cu locul de trai (condiții indecente, mediu nefavorabil pentru recuperare etc.)	da		nu		da/nu	
<i>Comentarii</i>						
calitatea generală a vieții – de la 0 (foarte rău) la 20 (foarte bine) (condiții fizice și mediu psihosocial etc.)	0 20					
Apartenența și participarea săptămânal la grupul de suport reciproc	da		nu		da/nu	
curs de 3 luni în cadrul comunității terapeutice, Programul 12 pași	da		nu		da/nu	
curs 6 luni în cadrul comunității terapeutice, Programul 12 pași	da		nu		da/nu	
curs 12 luni în cadrul comunității terapeutice, Programul 12 pași	da		nu		da/nu	
integrare în comunitate și familie	da		nu		da/nu	
stabilirea sau restabilirea relațiilor cu familia	da		nu		da/nu	

ANEXA 8. NIVELELE DE EVIDENȚĂ ȘI GRADELE DE RECOMANDARE

Gradul de recomandare	Nivelul de evidență	Tipul dovezii
A	1a	Reviu sistematic al studiilor clinice randomizate
	1b	Cel puțin un studiu clinic randomizat riguros
B	2a	Reviu sistematic al SCR sau studii clinice randomizate cu risc de erori
	2b	Reviu sistematic al studiilor caz-control sau de cohortă de calitate înaltă
	3a	Studii caz-control sau de cohortă de o calitate înaltă
	3b	Studii caz-control sau de cohortă cu un risc mare de erori
C	4	Studii neanalitice, descriptive (serie de cazuri, raport de cazuri)
D	5	Opinia experților nebazată pe studii de calitate

BIBLIOGRAFIE

1. Abraham, Pavel, Nicolaescu, Daniela, „Justiția terapeutică – o nouă abordare în tratamentul consumatorului de droguri”, Arad – editura Concordia, 2006
2. Buzducea, Doru, Aspecte contemporane în asistență socială, Iași, Editura Polirom, 2005.
3. Crețu, Tinca, Adolescența și contextul său de dezvoltare, București, Editura Credis, 2001.
4. Crețu, Tinca, Psihologia vârstelor, București, Editura Credis, 2003.
5. Dincă, Margareta., Adolescenții într-o societate de schimbare, București, Editura Paideia, 2004.
6. EMCDDA, 2010: Consumul problematic de amfetamină și metamfetamină în Europa, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie Raport anual 2010: situația drogurilor în Europa, Lisabona, https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/578/downloads/att_120273_RO_Summary_Amphetamines%20SI_RO.pdf
7. Evaluarea riscurilor asociate consumului de substanțe noi cu proprietăți psihoactive / Andrei Botescu; coord.: Vochița Pop, Valentin Simionov. - Buzău: Alpha MDN, 2011
8. Ferreol, Gilles., Adolescenții și toxicomania, Iași, Editura Polirom, 2000.
9. Inspectoratul Național de Probațiune al Republicii Moldova, „Program de reducere a abuzului de substanțe”, 2020
10. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 11th Edition, 2018
11. Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova, „Consumul și traficul ilicit de droguri”, raport anual 2019
12. Nacu, Anatol, Nastas, Igor, Chihai, Jana, și alții, Gestionarea dependențelor farmacologice, Ghid pentru studenți, rezidenți și specialiști psihiatri-narcologi, USMF „Nicolae Testemițanu”, 2016
13. Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.1393 din 02.12.2013 „Cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat „Intoxicația acută exogenă cu etnobotanice la copil”; <https://msm-ps.gov.md/wp-content/uploads/2020/06/14484-PCS-20Intoxicatia20acuta20cu20etnobotanice-aprobat.pdf>
14. Prelipceanu Dan, Ghid clinic de tratament substitutiv al dependenței de opiacee, București, ed. Asociației Psihiatrice Române, 2010.
15. Studiul integrat bio-comportamental în rândul consumatorilor de droguri injectabile, 2019
16. Tcaci, Ina, „Accesibilitatea serviciilor medico-sociale pentru persoanele cu tulburări de opiacee”, teza de master, 2020
17. Tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee. Protocol clinic național nr. 225, Chișinău 2018
18. DSM-5, Substance-Related and Addictive Disorders, (2013). American Psychiatric Association, Retrieved from <http://dsm.psychiatryonline.org/book.aspx?bookid=556>
19. Iatco, Ala, New psychoactive substance use in Moldova and Belarus: results from the Republic of Moldova, Vilnius: Swansea University, Eurasian Harm Reduction Association; 2019, <https://harmreductioneurasia.org/>
20. New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System EMCDDA, Lisbon, March 2015. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/2015/new-psychoactive-substances>

21. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 1999.
22. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcohol Clin Exp Res.* 2005 Nov;29(11): 2001-7
23. The ICD-10 classification of Mental and Behavioural Disorders; World Health Organisation, Geneva, 1992
24. Tooley&Moyers (2012). Motivational Interviewing in Practice, edited by Walters and Rotgers. In: *Treating Substance Abuse Theory and Technique, Third Edition, Chapter 2*, New York: The Guilford Press, p. 28-47.
25. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 33. Center for Substance Abuse Treatment.
26. UNODC, Departamentul Instituțiilor Penitenciare. Manual de procedură în implementarea Programului de Schimb de Seringi, distribuirea prezervativelor și a dezinfectanților în sistemul penitenciar din Republica Moldova. Chișinău, 2015.
27. UNODC, Treatment of stimulant use disorders: current practices and promising perspectives, discussion paper
28. UNODC, TREATNET: Quality Standards for Drug Dependence Treatment and Care Services. New York, 2012.
29. U.S. Department of Health & Human Services, National Institutes of Health, NIAAA, Alcohol Alert, Screening for Alcohol Use and Alcohol-Related Problems, April 2015, Number 65 Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, Daepfen JB
30. Williams, David, A., Foye, William, O., Lemke, Thomas, L. Foye's principles of medicinal chemistry. 5th Edition. – Lippincott Williams & Wilkins, 2002. C. 453. 1114 c. ISBN 0683307371
31. Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств: пересмотренное издание с учетом полевых испытаний [International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing]. Женева: Всемирная организация здравоохранения и Управление ООН по наркотикам и преступности; 2020. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Handwriting practice lines consisting of 28 horizontal dashed lines.



A series of horizontal dashed lines for writing, spanning the width of the page.



Handwriting practice lines consisting of 28 horizontal dashed lines.



Handwriting practice lines consisting of 28 horizontal dashed lines.



Handwriting practice lines consisting of 28 horizontal dashed lines.

Handwriting practice lines consisting of 28 horizontal dashed lines.

Handwriting practice lines consisting of 28 horizontal dashed lines.

Handwriting practice lines consisting of 28 horizontal dashed lines.

Handwriting practice lines consisting of 28 horizontal dashed lines.



Handwriting practice lines consisting of 28 horizontal dashed lines.



Handwriting practice lines consisting of 28 horizontal dashed lines.

Handwriting practice lines consisting of 28 horizontal dashed lines.



Handwriting practice lines consisting of 28 horizontal dashed lines.



