

CONCEPTE DE BAZA PRIVIND TULBURARILE  
DATORATE CONSUMULUI DE SUBSTANTE

AUTORI: Dr. Gabriel Cicu; Psih. Ana Maria Moldovan; Psih. Daniela Georgescu

# Consum Obișnuință Abuz Dependență

Reproducerea totală sau parțială a acestui  
material este permisă în condițiile legii.

**Încercarea** de delimitare a conceptelor de consum,

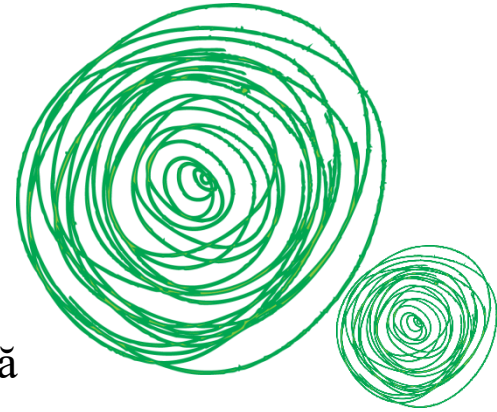
obicei, abuz și dependență are o istorie lungă care

încă nu este încheiată. În mod particular, conceptul

de abuz este cel mai controversat. Dintr-o perspectivă

culturală, fiecare societate are un criteriu propriu asupra acestui concept;

de exemplu, în cultura musulmană, consumul de alcool este un



comportament interzis și astfel, orice tip de consum

este considerat abuz; în timp ce consumul de hașiș

este acceptat, fiind astfel un comportament fără

componente sociale de abuz pentru aceste societăți.

În fond se pare că nu putem să ne îndepărtăm de

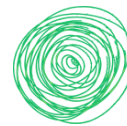
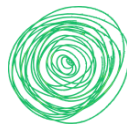
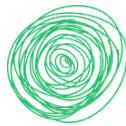
încărcătura istoriei care ne face să ne simțim în

același timp apropiați și îndepărtați față de aceste substanțe, având fiecare

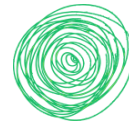
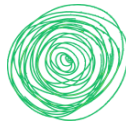
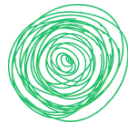
popor câte o substanță cu care se identifică mai mult și care este mai

înrădăcinată în obiceiurile sale.

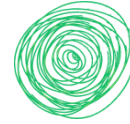
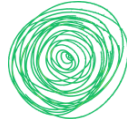
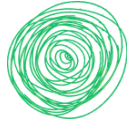
De aceea, analiza consumului de droguri dintr-o perspectivă neutră și științifică este foarte dificilă. Organizația Mondială a Sănătății, începând cu anii '50, face eforturi în acest sens, eforturi la care au contribuit și alte asociații medicale. În continuare vom descrie aceste concepte din perspectiva unui consens actual.



**Consumul** unei substanțe nu are nici o semnificație clinică sau socială, adică termenul de consum semnifică simplu doar utilizare, uz, consum de o substanță fără să producă efecte medicale, sociale, familiale etc. În lipsa altor specificații trebuie să se înțeleagă un consum izolat, episodic fără toleranță sau dependență.



**Obișnuința** ar fi obiceiul de a consuma o substanță datorită adaptării la efectele sale. Există, astfel, o dorință față de substanță, dar niciodată manifestată într-o formă imperioasă. Nu există tendința de a crește doza și nici nu suferă de tulburări fizice sau psihologice importante atunci când nu se obține substanța. Căutarea substanței este limitată și niciodată nu reprezintă o tulburare a comportamentului. Mult timp au fost considerate ca substanțe prototip care generează obișnuința tutunul (nicotina), cafeina, teina etc. Astăzi, atât OMS, în sistemul său de clasificare a bolilor [110], cât și Asociația Americană de Psihiatrie (APA), în manualul său de criterii diagnostice pentru tulburările mentale [62], definesc obișnuința de a fuma ca pe o autentică dependență de nicotină, dar consumul de cafeina continuă să fie controversat. Astfel, în timp ce în DSM IV au considerat ca nu produce dependență în ICD 10 susțin contrariul.



**Abuzul** este definit de către Colegiul Regal Britanic de Psihiatrie ca “orice consum de droguri care dăunează sau amenință cu deterioarea sănătății fizice sau mentale sau a bunăstării sociale a individului sau a societății în general”. În final este vorba despre un consum inadecvat prin cantitate, frecvență și finalitate. Această terminologie poate include următoarele patru pattern-uri de consum.



**1 . Consum dezaprobat:** atunci când consumul este sancționat din punct de vedere legal sau când nu este aprobat de către societate sau o anumită parte din aceasta. Când se utilizează acest termen trebuie să se menționeze în mod clar cine este responsabil pentru această dezaprobare. Termenul implică faptul că acceptăm dezaprobarea ca un fapt fără să trebuiască să determinăm sau să justificăm pe ce se bazează. De exemplu, cazurile de consum atunci când se lucrează cu mașini de precizie, când se conduce un autovehicul, se utilizează armament, în cazul participării la competiții sportive (doping) etc.



2. **Consum periculos** : semnaleză consumul de substanțe în situații de risc organic (consum de alcool la un pacient hepatic) sau într-un moment inoportun (consumul de alcool înainte de a conduce un autovehicul). Poate fi sancționat sau nu din punct de vedere legal. Acest concept este similar cu cel de comportament cu risc.



3. **Consum dăunător** : se referă la consumul unor persoane care se află în situații vitale ce implică o scădere importantă sau totală a toleranței la substanțe, de exemplu vârstnici, copii, femei însărcinate (pentru făt), femei în perioada de lactație (pentru copil) etc.



4. **Consum disfuncțional**: descrie un “pattern dezadaptativ de consum” fie prin prioritatea pe care o câștigă administrarea substanței fie, și/sau prin excesele cantitative punctuale pe care le realizează, toate acestea semnificând o alterare a funcționării personale: psihologic sau social. Această accepțiune a abuzului este similară cu cea a tulburării prin abuz de substanțe psihoactive din DSM IV.



Sistemul DSM IV-TR semnalează următoarele criterii pentru a diagnostica ca entitate proprie abuzul de substanțe psihoactive:

**A.** Un pattern dezadaptativ de uz de substanțe care duce la deteriorare sau detresă semnificativă clinic, manifestată prin unul (sau mai multe) dintre simptomele următoare și care survin în decursul unei perioade de 12 luni:

- (1) uz recurent de o substanță ducând la incapacitatea de a îndeplini obligațiile rolului major la serviciu, la școală sau acasă (de exemplu, absențe repetate sau performanță redusă în muncă în legătură cu uzul de substanță, absențe, eliminări su exmatriculări din școală; neglijarea copiilor sau a casei);
- (2) uz recurent de o substanță în situații în care acesta este periculos din punct de vedere fizic (de exemplu, condusul unui automobil sau manipularea unui utilaj atunci când este deteriorat de uzul de o substanță);
- (3) probleme legale repetate în legătură cu uzul de o substanță (de exemplu, arestări pentru tulburări de conduită în legătură cu o substanță).
- (4) uz continuu de o substanță în pofida problemelor sociale sau interpersonale, persistente sau repetate, cauzate sau exacerbate de efectele substanței (de exemplu, certuri cu soția/soțul referitoare la consecințele intoxicației, violență fizică etc.).

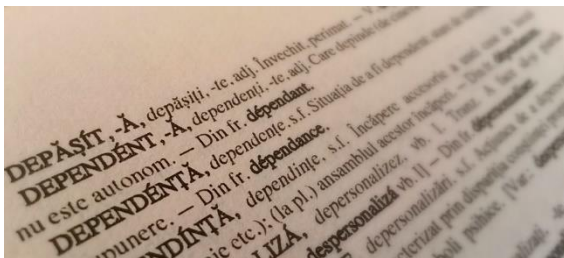
**B.** Simptomele nu au satisfăcut niciodată criteriile pentru dependența de o substanță ăentru această clasă de substanță.

**Abuzul**, care conține implicații medicale și sociale prin consecințele negative recurente și semnificative, este o circumstanță de risc evolutiv către următorul pas care este dependența.

Totuși, mulți consumatori pot menține acest pattern “simplu” de abuz o perioadă lungă de timp, ceea ce reprezintă o treapta mai puțin gravă decât dependența, și aceasta se pare că se află în relație cu caracteristicile persoanei (psihologice și psihopatologice).



**Dependența** de droguri a fost definită, ca atare, pentru prima dată de către OMS în anul 1964 ca “starea de intoxicare periodică sau cronică produsă

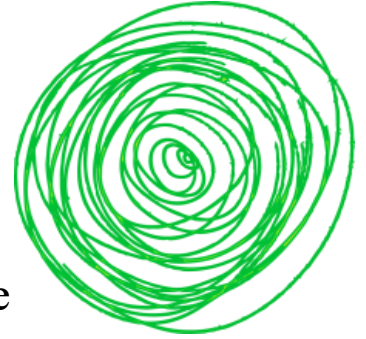


prin consumul repetat al unui drog natural sau sintetic și caracterizat prin: 1) dorința dominantă de a continua consumul de droguri și de a-l obține prin orice mijloace,

2) tendința de a crește doza, 3) dependența fizică și, în general, psihologică cu sindrom de abstenență la întreruperea consumului, 4) efecte nocive pentru individ și pentru societate”.

Mai târziu în 1969, OMS a catalogat dependența de droguri ca o boală malignă, progresivă și transmisibilă.

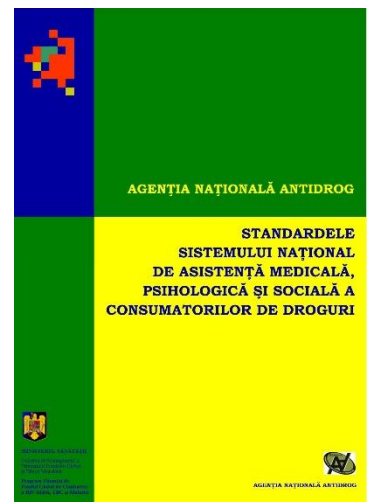
În 1982, OMS definește dependența ca “sindromul caracterizat printr-o schemă de comportament în care consumul de una sau mai multe substanțe psihoactive are o mai mare prioritate față de alte comportamente considerate de obicei ca fiind mai importante”. Clasificarea acestuia ca sindrom ne conduce la ideea unui cadru determinat clinic printr-un grup de fenomene care nu trebuie să fie prezente în totalitate în același moment și nici cu aceeași intensitate. După APA (DSM IV), *“caracteristica esențială a dependenței de substanțe o constituie un grup de simptome cognitive, comportamentale și fiziologice care indică faptul că individul continuă să consume substanța , în ciuda apariției unor probleme semnificative relaționate cu acea substanță”* și adaugă că *“există un pattern de autoadministrare care deseori conduce la toleranță, la abținerea clinică și la o administrare compulsivă”*. În acest sens, dependența nu este absolută, ci doar un element cantitativ cu diferite



magnitudini care într-o extremă a spectrului este asociată cu “consumul compulsiv” [16].

Este subliniat, atât de către OMS cât și de către APA faptul că dependența conduce la pierderea totală a libertății deoarece persoana va fi controlată sau cu alte cuvinte sclavul drogului. Este ceea ce se poate defini ca situație în care drogul devine obiectul autoritar care absoarbe personalitatea subiectului.

**Standardele sistemului național de asistență medicală, psihologică și socială din România** definesc dependența ca nevoie imperioasă sau persistentă de a continua consumul de drog, în scopul obținerii unei stări de bine sau pentru a evita starea de rău generată de întreruperea acestuia.





În mod clasic au fost descrise două tipuri de dependență:

**fizică și psihică.** În prezent se mai adaugă și cea de-a treia:

**socială.** Fiecare dintre acestea prezintă anumite manifestări simptomatice proprii și este determinată de cauze specifice pe care le vom discuta mai pe larg în alte capitole. Cu toate acestea toate trei au în comun comportamentul final al dependentului: “obținerea și consumul de drog”, și nu pot fi considerate părți separate ci complementare și care interacționează în cadrul aceluiași individ.

O definiție mai precisă trebuie să determine și tipul de dependență: de alcool, de opiacee, de cocaină etc. Atunci când sunt utilizate cel puțin trei tipuri de substanțe (cu excepția nicotinei) fără a predomina una dintre ele, se vorbește despre **polidependență** (criteriu DSM IV). Din punct de vedere

practic se pot considera termenii dependență, adicție și toxicomanie ca sinonimi. Ultimii doi termeni sunt utilizați de mai bine de o sută de ani dar începând cu prima jumătate a secolului trecut au început să aibă o conotație peiorativă, morală și legală ceea ce a determinat, începând cu anii '50, introducerea termenului de dependență în scopul utilizării sale științifice.

La origine, termenul de toxicomanie se referă la o stare de intoxicație periodică sau cronică a unui consumator de substanțe. Era vorba despre consumul de produse care în acea epocă erau comercializate în scop medical. Astfel, acest termen indica un consum ne-terapeutic și punea



accent, prin utilizarea  
sufixului “mania”, pe  
exaltarea afectivă  
căutată prin

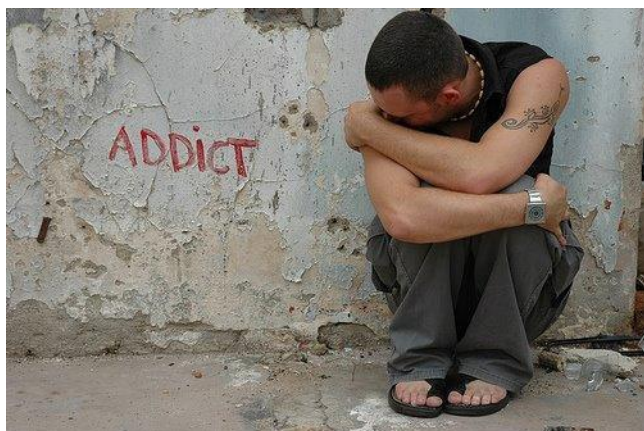
autoadministrarea substanței. Principalii toxicomani din acea epocă erau “morfinomanii”.

În ceea ce privește termenul adicție, acesta era utilizat încă din secolul XIX și era sinonim cu beția dar în prezent semnificația acestuia s-a extins și este utilizat, în principal pentru a caracteriza dependențe care nu au ca origine substanțe, cum ar fi televiziunea, computerul, jocurile, sexul etc., în care cuvântul adicție semnifică o necesitate imperioasă care nu ia în considerare consecințele nocive pentru individ și mediul său (familiar, profesional sau social).



## DEPENDENȚA FIZICĂ SAU FIZIOLOGICĂ: NEUROADAPTARE

Dependența fizică, denumită astăzi neuroadaptare, este o stare caracterizată prin necesitatea de a menține anumite niveluri determinate ale unui drog în organism, dezvoltând o relație drog – organism. Principalele sale



componente sunt: toleranța și sindromul de abstenență acut. Cu toate acestea trebuie să se țină cont de faptul că anumite aspecte ale toleranței nu sunt de tip neuroadaptativ.

Toleranța și sindromul de abstenență acut sunt elemente cheie care susțin ideea că procesele de neuroadaptare au fost inițiate; un alt element cheie este sensibilizarea. Acesta este un fenomen opus toleranței, adică, este vorba despre răspunsul crescut față de un drog, apărut ca urmare a administrării repetate. Fenomenele de sensibilizare persistă mult timp după ce drogul a fost eliminat din creier.



Când administrarea drogului a fost suspendată brusc sau este administrată o substanță antagonistă, adică este ruptă relația drog-organism apare sindromul de abstință acut sau “**sevrăjul**”, care este caracterizat prin manifestări mai mult sau mai puțin acute, semne și simptome fizice și psihice de intensitate diferită, în funcție de drog, care cedează o dată cu administrarea drogului sau a unor substanțe cu proprietăți agoniste care vor amortiza lipsa apărută la nivelul neuroreceptorilor.



## DEPENDENȚA PSIHOLGICĂ



Dependența psihologică este determinată de dorința irezistibilă (starea de *craving*) de a repeta administrarea drogului pentru: a) a obține trăirea efectelor plăcute, de recompensă și/sau de evadare (sedare, euforie, halucinații) și/sau b) evitarea răului care se simte în absență. Astfel, activitățile de căutare a drogului de către individ și asocierea pattern-ului de consum patologic sunt cele care condiționează dependența. Fenomenele de *sensibilizare* ar putea fi baza neurobiologică a apariției *craving*-ului sau a stării de dorință imperioasă de a consuma substanța cu potențial adictiv, deoarece acestea persistă mult timp.

După cum am mai semnalat, dependența fizică nu este indispensabilă pentru instalarea dependenței; însă efectele de întărire pozitive și negative sunt cele care conduc în mod direct la schimbări comportamentale la individ, adică la o acțiune incoercibilă de căutare, obținere și consum de droguri. Aceste efecte reprezintă marea parte a manifestărilor dependenței psihice pe care anumiți autori o numesc *dependență comportamentală*.

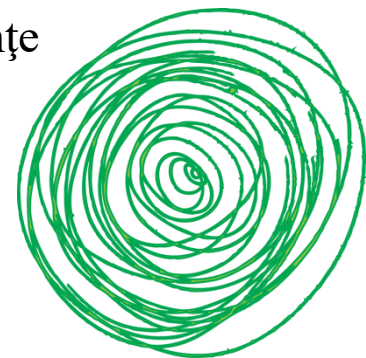


Din perspectiva comportamental operantă sau instrumentală, consumul ocazional sau recurent de droguri se poate explica printr-un comportament care “persistă prin consecințele sale”. O întărire poate fi definită ca “orice întâmplare care crește probabilitatea ca un comportament să se întâmple” și conduce la o condiționare de “răspuns”. În acest sens, efectele imediate ale drogului vor întări comportamentul și vor face acest lucru într-un mod pozitiv pentru că ele reprezintă “un premiu sau o recompensă”, adică pot apărea una sau mai multe din următoarele situații: trăire plăcută, evaziune sau aprobare din partea prietenilor (întărire pozitivă).

Pe de altă parte, o dată cu întreruperea consumului, persona prezintă un tablou clinic neplăcut și acesta va deveni, de asemenea, un element de întărire dar, în acest caz, negativ, pentru că se caută și se consumă drogul pentru întreruperea efectelor adverse datorate lipsei (întărire negativă). În ambele cazuri răspunsul este același și anume administrarea drogului.



Cu alte cuvinte, se poate ajunge la consumul unei substanțe psihoactive pentru căutarea plăcerii iar continuarea acestuia se va face în scopul obținerii plăcerii sau pentru a evita starea de rău pe care o presupune lipsa substanței.



În majoritatea situațiilor clinice este imposibilă distincția între întăririle pozitive și negative. De exemplu, consumatorul de heroină, prin administrarea substanței pe cale intravenoasă va experimenta simultan sau secvențial atenuarea simptomelor de abținere, senzație de liniște și o anumită euforie. În mod asemănător, fumătorul care își aprinde prima țigară din ziua respectivă este posibil să simtă ceva mai mult decât doar o compensare a lipsei de nicotină.



Atunci când este vorba despre droguri de acțiune scurtă, cum ar fi heroina, cocaina sau nicotina, întărirea apare de mai multe ori pe zi și creează astfel o relație foarte puternică la nivel psihologic. În ceea ce privește capacitatea de întărire pozitivă a drogurilor astăzi se știe că din perspectivă biologică această întărire este mediată de activarea căilor mezolimbice și/sau mezo-corticale dopaminergice în special la nivelul nucleului accumbens.



Pe de altă parte, din perspectiva comportamentală clasică sau pavloviană, toate obiectele utilizate în consum (ace, seringi, pachete de țigări etc.) și comportamentele asociate (stimulii ambientali: prietenii, ora, calea de injectare etc.) ca și stimulii interoceptivi (piloerecție, transpirație, tahicardie, agitație psihomotorie etc.) se transformă în „semnale” ale posibilei disponibilități a drogului, iar în prezența acestora dorința de experimentare a efectelor este crescută (condiționare contingentă). Acest tip de învățare căruiia înainte nu i se acorda atenție este considerat astăzi ca fiind mai implicat în recăderile consumatorului decât simptomele sindromului acut de abțință propriu-zis. Astfel, observarea unei persoane care consumă heroină, care își aprinde o țigară sau care primește droguri din partea prietenilor, sunt circumstanțe care vor genera clar dorința de consum deoarece se induce de asemenea un sindrom de abțință condiționat.



Dependența psihologică este relaționată astfel atât cu capacitatea de întărire pozitivă a drogului cât și cu nivelurile de condiționare clasică existente și cu forma în care aceste fenomene au fost integrate în persoană, configurând stilul său particular de viață. Capacitatea de întărire negativă a drogului face legătura dintre dependența fizică și cea psihică.



Dependența psihologică este o situație complexă, iar intensitatea și rapiditatea cu care se instalează, precum și dificultatea de a ieși din ea o dată ce s-a instalat, depind de un complex de factori, printre care: constituționali, educativi, sociali, ambientali, motivaționali, antropologici, etc.; și sunt relaționați cu caracteristici proprii drogului (eficiență, proprietăți intrinseci, cale de administrare etc.).



*Sindromul de abstință tardiv* poate apărea la câteva zile sau săptămâni de la abandonul consumului de drog, fie după sindromul de abstință acut fie, uneori, chiar în locul său. Acest tablou clinic este explicat ca un eveniment în strânsă relație cu dependența psihologică. Manifestările acestui sindrom poate dura luni, uneori chiar și ani. Este vorba despre un complex de simptome și semne derivate dintr-o dereglare a sistemului vegetativ și ale funcțiilor psihice de bază (afectivitate, gândire, percepție, memorie).



Caracteristic pentru acesta este reducerea manifestărilor clinice de anxietate prin administrarea unui placebo când consumatorul crede că ii este administrat drogul. În cadrul acestui sindrom, persoana își aduce aminte în fiecare zi de substanța de care a fost dependent, retrăind dorințe trecute, cu un risc grav de recădere. Astfel, problemele pe care acest sindrom le generează atât consumatorului cât și terapiei sunt foarte importante.

Un alt tablou de abstință relaționat cu dependența psihică este cel al *sindromului de abstință condiționat*. Este caracterizat prin apariția unei simptomatologii tipice a sindromului de abstință acut la un consumator care a întrerupt consumul în urmă cu luni sau ani. Tabloul poate fi declanșat atunci când persona este re-expusă la stimuli ambientali în care avea loc consumul sau dacă stimulii din mediul în care se află sunt similari cu aceia. Este vorba deci despre un mecanism psihologic de condiționare sau de învățare contingent, adică prezența elementelor legate de consumul de droguri “declanșează” un întreg lanț de dorințe, nevoi (craving) de drog împreună cu manifestările psihofiziologice ale absenței, ale căror origini neurobiologice nu sunt cunoscute. Acest sindrom este urmat de o perioadă



de mare anxietate și frică deoarece persoana se va vedea pe sine însăși în momentul inițial în care a întrerupt consumul și astfel, aceste manifestări neplăcute care apar fără

un motiv aparent pot să precipite o recădere.

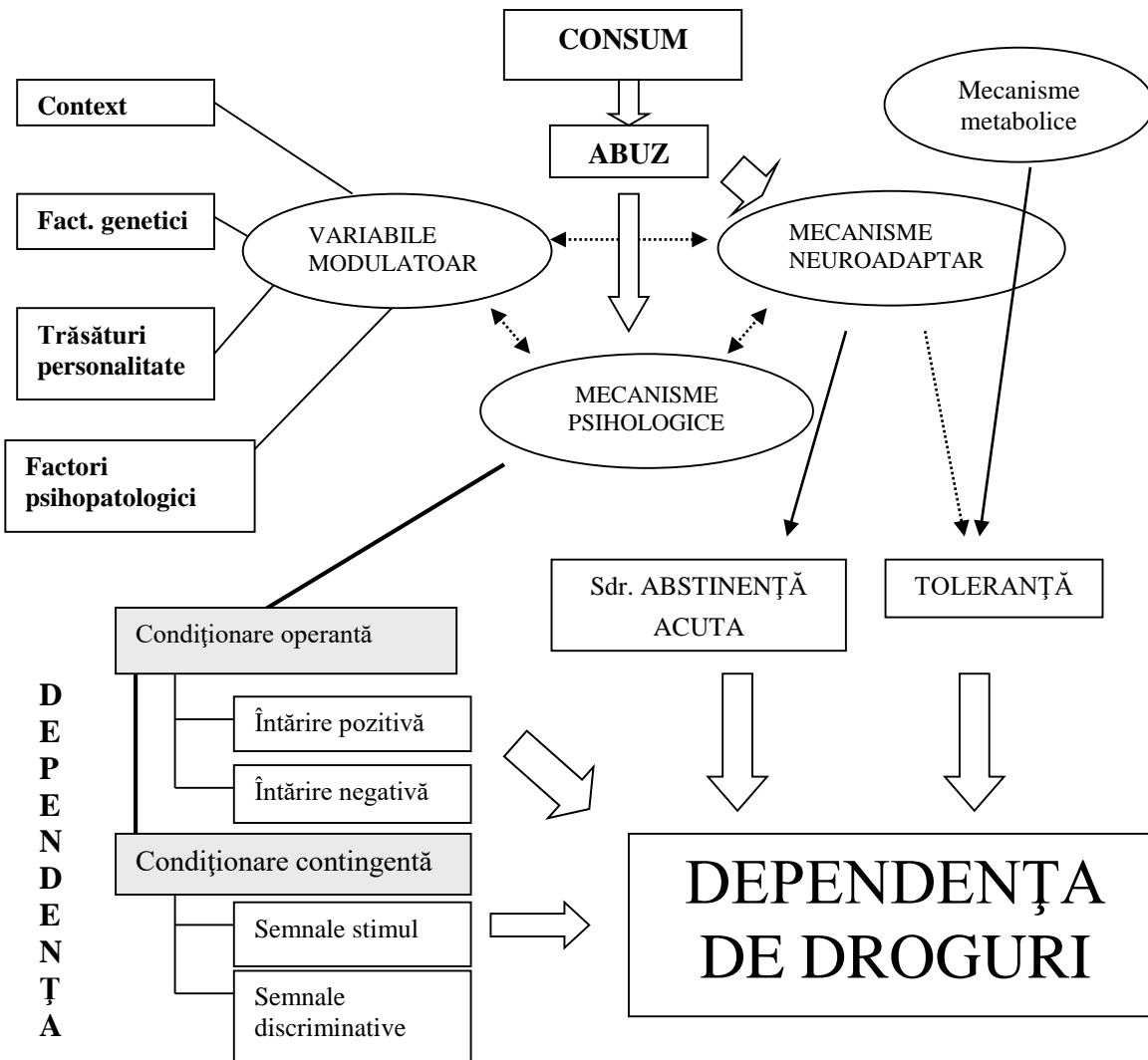
Cunoștințele actuale ne permit să concluzionăm că semnele și simptomele care caracterizează dependența fizică și psihică sunt mult mai interrelaționate decât se credea. Dependența psihică este la fel de distructivă ca și cea fizică, dar pare a fi mai dificil de tratat. Dependența psihică, după cum am văzut, este cea care impulsionează pe fostul consumator să își re-administreze drogul chiar și după luni sau ani de la întreruperea consumului. Ca și concluzie, dependența fizică pe care o poate genera consumul de droguri nu este considerată obligatorie în contextul tulburărilor produse de consumul de substanță, dar dependența psihică, din contră, este fenomenul cheie al dependenței.

Mai mult, în ultimii ani, în tratatele de specialitate când este utilizat termenul de dependență fără o altă specificație, se face referire la tabloul comportamental general, în timp ce utilizarea expresiei „dependență fizică sau fiziologică” implică existența unor modificări neurobiologice care determină simptomele sindromului de abstenență acut.

## DEPENDENȚA SOCIALĂ

Acest tip de dependență este determinat de necesitatea de a consuma drogul ca semn al apartenenței la un grup social care îi oferă un semn clar de identitate personală. Abandonul consumului substanței poate genera individului crize grave relaționale capabile să provoace reînceperea consumului cu scopul de a-și restabili echilibrul social în care se simțea confortabil.

DEPENDENȚA PSIHOLGICĂ



DEPENDENȚA FIZICĂ

DEPENDENȚA SOCIALĂ